

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Grégoire L'HUILLIER

le 04 novembre 2009

TITRE :

DIAGNOSTIC PRÉCOCE ET PRÉVENTION DU MÉLANOME CHEZ LE SUJET À RISQUE

Audit de pratique
de médecins généralistes lorrains
Résultats du 1er tour

Examineurs de la thèse :

M. Jean-Luc SCHMUTZ	Professeur		Président
M. Thierry CONROY	Professeur	}	Juges
M. Francis GUILLEMIN	Professeur	}	
Mme Isabelle KLEIN	Docteur en Médecine	}	
M. Jacques BIRGÉ	Docteur en Médecine	}	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle : **M. Christophe NEMOS**

du 2^{ème} Cycle : **M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**

du 3^{ème} Cycle : **M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**

Filières professionnalisées : **M. le Professeur Christophe CHOSEROT**

Prospective : **M. le Professeur Laurent BRESLER**

FMC/EPP : **M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY

Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT

Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET

Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE

Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT

Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT

Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ

Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-
BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,**

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

**44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET
NUTRITION**

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,**

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS

Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

À NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Jean- Luc SCHMUTZ

Professeur de Dermato-vénérologie

Vous nous faites l'honneur d'accepter de présider notre jury.

Pour votre disponibilité, vos précieux conseils qui nous ont permis de mener à bien ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

À NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Thierry CONROY

Professeur de Cancérologie ; Radiothérapie

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

À NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur d'Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

À NOTRE JUGE

Madame le Docteur Isabelle KLEIN

Docteur en Médecine
médecin coordinateur du réseau régional de cancérologie Oncolor

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.
Pour votre disponibilité, votre aide et pour le temps accordé.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

À NOTRE DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le Docteur Jacques BIRGÉ

Docteur en Médecine

Vous êtes à l'origine de ce travail.

Pour votre enthousiasme, votre dynamisme.

Pour l'énergie et le temps que vous consacrez à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Pour votre constante disponibilité et votre accueil chaleureux.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

À Monsieur le Docteur Jean-François CUNY

Dermatologue, Praticien Hospitalier - service de dermatologie du CHU de Nancy

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de nous aider.

Vous avez eu la gentillesse de valider notre argumentaire scientifique.

Pour votre disponibilité, pour vos conseils précieux.

Veillez trouver ici l'expression de notre respect et de notre gratitude.

À Monsieur le Docteur Yves Kessler

Président du réseau ONCOLOR

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de nous aider.

Vous avez eu la gentillesse de permettre le financement de cet audit.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre respect.

À Madame le Docteur Isabelle Klein

Médecin Coordinateur du réseau ONCOLOR

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de nous aider.

Votre aide a été précieuse pour permettre le financement de cet audit.

Veillez trouver ici l'expression de notre respect et de notre reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Michel LEMAITRE

Dermatologue, membre du comité de rédaction du rapport d'évaluation de la HAS

C'est un honneur que vous ayez accepté de nous aider.

Pour vos précieux conseils et avis, pour votre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre reconnaissance.

Aux Médecins du Groupe Lorrain d'Audit Médical

Pour leur aide et leur accueil bienveillant.

Pour leur dévouement.

Qu'ils reçoivent ma gratitude.

À Mme France CAMERLENGO

Secrétaire de l'AMMPPU

Pour votre travail, pour l'aide que vous nous avez apporté, veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements sincères.

À Mes Parents

À Ma Famille

À Mes Amis

À tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

SOMMAIRE

I. LISTE DES ABRÉVIATIONS.....
II. RÉSUMÉ STRUCTURÉ.....
III. INTRODUCTION.....
IV. 1ère partie : RAPPELS THÉORIQUES À PROPOS DU MÉLANOME ET DU DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU MÉLANOME.....
A. Introduction.....	26
B. Problématique du mélanome.....	26
C. Caractéristiques cliniques du mélanome.....	27
1. Formes anatomo-cliniques.....	27
a) Le mélanome à extension superficielle.....	27
b) Le mélanome nodulaire.....	28
c) Le mélanome de Dubreuilh.....	28
d) Le mélanome acral-lentigineux.....	28
2. Localisations en fonction du sexe et de la forme anatomo-clinique....	28
3. Épaisseur en fonction de la forme anatomo-clinique.....	29
4. Critères pronostiques.....	29
D. Épidémiologie du mélanome.....	29
1. Prévalence.....	30
2. Incidence.....	30
a) Source des données.....	30
b) Variation de l'incidence au cours des années.....	31
c) Variation de l'incidence en fonction de l'âge et du sexe.....	31
d) Variation de l'incidence en fonction de l'épaisseur des mélanomes identifiés.....	32
e) Comparaison des données françaises, européennes et internationales....	33
f) Incidence par rapport aux autres types de cancer.....	34
3. Mortalité.....	34
a) Données générales.....	34
b) Dissociation mortalité/incidence.....	34
c) Dissociation homme/femme.....	35
d) Mortalité en fonction de la forme anatomoclinique.....	36
e) Mortalité du mélanome : comparaison avec les autres types de cancers. .	37
E. Facteurs de risque de mélanome.....	37
1. Physiopathologie.....	37
2. Littérature disponible.....	37
3. Analyse des données.....	38
a) Predisposition génétique.....	38
b) Exposition aux ultraviolets.....	40
c) Antécédent personnel de mélanome.....	41
F. Étapes clés du diagnostic précoce du mélanome.....	41
1. Stratégie diagnostique.....	41
a) Rôle du patient.....	42

b) Rôle du médecin généraliste.....	43
c) Rôle du dermatologue.....	45
2. Place de l'auto-examen.....	45
G. Facteurs modifiant l'efficacité de la stratégie diagnostique.....	47
1. Facteurs à prendre en considération.....	47
2. Délai diagnostique.....	48
a) Littérature disponible.....	48
b) Rôle des patients dans le délai diagnostique.....	48
c) Rôle du médecin dans le délai diagnostique.....	49
d) Délai diagnostique et épaisseur du mélanome.....	49
3. Faisabilité de la stratégie diagnostique en fonction de l'offre de soins et de la population cible.....	50
a) Population de médecins concernés par le diagnostic précoce du mélanome.....	50
b) Population cible.....	50
c) L'adéquation de l'offre et de la demande.....	51
H. Conclusion.....	51
1. Concernant les rappels théoriques à propos du mélanome.....	51
2. Concernant le diagnostic précoce du mélanome.....	52

V.2ème partie : L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES, LES AUDITS, LE GROUPE LORRAIN D'AUDIT MÉDICAL.....

A. ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	54
1. Pourquoi s'évaluer.....	54
a) Définition de l'EPP.....	54
b) Une nécessité médicale, éthique, déontologique, réglementaire et économique.....	54
c) Questions/réponses concernant l'EPP.....	55
i) Qu'est-ce que l'évaluation des pratiques des professionnels de santé ?	55
ii) Comment articuler l'EPP avec la formation continue ?	56
iii) Comment intégrer l'EPP à ma pratique quotidienne ?	56
iv) Quels thèmes choisir pour l'EPP ?	56
v) Quelles méthodes utiliser pour évaluer sa pratique professionnelle ?	57
vi) Quels sont les acteurs de l'EPP ?	57
vii) Que font les autres pays pour améliorer la qualité en santé ?	58
viii) Quel intérêt pour le professionnel de santé ?	58
ix) Comment fabriquer un référentiel d'auto-évaluation ?	58
B. QU'EST CE QU'UN AUDIT MEDICAL ?.....	59
1. Définition d'un audit.....	59
2. Méthodologie d'un l'audit.....	59
3. Objectifs d'un audit.....	60
C. Obstacles à l'usage de l'audit de pratique en médecine générale..	61
1. Obstacles liés à l'audit lui-même.....	61
a) Défauts de conceptions de l'audit.....	61
b) Contextes défavorables à l'audit.....	61
c) Excès d'audits.....	62
d) Absence de rémunération.....	62
2. Obstacles liés aux médecins.....	62

a) Difficultés d'ordre culturel.....	62
b) Méconnaissance du principe même de l'audit.....	62
c) Manque de temps.....	62
d) Crainte d'une baisse de rentabilité de l'activité.....	62
D. SITUATION ACTUELLE DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN FRANCE.....	63
E. LE GLAM.....	64
1. Historique.....	64
2. Fonctionnement.....	64
3. Actualité.....	65
4. Évolution.....	65

VI.3ème partie : DIAGNOSTIC PRÉCOCE ET PRÉVENTION DU MÉLANOME CHEZ LE SUJET À RISQUE.....

A. MÉTHODES.....	66
1. Guide méthodologique du GLAM.....	66
2. Choix du thème.....	66
3. Choix de la cible de l'audit.....	66
a) Professionnels concernés par l'audit.....	66
b) Secteur géographique.....	67
c) Méthode d'envoi des documents.....	67
4. Rédaction de l'argumentaire scientifique.....	67
5. Recherche d'une validation universitaire.....	67
6. Recherche d'un partenariat.....	68
7. Définition du budget et du financement.....	68
8. Critères évalués.....	68
9. Choix des critères d'inclusion.....	70
10. Choix du mode d'inclusion.....	70
11. Durée du recueil et / ou nombre de patients à inclure.....	71
12. Réalisation du test de faisabilité.....	71
13. Rédaction de la lettre d'invitation.....	71
14. Réalisation d'un chevalet.....	71
15. Définition des objectifs en vue du 2ème tour.....	72
16. Établissement d'un calendrier prévisionnel.....	72
17. Signature de l'engagement de confidentialité par le chargé d'exploitation.....	72
18. Obtention de l'autorisation des participants de publier les résultats agrégés.....	72
19. Recueil des grilles et relances éventuelles.....	72
20. Exploitation du 1er tour.....	73
21. Les étapes suivantes.....	74
22. Adaptations méthodologiques.....	74
B. RÉSULTATS.....	74
1. Remarques préliminaires.....	74
2. Recrutement.....	75
a) Durée du recueil.....	75
b) Nombre de médecins participants.....	75

c) Nombre de patients recrutés.....	75
3. Résultats par critères.....	76
a) Âge des patients.....	76
b) Mention du statut à risque dans le dossier médical.....	77
c) Facteurs de risques des patients.....	78
d) Connaissance de leur statut à risque par les patients.....	79
e) Connaissance des conseils concernant la photoprotection.....	80
f) Connaissance des conseils concernant la vigilance.....	81
g) Facteurs de risque particuliers.....	82
h) Demande de l'avis d'un dermatologue.....	83
i) Conclusion du dermatologue.....	84
j) Commentaires des médecins ayant répondu à l'audit.....	84
k) Part de l'objectif atteint pour chaque critère.....	85
4. Résultats par médecin.....	86
a) Qualité des grilles reçues.....	86
b) Mention du statut à risque dans le dossier médical.....	86
c) Connaissance de leur statut à risque par les patients.....	87
d) Connaissance des conseils concernant la photo-protection par les patients.....	88
e) Connaissance des conseils concernant la vigilance par les patients.....	89
f) Demande de l'avis d'un dermatologue.....	90
C. DISCUSSION.....	91
1. Résultats principaux.....	91
2. Justifications.....	93
a) Thème de l'audit.....	93
b) Professionnels concernés par l'audit.....	93
c) Secteur géographique.....	93
d) Argumentaire scientifique.....	93
e) Validation universitaire.....	93
f) Budget et financement.....	94
g) Critères évalués.....	94
h) Critères d'inclusion.....	95
i) Mode d'inclusion :	96
j) Nombre de patients à inclure.....	96
k) Test de faisabilité.....	96
l) Lettre d'invitation.....	96
m) Chevalet.....	96
n) Définition des objectifs.....	97
o) Exploitation du 1er tour.....	97
3. Interprétation des résultats.....	98
a) Faible taux de participation.....	98
b) Adaptations méthodologiques.....	99
c) Mention du statut à risque dans le dossier médical.....	99
d) Connaissance de leur statut à risque par les patients.....	100
e) Connaissance des conseils concernant la photo-protection par les patients.....	100
f) Connaissance des conseils concernant la vigilance par les patients.....	101
g) Demande de l'avis d'un dermatologue.....	101
h) Conclusions du dermatologue.....	101
4. Points forts de cet audit.....	101
5. Points faibles.....	102

6. Perspectives.....	102
VII.BIBLIOGRAPHIE.....	
VIII.ANNEXES.....	
1. Annexe I : Facteurs de risques de survenue d'un mélanome.....	108
2. Annexe II : Glossaire.....	109
3. Annexe III : Modes d'organisations de l'EPP.....	110
a) Revue de mortalité et de morbidité (RMM).....	110
i) OÙ mettre en oeuvre?.....	110
ii) de QUOI s'agit-il ?.....	110
iii) QUI peut le faire ?.....	110
b) Les Réseaux de Santé.....	110
i) OÙ mettre en place un réseau ?.....	110
ii) de QUOI s'agit-il ?.....	110
iii) QUI peut le faire ?	110
c) Le groupe d'analyse des pratiques entre pairs.....	111
i) OÙ mettre en oeuvre ?.....	111
ii) de QUOI s'agit-il ?.....	111
iii) QUI peut le faire ?	111
d) L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé.....	111
i) OÙ mettre en oeuvre ?.....	111
ii) de QUOI s'agit-il ?.....	111
iii) QUI peut le faire ?	111
e) Le Staff-EPP des équipes hospitalières.....	111
i) OÙ mettre en oeuvre ?.....	111
ii) de QUOI s'agit-il ?.....	111
iii) QUI peut le faire ?	111
f) La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en cancérologie (RCP).....	112
i) OÙ mettre en oeuvre ?.....	112
ii) de QUOI s'agit-il ?.....	112
iii) QUI peut le faire ?	112
4. Annexe IV : Textes de loi concernant le Développement Professionnel Continu.....	113
5. Annexe V : Guide méthodologique du GLAM.....	119
6. Annexe VI : Lettre d'invitation à l'audit.....	120
7. Annexe VII : Argumentaire de l'audit.....	121
8. Annexe VIII : Grille de réponse à l'audit.....	122
9. Annexe IX : Chevalet.....	123

I. LISTE DES ABRÉVIATIONS

AJCC	American Joint Committee on Cancer
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
CIRC	Centre International de Recherche sur le Cancer (en anglais, IARC : International Agency for Research on Cancer)
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
GLAM	Groupe Lorrain d'Audit Médical (www.glam-sante.org)
HAS	Haute Autorité de Santé (www.has-sante.fr)
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INVS	Institut National de Veille Sanitaire (www.invs.sante.fr)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé (en anglais, WHO : World Health Organisation)
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

II. RÉSUMÉ STRUCTURÉ

- But : Comparer les pratiques des médecins généralistes lorrains et les recommandations de la HAS concernant la prévention et le diagnostic précoce du mélanome chez le sujet à risque. Identifier les voies possibles d'une amélioration de ces pratiques.
- Protocole : Audit d'Évaluation des Pratiques Professionnelles selon la méthodologie établie par le Groupe Lorrain d'Audit Médical.
- Lieu de l'étude : Audit destiné aux médecins généralistes lorrains.
- Patients : Les médecins répondant à l'audit incluaient les patients de plus de 20 ans, ayant consulté au moins 3 fois au cours des 2 dernières années, faisant partie des patients à risque selon les critères établis par le GLAM à partir des recommandations de la HAS. 300 patients ont été inclus par l'ensemble des médecins.
- Intervention : Un audit sous forme d'une grille (à compléter par le médecin audité) a été soumis par voie postale à l'ensemble des médecins généralistes lorrains (2253 médecins).
- Critères de jugement : Pour chaque critère de la grille d'audit, des objectifs ont été fixé préalablement.
- Résultats : La participation à l'audit est faible, 16 médecins ont répondu à la proposition d'audit. Les résultats des pratiques analysées ne sont pas conformes aux recommandations, sauf sur un point : les patients à risque savent qu'ils doivent être vigilant quant à l'apparition ou à la modification d'une lésion cutanée pigmentée. Il existe des différences de performances entre les pratiques des différents participants et au sein des performances de chaque participant.
- Conclusions : Des actions de formations seront menées pour inciter les médecins à noter le sur-risque de mélanome des patients dans leurs dossiers médicaux, à informer leur patient de leur éventuel sur-risque de mélanome, à informer les patients sur les conseils de prévention, à adresser leur patient à risque spécifique chez un dermatologue (ou un chirurgien en cas de lésion suspecte). Un deuxième tour d'audit sera réalisé par le GLAM.

III. INTRODUCTION

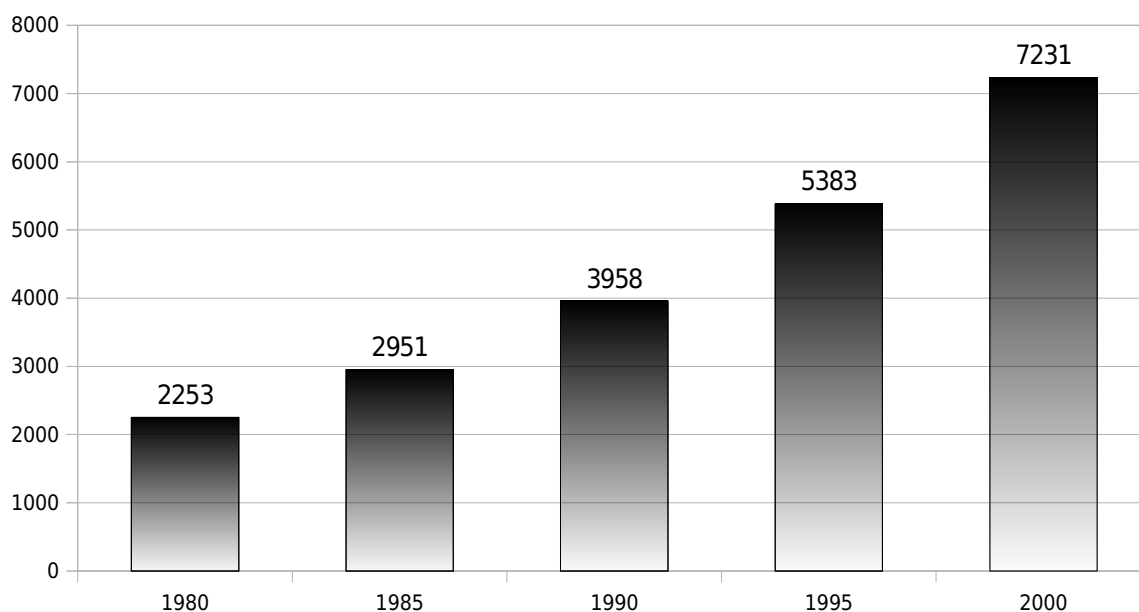
Un mélanome non métastasé est curable par exérèse chirurgicale complète et nous savons que les traitements actuels du mélanome au stade métastatique sont sans effet sur la mortalité.

De plus les traitements du mélanome sont d'autant plus efficaces qu'ils sont appliqués sur un mélanome ayant un indice de Breslow faible, qu'il s'agisse de la mortalité ou du taux de récives(1).

Actuellement, la preuve de l'efficacité d'un dépistage systématique n'est pas établie et le mélanome ne correspond pas aux critères de mise en place d'un dépistage systématique organisé. En effet, d'une part il n'existe pas de lésion précancéreuse identifiable et d'autre part la prévalence de la maladie est faible(2).

Ainsi, le diagnostic précoce et la prévention sont actuellement les seuls moyens de tenter de diminuer la mortalité liée à ce cancer.

Figure 1. Évolution du nombre de nouveaux cas de mélanome par an en France de 1980 à
d'après l'article de Remontet L et al.(3)



L'incidence du mélanome ne cesse de croître. En 2000, en France, il y a eu 7321 nouveaux cas de mélanome et 1364 cas de décès dus au mélanome(3)(figure 1).

En octobre 2006, des recommandations concernant la stratégie de diagnostic précoce du mélanome, émanant de la Haute Autorité de Santé (HAS), ont été publiées. Elles conduisent, en fait, à réaliser une prévention primaire et secondaire.

C'est à dire, d'une part à réduire l'exposition intense et occasionnelle au soleil chez les sujets à risque afin de réduire l'incidence de la maladie et d'autre part à promouvoir le diagnostic précoce du mélanome chez les sujets à risque dans le but de réduire la morbi-mortalité de la maladie, en diminuant le délai nécessaire au diagnostic et ainsi la durée de prise en charge.

Les facteurs de risque de survenue d'un mélanome sont présentés en annexe I.

Aucune source n'était en mesure d'établir si ces recommandations avaient été intégrées à leurs pratiques par les médecins généralistes lorrains.

Ces éléments nous ont conduit à proposer un audit visant à répondre à la question suivante : En Lorraine, les patients à risque sont-ils identifiés, informés et correctement orientés dans le système de soins par leur médecin généraliste ?

L'objectif principal de l'audit était d'évaluer les pratiques et leurs écarts avec les recommandations de la HAS. Il était nécessaire de répondre à ces interrogations : les patients à risque de mélanome sont-ils identifiés en tant que tel dans leur dossier médical ? Les patients à risque sont-ils informés de leur statut et connaissent-ils les conseils adaptés permettant de prévenir le mélanome et de le diagnostiquer de manière précoce ? Les patients à risque et qui nécessitent un avis spécialisé ont-ils été adressés à un dermatologue ?

La recommandation de la HAS concerne également les patients porteurs d'une lésion suspecte d'être un mélanome. Nous avons exclu cet élément du champ d'analyse de l'audit afin d'en préserver la faisabilité, en particulier par les médecins répondant à l'audit.

Une fois l'évaluation des pratiques effectuée, il faut établir par quels moyens il est possible de les améliorer, et mettre en œuvre ces moyens, cette partie du travail n'est pas approfondie dans cette thèse, cette phase, en projet, n'étant pas encore réalisée.

Nous avons choisi, dans une première partie, de présenter des rappels théoriques concernant le mélanome et son diagnostic précoce.

Une deuxième partie aborde la problématique de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et de la Formation Médicale Continue (FMC), des audits en général et s'intéresse plus particulièrement au Groupe Lorrain d'Audit Médical (GLAM), promoteur de l'audit.

Une troisième partie présente les méthodes et résultats de l'audit et en propose une analyse.

IV. 1ère partie : RAPPELS THÉORIQUES À PROPOS DU MÉLANOME ET DU DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU MÉLANOME

A. Introduction

Cette première partie est fondée sur la revue de littérature sur le mélanome de la recommandation en santé publique de la HAS, à propos de la stratégie de diagnostic précoce du mélanome, publiée en octobre 2006. Concernant les références postérieures à octobre 2006, elles résultent de la consultation de la base de donnée Medline, Pascal (CNRS-INIST, France) et des sites Internet suivants : ministère de la Santé, Société Française de Dermatologie, CNAMTS, URCAM, URML.

B. Problématique du mélanome

Le mélanome est une tumeur cutanée maligne dont la gravité est liée à sa capacité à métastaser en mettant en danger la vie du patient.

Les nombres de cas incidents et de décès étaient respectivement estimés en l'an 2000 à 7231 et 1364 (ratio homme/femme de 1/0,9)(3).

Dans son rapport d'évaluation la HAS a évalué deux stratégies :

- la pertinence d'un dépistage systématique du mélanome en population générale.
- l'amélioration du diagnostic précoce du mélanome(4).

Concernant le dépistage systématique, aucune étude n'avait évalué l'efficacité du dépistage sur la réduction de la mortalité liée au mélanome ou l'incidence des mélanomes épais, aucune étude n'avait évalué la sensibilité et la spécificité de l'examen clinique en situation de dépistage.

D'autre part, selon le guide méthodologique publié par l'ANAES en 2004 concernant l'évaluation a priori d'un programme de dépistage(2), le mélanome ne correspond pas aux critères de mise en place d'un dépistage systématique organisé pour ces trois principales raisons :

- il n'y a pas de lésion précancéreuse identifiable.
- les données épidémiologiques sont incomplètes et suggèrent une prévalence faible si on la compare à celle d'autres cancers (cancer du sein, du col de l'utérus ou du côlon) pour lesquels ce type de dépistage a été mis en place.
- Il est impossible de modéliser l'efficacité et le rapport coût/efficacité du fait de nombreuses données manquantes.

Concernant l'amélioration du diagnostic précoce, il a été décidé par la HAS de réaliser une revue de littérature sur le mélanome et de réfléchir aux stratégies et étapes clés de l'amélioration de ce diagnostic précoce. Les arguments de cette stratégie étant les suivants :

- En 2006, les traitements du mélanome au stade métastatique sont sans effet sur la mortalité.
- L'exérèse d'un mélanome in situ ou de faible épaisseur diminue le risque d'apparition de métastase.
- Cette stratégie est en accord avec le plan de prévention du mélanome et de ses complications défini dans le rapport d'objectifs de santé publique pour les années 2004 à 2008 (réduction de l'exposition intense et occasionnelle au soleil et incitation au diagnostic précoce)(5).

C. Caractéristiques cliniques du mélanome

Les termes suivis d'un (*) sont définis dans le glossaire en annexe II.

Ces données sur les caractéristiques cliniques du mélanome sont fondées sur les recommandations d'agences ou de sociétés savantes, revues de synthèse (6)(7)(8)(9)(10) et complétées de données d'études dont les références sont données dans le texte.

Les mélanomes des muqueuses, de l'œil, de la paupière, de l'oreille et du conduit auditif, les mélanomes de l'enfant, de la femme enceinte, ne sont pas abordés ici.

1. Formes anatomo-cliniques

Il existe quatre formes anatomo-cliniques principales de mélanome : le mélanome à extension superficielle (la plus fréquente), le mélanome nodulaire, le mélanome de Dubreuilh et le mélanome acral-lentigineux.

a) Le mélanome à extension superficielle

Le mélanome à extension superficielle (SSM ou Superficial Spreading Melanoma) se caractérise par une lente phase de croissance horizontale intra-épidermique (mélanome in situ) qui précède de plusieurs mois à plusieurs années la phase de croissance verticale, c'est à dire le franchissement de la jonction dermo-épidermique.

L'aspect du mélanome en phase de croissance horizontale est une tache noire à contours irréguliers, polycyclique, de couleur inhomogène ou polychrome et sans relief à la palpation.

En phase de croissance verticale, le mélanome devient accessible à la palpation, il pénètre d'abord le derme*, puis l'hypoderme*.

b) Le mélanome nodulaire

Le mélanome nodulaire (MN) a une définition anatomo-pathologique (absence de composante latérale intra-épidermique ou intéressant moins de 3 crêtes épidermiques) et clinique (couleur noire, parfois achromique), ferme arrondi, pouvant s'ulcérer, se recouvrir d'une croûte, suinter ou saigner). Il a une croissance rapide (quelques semaines à quelques mois), il est en général identifié lorsqu'il est palpable alors que l'indice de Breslow* est élevé.

c) Le mélanome de Dubreuilh

Il est observé au niveau des zones du visage qui sont exposées au soleil, particulièrement les joues. La peau environnante est souvent le siège d'une héliodermite chronique. L'âge moyen de diagnostic se situe vers 65 ans(11). La phase de croissance horizontale dure plusieurs années.

Cliniquement, ce mélanome est une tache pigmentée, inhomogène, allant du noir au marron foncé. Des formes achromiques ont été également décrites.

Sans traitement, il évolue vers une forme invasive, la lésion devient alors plus noire, éventuellement nodulaire, indurée ou ulcérée.

d) Le mélanome acral-lentigineux

Il est observé au niveau des plantes, des paumes, des ongles et sur des zones cutanées non exposées au soleil. Il s'étend en quelques mois à quelques années.

A propos du mélanome des paumes et plantes, il se présente comme une tache brune ou noire, aux contours irréguliers. Il est parfois achromique. À un stade plus évolué, des nodules apparaissent et la lésion s'ulcère.

Le mélanome acral-lentigineux unguéal apparaît à l'âge adulte au niveau de la matrice de l'ongle, de la peau péri-unguéale, sur n'importe quel doigt ou orteil, mais il est plus fréquent au niveau du pouce et du premier orteil(12). Il a l'aspect d'une bande longitudinale, mais il peut être achromique et ressemble parfois à une dystrophie unguéale avec ulcération. Les signes cliniques évocateurs sont : une bande mélanique de plus de 6 mm de large, un élargissement proximal, une irrégularité de la pigmentation, une extension péri-unguéale de la pigmentation (signe de Hutchinson)

2. Localisations en fonction du sexe et de la forme anatomo-clinique

En France, la localisation cutanée des mélanomes varie entre les femmes et les hommes.

Il y a une prédominance au niveau des membres inférieurs chez la femme, du thorax chez l'homme(13)(14).

Les mélanomes à extension superficielle sont les plus fréquemment observés et représentent entre 60 et 70 % des mélanomes identifiés(13)(15).

Les mélanome nodulaires représentent 4 à 18% des mélanomes identifiés.

Chez la femme, depuis 1988 et dans le Haut-Rhin, le mélanome nodulaire reste stable en incidence alors que celle des mélanomes à extension superficielle augmente (données du registre du Haut-Rhin(16)).

3. Épaisseur en fonction de la forme anatomo-clinique

L'épaisseur des mélanomes identifiés a été évaluée dans une étude australienne chez 1144 patients entre 1998 et 1999 (17).

Dans cette étude, les mélanomes nodulaires étaient identifiés avec un indice de Breslow plus élevé que les mélanomes à extension superficielle :

- 44% des mélanomes nodulaires avaient une épaisseur > à 3mm, 41% une épaisseur comprise entre 1 et 3 mm et 15% une épaisseur < 1 mm, lors de leur identification.

- 4% des mélanomes à extension superficielle avaient une épaisseur > à 3mm, 14% une épaisseur comprise entre 1 et 3 mm et 82% une épaisseur < 1 mm, lors de leur identification.

4. Critères pronostiques

Sur la base des données concernant le suivi de 17 600 patients dans 13 centres américains de traitement du cancer, l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) a établi une classification des mélanomes en stades pronostiques (I à IV) qui prend en compte l'épaisseur et l'ulcération de la tumeur, au sens anatomopathologique : disparition de la couche épidermique au-dessus de la tumeur (classification T), le nombre et la taille des adénopathies (classification N), le nombre de métastases viscérales et le taux sérique de LDH (classification M)(18).

D. Épidémiologie du mélanome

Ces données sont essentiellement issues de la recommandation HAS concernant la stratégie de diagnostic précoce du mélanome publiée en octobre 2006. Voici les sources citées par la HAS :

- concernant les nouveaux cas de mélanome : une étude de l'Institut de veille sanitaire, Hôpitaux de Lyon, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Réseau français des registres de cancer. Remontet L, Buemi A. Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. Saint-Maurice: INVS; 2003 et une étude de Chérié-Challine L, Halna JM, Remontet L. Situation épidémiologique du mélanome cutané en France et impact en termes de prévention. BEH 2004;(2):5-8. Dans ces études les incidences pour les années 1998 à 2000 ont été calculées par projection.

- Les informations sur la mortalité liée au mélanome sont issues des certificats de décès exploités par l'Inserm (CépiDc-Inserm).

- Les données d'incidence et de mortalité sont postérieures à 2006, elles proviennent de la consultation du site internet de l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) à l'adresse : www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/default.htm (19)

- Les taux spécifiques par âge sont obtenus en calculant le rapport du nombre de cas à un âge donné d'une cohorte de naissance donnée à une période donnée, sur le nombre de personnes-année du même âge contribuant à la même cohorte de naissance durant la même période.

1. Prévalence

La recherche documentaire n'a identifié aucune étude épidémiologique française qui permette d'estimer la prévalence du mélanome. Un taux de prévalence annuel standardisé sur l'âge a été estimé à partir des données de l'étude Europrevail (20). Il était en France de 30,8 pour 100 000 personnes-année et était parmi les plus bas d'Europe. Par comparaison, la prévalence du mélanome en Suède et en Autriche était 4 à 5 fois plus élevée. Le classement des pays par ordre décroissant de prévalence était le suivant : Suède, Autriche, Suisse, Danemark, Finlande, Écosse, Pays-Bas, Islande, Allemagne, Angleterre, Italie, France et Espagne.

2. Incidence

a) Source des données

Les données sur l'incidence du mélanome sont issues des 9 registres départementaux français : Bas-Rhin, Calvados, Doubs, Isère, Somme, Tarn, Haut-Rhin, Hérault et Manche (16); selon des données de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE)(21), la population de ces départements représente 11 % de la population métropolitaine française. Un observatoire régional en Auvergne réalise également l'enregistrement exhaustif des mélanomes diagnostiqués dans la population de cette région (13).

Les éventuels problèmes méthodologiques posés lors de l'exploitation de ces données sont de plusieurs ordres :

- une absence de représentativité de la situation nationale, mais la comparaison des données d'incidence entre les registres est possible, les rapports incidence/mortalité étant variables entre les 9 départements
- le biais lié à l'enregistrement des mélanomes in situ : quel que soit le registre et afin de ne pas introduire de biais, ils ne sont pas pris en compte pour le calcul de l'incidence.
- le risque de superposition de données (doublons, déclarations de mélanomes diagnostiqués chez des patients d'une autre région) : du fait de la méthodologie rigoureuse des registres des cancers, ce risque est minime.

Le taux d'incidence du mélanome standardisé à la population mondiale était estimé en 2000 chez l'homme à 7,6 pour 100 000 et chez la femme à 9,5 pour 100 000 .

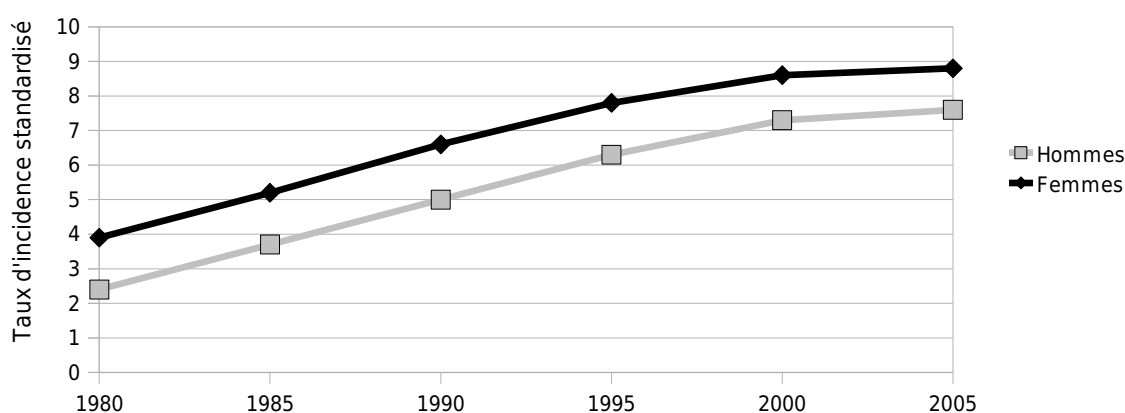
Le nombre de nouveaux cas était estimé en 2000 à 7 231, hommes et femmes confondus (33,34) : 3 066 (IC95% : 2 625-3 507) chez l'homme et 4 165 (IC95% : 3103-5 227) chez la femme.

b) Variation de l'incidence au cours des années

En 25 ans (1980 à 2005) le taux d'incidence standardisé (sur la structure d'âge de la population mondiale) du mélanome pour 100 000 personnes-année a été multiplié par 3,1 chez l'homme et 2,3 chez la femme (19).

Figure 2. Évolution de l'incidence des mélanomes en France entre 1980 et 2005

d'après Belot A, Grosclaude P et al., 2005



c) Variation de l'incidence en fonction de l'âge et du sexe

Si l'on se fonde sur les données françaises de l'année 2000 (22), l'âge médian des patients lors du diagnostic de mélanome était de 58 ans chez l'homme et 56 ans chez la femme.

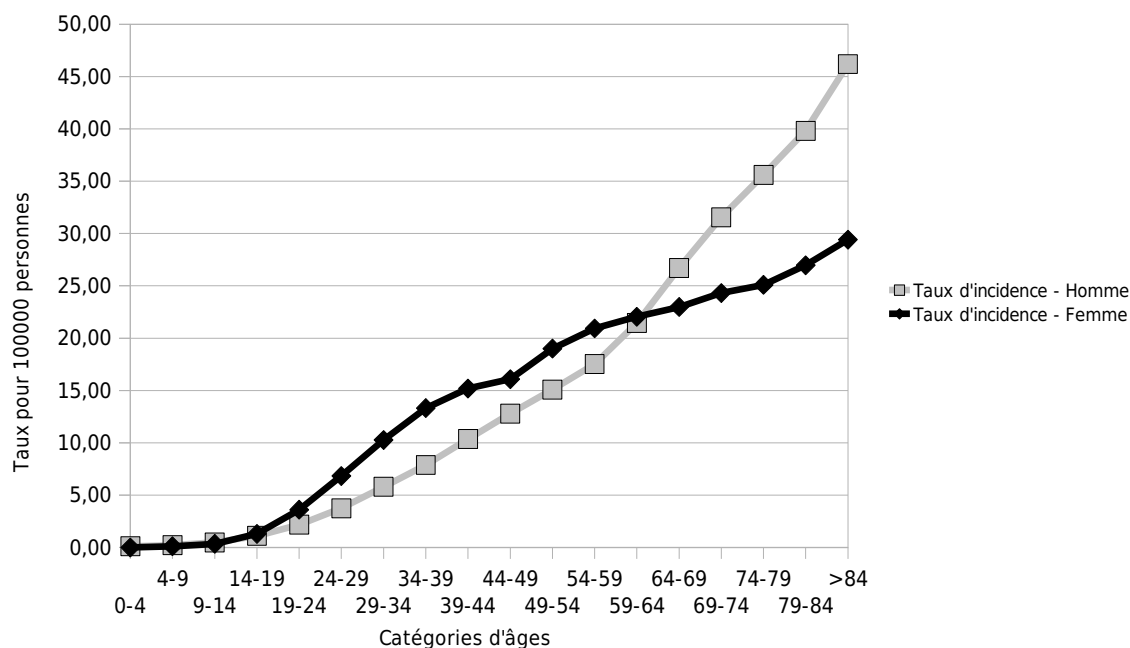
Des données françaises récentes, tenant compte de l'augmentation annuelle du nombre de nouveaux cas (+ 4,3 % chez la femme et + 5,9 % chez l'homme entre 1980 et 2000), permettent d'estimer que (22) :

- un homme né en 1953 a 10 fois plus de risque d'avoir un mélanome qu'un homme né en 1913
- une femme née en 1953 a 6 fois plus de risque d'avoir un mélanome qu'une femme née en 1913.

La figure 3, réalisée à partir de données plus récentes (19), montre que l'incidence du mélanome est plus élevée chez la femme que chez l'homme avant 65 ans (ratio H/F à 0,8), l'inverse étant observé après 65 ans.

Figure 3. Variation de l'incidence du mélanome avec l'âge et le sexe en 2005

d'après Belot A, Grosclaude P et al., 20



d) Variation de l'incidence en fonction de l'épaisseur des mélanomes identifiés

Concernant les données françaises, la recherche documentaire de la HAS n'a identifié aucune donnée d'incidence du mélanome en fonction des stades de classification de l'AJCC. Ces données n'étant pas relevées de manière systématique par les registres. Notre recherche ne nous a pas permis d'identifier d'élément nouveau à ce sujet.

Toutefois les registres français du Haut-Rhin et du Bas-Rhin(16)(14), ainsi qu'une étude réalisée en Seine-Maritime(15) ont comparé l'indice de Breslow des mélanomes identifiés sur une période de 10 ans.

Registre du Haut-Rhin :

- L'incidence des mélanomes d'épaisseur < 1 mm a doublé entre 1988 et 1999 chez l'homme et a augmenté de plus de 50 % chez la femme.
- L'incidence des mélanomes d'épaisseur > 1 mm est restée stable dans le même temps. Il s'agit surtout de formes nodulaires chez l'homme (67 % en 1997-99) et de mélanomes à extension superficielle chez la femme (56 % en 1997-99).
- La proportion de mélanomes métastasés d'emblée a diminué : 11 % en 1988-90 *versus* 5 % en 1997-99 (29,30).

Registre du Bas-Rhin :

Le nombre de mélanomes d'épaisseur < 1 mm était 6 fois plus important en 1997 par rapport à 1980 ($p < 0,001$). Le nombre de mélanomes d'épaisseur > 1 mm est resté stable dans le temps.

Étude en Seine-Maritime :

L'indice de Breslow moyen a diminué de façon significative (1,86 *versus* 1,40 mm, $p = 0,0001$) et la proportion de mélanomes identifiés avec un indice de Breslow > 2 mm a diminué significativement (37 *versus* 22 %, $p = 0,002$) en l'espace de 10 ans.

e) Comparaison des données françaises, européennes et internationales

Les données européennes concernant l'incidence du mélanome émanent de l'EUCAN(20). En 1997, l'incidence des mélanomes était plus importante dans le nord que dans le sud de l'Europe. L'incidence la plus élevée était observée au Danemark, en Suède, aux Pays-Bas, en Irlande et en Autriche. La plus basse était observée dans les pays du sud de l'Europe (Italie, Espagne, Portugal et Grèce) et en Belgique. En France, l'incidence du mélanome était 1,7 à 2 fois plus basse que dans les pays scandinaves.

Ces différences sont, au moins en partie, liées à la répartition géographique des phototypes cutanés et à la prédisposition génétique.

Les données mondiales sont très disparates selon les ethnies et les latitudes considérées (13). Les taux d'incidence les plus élevés sont observés dans les pays où des sujets au teint clair vivent sous des latitudes particulièrement ensoleillées comme l'Australie ou Hawaii avec respectivement 25-35 cas pour 100 000 habitants et 20 cas pour 100 000 habitants en 2000 (23)(24); toutefois des taux d'incidence élevés sont également observés au Canada (8,5 à 10 cas pour 100 000 habitants en 1993)(25) et dans certaines régions des États-Unis (12,5 cas pour 100 000 habitants en 1994)(23)

f) Incidence par rapport aux autres types de cancer

Par rapport aux carcinomes épithéliaux, la recherche documentaire de la HAS n'a pas identifié d'étude épidémiologique de portée nationale qui permette de comparer le mélanome aux autres cancers cutanés. Deux études régionales (26)(16) (14) suggèrent que le mélanome est peu fréquent en comparaison aux carcinomes épithéliaux : le mélanome serait 9 à 10 fois moins fréquent que le carcinome basocellulaire.

Par rapport aux autres types de cancers, le taux d'incidence standardisé à la population mondiale pour 100 000 personnes-année en 2000 plaçait le mélanome (3):

- au 3ème rang des différents types de cancers chez la femme (incidence 9,5) après les cancers du sein (incidence 88,9) et les cancers du colon et du rectum (incidence 24,6)

- au 13ème rang des différents types de cancers chez l'homme (incidence 7,6), après les cancers de la prostate (incidence 75,3) et du poumon (incidence 52,2).

3. Mortalité

a) Données générales

Le nombre de décès (femmes et hommes confondus) était estimé en 2002 à 1385 dont 48% d'hommes et 52% de femmes. 31 % de ces décès étaient observés chez les sujets âgés de 45 à 64 ans et 58% chez les plus de 65 ans.

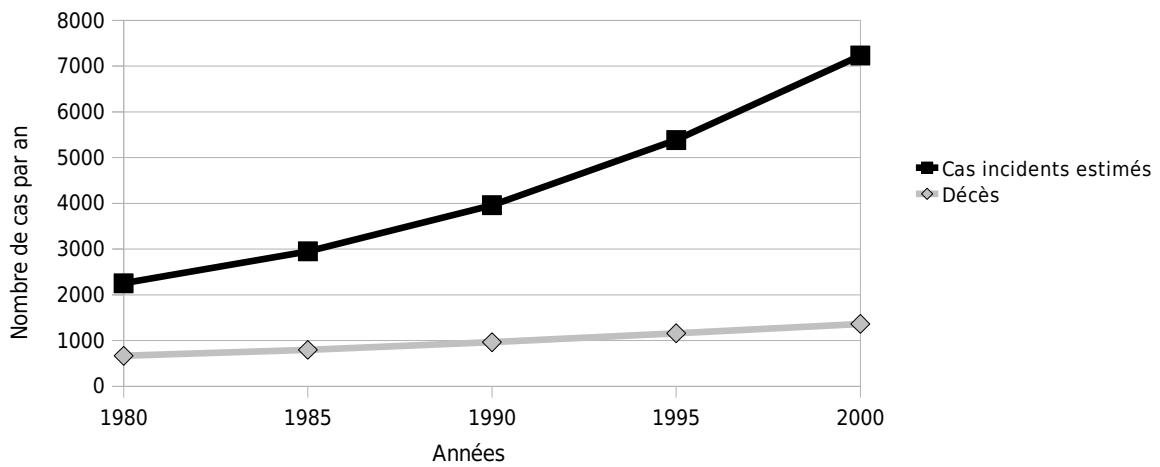
Le taux de mortalité standardisé sur la population mondiale était 1,6 pour 100 000 personnes chez l'homme et 1,1 pour 100 000 personnes chez la femme(3).

b) Dissociation mortalité/incidence

En 2000, le nombre de décès dus au mélanome était inférieur au nombre de cas incidents (figure 4)(27): 1 décès pour 5 cas incidents chez l'homme et 1 décès pour 6 cas incidents chez la femme.

Cette dissociation, au cours des années, suggère que les mélanomes identifiés en 2000 sont de meilleur pronostic, cette hypothèse est renforcée par le fait que l'épaisseur des mélanomes identifiés tend à diminuer avec les années.

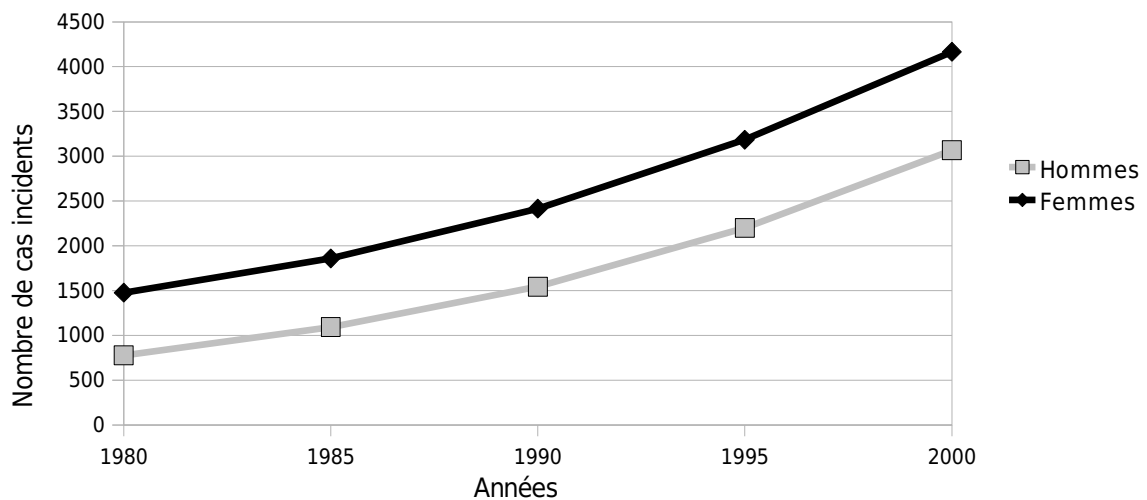
Figure 4. Evolution comparative de la mortalité liée au mélanome et du nombre de cas inc estimés entre 1980 et 2000 d'après Remontet L et al., 2003 (27)



c) Dissociation homme/femme

Bien que l'on observe plus de cas incidents chez la femme que chez l'homme (figure 5)(27), le nombre de décès observés chez l'homme est supérieur (figure 6) (27).

Figure 5. Comparaison du nombre de cas incidents de mélanome chez l'homme et chez la femme entre 1980 et 2000 d'après Remontet et al., 2003 (27)



Deux hypothèses ont été évoquées :

- Les femmes consulteraient plus tôt que les hommes pour une lésion cutanée suspecte
- Le mélanome aurait une évolutivité plus rapide et plus sévère chez l'homme.

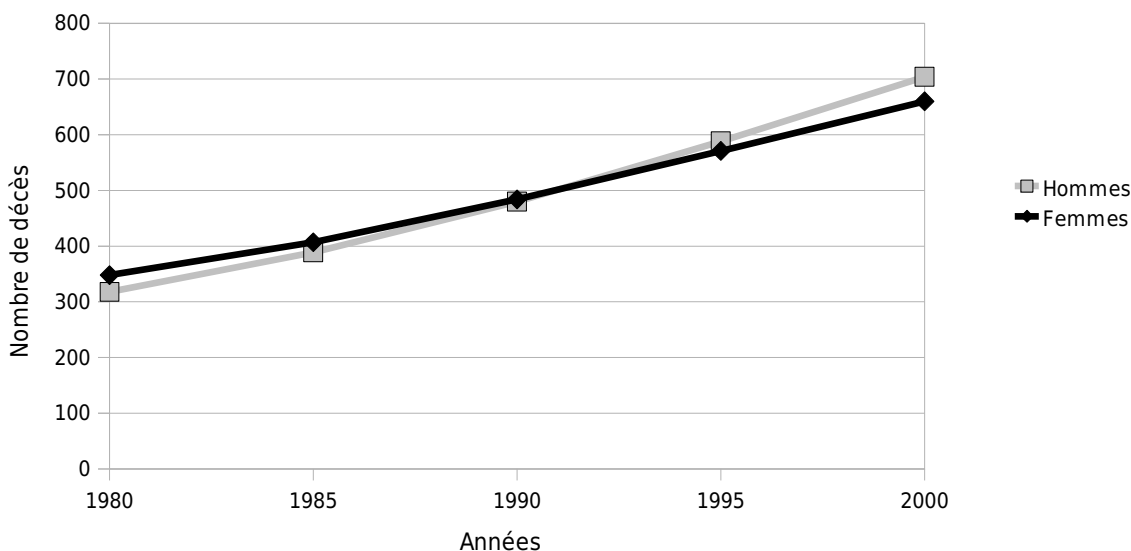
En 2005 aucun élément publié ne venait étayer ces hypothèses, elles restent à évaluer.

d) Mortalité en fonction de la forme anatomoclinique

La recherche documentaire n'a identifié aucune étude permettant de connaître la répartition des formes anatomo-cliniques de mélanome dans le nombre total de décès pour cette pathologie en 2006. Les données 1997-99 du registre du Haut-Rhin(16) montraient que chez les sujets âgés de plus de 75 ans :

- la survie relative était quatre fois moins bonne que chez les sujets plus jeunes
- toutes les formes anatomo-cliniques de mélanome étaient observées
- l'épaisseur des mélanomes s'accroissait avec l'âge des patients.

Figure 6. Comparaison du nombre de décès par mélanome chez l'homme et chez la femme d'après Remontet et al., 2003 (27)



Des données anciennes (antérieures à l'année 1993) montraient que le pronostic du patient était lié non pas à la forme anatomo-clinique du mélanome, mais à son épaisseur au moment de son diagnostic(28).

e) Mortalité du mélanome : comparaison avec les autres types de cancers

En 2000 le taux de mortalité pour 100 000 personnes-année lié au mélanome plaçait ce cancer au 17^e rang des différents types de cancer chez la femme et au 18^e rang chez l'homme (3).

Le taux de létalité (ratio mortalité/incidence) lié au mélanome est bas en comparaison à celui observé pour des cancers qui sont par ailleurs beaucoup plus fréquents. Ainsi en 2000 il était 1,3 fois plus faible pour le mélanome que pour le cancer du sein chez la femme (0,17 *versus* 0,22)¹ et 4,3 fois plus faible pour le mélanome que pour le cancer du poumon chez l'homme (0,22 *versus* 0,94)².

E. Facteurs de risque de mélanome

1. Physiopathologie

C'est la transformation maligne des mélanocytes qui aboutit au mélanome.

Le mélanome peut résulter de la transformation maligne des mélanocytes d'un naevus ou apparaître en dehors de tout naevus(6)(8).

Les données de la littérature suggèrent que les mélanomes apparaissent en dehors de tout naevus dans 70 à 80 % des cas(29).

Concernant les mécanismes d'apparition des mélanomes, il reste des éléments à éclaircir, si il est établi qu'il existe une corrélation entre exposition solaire brutale et intense (brûlure solaire) et mélanome, celui ci peut également survenir sur des zones non exposées au soleil.

2. Littérature disponible

Quatre méta-analyses, 2 revues de la littérature et des études prospectives et rétrospectives ont été identifiées par la recherche documentaire.

Trois méta-analyses italiennes publiées par Gandini et al. en 2005(30)(31)(32), de très bonne qualité méthodologique, ont analysé l'ensemble des études publiées entre 1966 et 2002 sur les facteurs de risque de mélanome que sont la prédisposition génétique, l'exposition solaire et le phénotype.

1. Le taux de mortalité lié au cancer du sein était en 2000 de 19,7 pour 100 000 habitants et le taux d'incidence de 88,9 pour 100 000 habitants.

2. Le taux de mortalité lié au cancer du poumon était en 2000 de 48,9 pour 100 000 habitants et le taux d'incidence de 52,2 pour 100 000 habitants

Une méta-analyse canadienne publiée par Gallagher et al. en 2005(33), une revue de la littérature américaine(34) et 5 études de cohorte [4 études prospectives : américaine (35), suédoises (36)(37) et européenne (38) ; une étude rétrospective française (39)] ont étudié l'association entre le mélanome et l'exposition aux UV-A artificiels (lampes à bronzer, PUVA-thérapie).

En août 2009, une étude publiée dans la revue Lancet Oncology (40) a conduit le Centre International de la Recherche sur le Cancer de l'OMS à ajouter les UV-A artificiels sur la liste des cancérigènes avérés.

Une revue de la littérature américaine (41), une étude prospective américaine (42) et une étude rétrospective suédoise (43) ont évalué le risque de mélanome chez les sujets ayant un nævus congénital géant*.

Une étude rétrospective américaine (44) a évalué le risque de développer un second mélanome chez les patients ayant été traités pour un mélanome.

La méta-analyse de Gandini et al. (30) et une étude suédoise (45) ont évalué le risque de développer un mélanome chez les patients ayant un antécédent familial de mélanome.

3. Analyse des données

a) Prédisposition génétique

Le nombre de nævus communs* et/ou atypiques* est un facteur de risque de mélanome indépendant et fort (31). Le risque relatif (RR) de développer un mélanome était d'autant plus élevé que le nombre de ces nævus était important (cf. Figure 7).

L'antécédent familial de mélanome est également un facteur de risque. Il se définit comme l'existence d'un mélanome soit chez 2 membres de la parenté du premier degré, soit 3 membres de la famille quel que soit le degré de parenté. 5 à 10% des mélanomes surviennent dans un contexte familial(6).

Une des méta-analyses de Gandini et al. (30) évaluait à 1,7 le risque relatif de développer un mélanome chez un sujet ayant des antécédents familiaux de mélanome (IC95% = 1,4-2,1).

L'étude d'Hemminki et al. (45) montrait que le ratio d'incidence standardisée (SIR ou standardized incidence ratio) était de :

- 2,4 (IC95 % = 2,1-2,7) quand un seul des parents avait un mélanome ;
- 3,0 (IC95 % = 2,5-3,5) quand c'était un membre de la fratrie ;
- 8,9 (IC95 % = 4,2-15,3) quand un parent et un membre de la fratrie avaient un mélanome ;
- 61,8 (IC95 % = 5,8-227,2) quand les parents avaient des mélanomes multiples.

Des mutations de gènes de prédisposition ont été mises en évidence dans les mélanomes familiaux : CDKN2A (mutation la plus fréquemment rencontrée en France), Cdk4, gène de la mélanocortine MC1R (46)(47).

Le *Xeroderma pigmentosum* est une maladie génétique rare de la réparation de l'ADN cellulaire qui s'accompagne d'une augmentation de la sensibilité aux ultraviolets. Les patients atteints de *Xeroderma pigmentosum* ont un risque élevé d'avoir un cancer cutané (carcinome, mélanome) (48).

Le phototype et les caractéristiques physiques des sujets sont également à prendre en compte. Les sujets à peau claire ou à cheveux roux ou blonds, ou les sujets ayant de nombreuses éphélides* ou étant de phototype cutané de type I* ont un risque relatif accru ($RR \geq 2$) de développer un mélanome (cf. figure 8)

L'existence d'un nævus congénital géant prédispose au risque de développer un mélanome (RR ajusté à la population d'origine caucasienne = 2,4 ; $p < 0,001$)(41). La résection chirurgicale complète d'un nævus congénital géant ne permettrait pas d'éviter le développement d'un autre mélanome au niveau de site extracutanés(42). L'étude de Berg et Lindelöf(43), qui incluait tous les nævus congénitaux, quelles que soient leurs tailles, concluait que les nævus congénitaux non géants ne prédisposaient pas au risque d'avoir un mélanome.

Figure 7. Risque d'avoir un mélanome en fonction du nombre de nævus communs et/ou atypiques d'après Gandini et al., 2005 (31)

Type de lésion	Nombre de lésions	RR[IC _{95%}]
Nævus commun	0-15	1
	16-40	1,5 [1,4-1,6]
	41-60	2,2 [1,9-2,6]
	61-80	3,3 [2,5-4,15]
	81-100	4,7 [3,4-6,5]
	101-120	6,9 [4,6-10,2]
Nævus atypique	0	1
	1	1,6 [1,4-1,8]
	2	2,6 [1,9-3,4]
	3	4,1 [2,6-6,3]
	4	6,5 [3,6-11,7]
	5	10,5 [5,0-21,8]

Figure 8 Risque relatif d'avoir un mélanome en fonction du phototype cutané et de l'état cutané d'après Gandini *et al.*, 2005 (30)

Catégories	Comparaison	Risque relatif (intervalle de confiance à 95 %)	Nombre d'études
Densité des éphélides	Haute versus basse	2,1 (1,8-2,4)	
Phototype cutané	I versus IV	2,1 (1,8-2,6)	30
	II versus IV	1,8 (1,4-2,4)	
	III versus IV	1,8 (1,2-2,6)	
Couleur des yeux	Verts versus bruns	1,6 (1,1-2,4)	37
	Noisettes versus bruns	1,5 (1,3-1,8)	
	Bleus versus bruns	1,5 (1,3-1,7)	
Couleur des cheveux	Roux versus bruns	3,6 (2,6-5,4)	45
	Blonds versus bruns	2,0 (1,4-2,7)	
	Châtains versus bruns	1,6 (1,1-2,3)	
Couleur de la peau	Claire versus foncée	2,1 (1,7-2,5)	30

b) Exposition aux ultraviolets

L'exposition solaire augmente le risque d'avoir un mélanome. Malgré une disparité importante du mode de recueil de l'exposition solaire et la subjectivité de la notion de coup de soleil dans l'enfance, mises en évidence par les auteurs (32), l'association entre le risque d'avoir un mélanome et l'exposition solaire était :

- positive en ce qui concernait la totalité des ultraviolets (UV) reçus au cours de la vie (RR = 1,3 / IC_{95%} = 1,0-1,8)
- positive en ce qui concernait l'exposition solaire intermittente (RR = 1,36/ IC_{95%} = 1,3-2,0). Les risques relatifs rapportés dans les études provenant d'Australie, des États-Unis, du Canada et du Royaume-Uni étaient significativement plus bas que ceux obtenus dans les autres pays (p=0,02)
- négative mais non significative en ce qui concernait l'exposition solaire chronique (RR = 0,9 / IC_{95%} = 0,9-1,0), excepté pour le mélanome de Dubreuilh
- positive en ce qui concernait les antécédents de coup de soleil dans l'enfance (RR = 2,2 / IC_{95%} = 1,7-2,9) ou à l'âge adulte (RR = 1,9 / IC_{95%} = 1,5-2,4)

L'exposition aux UV artificiels n'était pas significativement associée à l'augmentation du risque de mélanome à la date de la publication de la recommandation de la HAS. Les études publiées à l'époque (33)(34)(35)(36)(37)(38)(39) comportaient des biais méthodologiques (études rétrospectives sur de nombreuses années avec, de ce fait, une prise en compte de matériels de différentes générations) et avaient des résultats contradictoires ne permettant pas de conclure à une augmentation du risque de mélanome par l'exposition aux UV artificiels.

En août 2009, une étude publiée dans la revue Lancet Oncology (40) a conduit le Centre International de la Recherche sur le Cancer de l'OMS à ajouter les UV-A artificiels sur la liste des cancérigènes avérés. Cette étude établit, en particulier, qu'il existe des preuves suffisantes que ces rayonnements favorisent le mélanome de la peau mais aussi le mélanome de l'œil (corps ciliaire et choroïde).

c) Antécédent personnel de mélanome

Les Standards, options et recommandations (SOR) concernant le mélanome cutané (6) précisait que les sujets ayant eu un mélanome ont un risque plus élevé (RR compris entre 1,2 et 8,5) de développer un autre mélanome.

L'étude rétrospective de DiFronzo et al. (44) montrait que sur les 3 310 patients inclus, 114 développaient un second mélanome (soit 3,4 %). 60 % de ces seconds mélanomes se développaient dans les 12 mois et avaient une épaisseur inférieure au mélanome initial ($0,62 \pm 0,52$ versus $1,32 \pm 1,02$ mm ; $p = 0,0001$).

Une méta-analyse de Gandini et al. (30) évaluait le risque relatif de développer un mélanome chez un sujet ayant des antécédents personnels de lésions précancéreuses et/ou de cancer cutané à 4,3 (IC95% = 2,8-6,5).

F. Étapes clés du diagnostic précoce du mélanome

Ce chapitre est fondé sur l'analyse de la littérature présentée précédemment ainsi que sur l'avis des membres du groupes de travail de la recommandation HAS (liste en page 15 de cette même recommandation(1)).

L'ensemble des éléments n'ont pas été pris en compte dans la réalisation de l'audit, ces choix sont évoqués dans ce chapitre, les raisons de ces choix sont détaillées dans le chapitre MÉTHODES de la 3ème partie de cette thèse.

1. Stratégie diagnostique

Les étapes clés du diagnostic précoce se fondent sur une complémentarité d'actions entre le patient, le médecin traitant (éventuellement le médecin du travail), le dermatologue et le médecin anatomo-pathologiste.

- Le patient consulte son médecin, soit parce qu'il a constaté l'apparition d'une lésion suspecte, soit parce qu'il s'identifie comme sujet à risque.
- **Le médecin généraliste (ou le médecin du travail) identifie les patients à risque et les incite à consulter un dermatologue en cas d'apparition d'une lésion suspecte ou de changement d'une lésion préexistante. En parallèle, il adresse au dermatologue tout patient chez qui il aura identifié une lésion suspecte au cours de sa consultation.**
- Le dermatologue confirme ou infirme la suspicion de mélanome, suit les patients à risque et les forme à l'auto-examen.
- Le médecin anatomo-pathologiste confirme ou infirme le diagnostic de mélanome.

Le respect de la conduite à tenir par les médecins en cas de lésion suspecte n'a pas été analysé dans l'audit que nous présentons.

Cet audit concernant uniquement les patients et les médecins généralistes, les rôles des autres médecins sont exposés dans un objectif purement didactique.

a) Rôle du patient

Le patient doit consulter dans les cas suivants (30)(31)(32) :

Il présente au moins un facteur de risque (dont le risque relatif ≥ 2) :

- antécédent familial de mélanome (père, mère, fratrie, enfants) ;
- nombreux nævus ($n > 40$) ;
- nævus atypiques ($n \geq 2$) ;
- éphélides nombreuses (taches de rousseur) ;
- phototype I (brûlure solaire constante [coup de soleil] jamais suivie de pigmentation) ;
- cheveux roux ou blonds ;
- peau claire
- nævus congénital géant (diamètre > 20 cm) ;
- antécédents de brûlures solaires (coups de soleil).

Il a identifié une lésion suspecte :

- apparition d'une tache foncée qui s'étend progressivement (diamètre > 6 mm), dans un territoire de peau exempt de nævus auparavant ;
- modification en quelques semaines ou quelques mois d'un nævus qui était stable depuis plusieurs années (modification de couleur, de taille, de forme) ;
- apparition d'un nodule de couleur noire, ferme, arrondi, de croissance rapide (quelques semaines), ulcéré, croûteux ou suintant ;
- dans tous les cas, une tache ayant un aspect différent des autres nævus du patient et dont : la forme d'un côté est différente de celle de l'autre (asymétrie), la bordure est irrégulière, découpée, indistincte, la couleur est inhomogène avec des zones brunes, noires, rouges, grises ou blanches, le diamètre ou la largeur augmentent en quelques semaines.

Dans une étude réalisée chez 97 patients traités pour mélanome (49), les caractéristiques ayant alerté le patient ou son entourage étaient : une modification récente de taille (37 % des cas), une couleur inhomogène (26 %), un diamètre > 5 mm (23 %).

b) Rôle du médecin généraliste

Ce paragraphe concerne également le médecin du travail qui peut prendre une part active dans l'identification des sujets à risque ou d'un sujet ayant une lésion suspecte.

Identification des sujets à risque

Afin de standardiser la procédure d'identification des sujets à risque de mélanome et de faciliter la pratique du médecin généraliste et/ou du travail, un questionnaire à faire remplir soit par le patient soit par le médecin pourrait être un outil pertinent. Ce questionnaire nécessite d'être élaboré et validé par un groupe de travail spécifique. Les sujets sont considérés à risque de mélanome en raison de caractéristiques génétiques ou phototypiques identifiées comme facteurs de risque dans les méta-analyses de Gandini et al. (30)(31)(32).

Les facteurs de risque retenus, sont ceux pour lesquels le risque relatif de développer un mélanome est ≥ 2 .

Les sujets suivants sont considérés à risque de mélanome **du fait d'une prédisposition génétique** :

- la présence de nævus atypiques ($n \geq 2$, RR = 2,6) ;
- plus de 40 lésions mélanocytaires ou nævus communs (le risque étant d'autant plus élevé que le nombre de nævus est grand) ;
- les antécédents personnels de mélanome (RR = 4,3)
- les cheveux roux (RR = 3,6), ou blonds (RR = 2,0) ;
- les antécédents de brûlures solaires du 2e degré (dans l'enfance, RR = 2,2)³.
- des éphélides nombreuses (RR = 2,1) ;
- le phototype I (RR = 2,1) ;
- la peau de couleur claire (RR = 2,1) ;
- les antécédents familiaux de mélanome⁴.

Les sujets suivants sont considérés à risque de mélanome **du fait de leur mode de vie ou de leur profession** :

- les patients ayant vécu dans des pays très ensoleillés en raison de leur profession ou de leur activité de loisirs (exposition solaire aiguë et intense) ;
- les sujets ayant ou ayant eu des métiers en extérieur (marins, agriculteurs, ouvriers du bâtiment et des travaux publics, moniteurs sportifs) pour le mélanome de Dubreuhl uniquement.

Les **autres facteurs de risque** à prendre en compte sont les suivants :

3. Les membres du groupe de travail de la HAS préconisent pour évaluer la notion d'antécédents de brûlures cutanées de poser les questions suivantes au patient : avez-vous eu des cloques ? la douleur liée au coup de soleil vous empêchait-elle de dormir ?

4. Les membres du groupe de travail de la HAS précisent que les antécédents familiaux de mélanome sont définis par l'existence d'un mélanome soit chez 2 membres de la parenté du premier degré, soit chez 3 membres de la famille quel que soit le degré de parenté.

- les antécédents personnels de cancer cutané autre qu'un mélanome ;
- les antécédents d'exérèse d'une lésion cutanée (rechercher les cicatrices d'interventions et le résultat de l'examen anatomo-pathologique s'il y en a eu un) ;
- les prises médicamenteuses (immunosuppresseur).

Identification d'un sujet ayant une lésion suspecte

Dans le cadre de sa consultation, le médecin généraliste comme le médecin du travail peuvent être amenés à identifier une lésion suspecte (avis des membres du groupe de travail de la HAS) :

- tache noire ou brun foncé, irrégulière, polychrome, de plus de 6 mm de diamètre ;
- nodule de couleur noire, ferme, arrondi, de croissance rapide (quelques semaines), ulcéré, croûteux ou suintant ;
- nævus dont l'aspect est très différent des autres nævus du patient, d'autant plus que ce nævus sera apparu récemment ou se sera modifié récemment.
- Dans tous les cas le médecin généraliste adressera sans délai son patient au dermatologue pour un avis spécialisé.

Le médecin généraliste peut aussi répondre à une interrogation d'un patient pour une lésion cutanée pigmentée. Les questions principales à se poser ou à poser à son patient pour différencier une lésion suspecte d'une lésion bénigne sont les suivantes :

- la lésion est-elle récente ou ancienne ? ⇒ toute lésion récente de diamètre > 6 mm ou évolutive est suspecte de malignité. Mais cependant, une lésion ancienne n'est pas forcément bénigne ;
- la lésion, stable auparavant, s'est-elle modifiée récemment dans sa couleur (inhomogène), sa forme (asymétrie) ou son diamètre (> 6 mm) ? ⇒ toute lésion s'étant modifiée récemment est suspecte de malignité ;
- le patient a-t-il remarqué une lésion de croissance rapide (quelques semaines) ferme et nodulaire, ulcérée, croûteuse ou suintante ?

Les membres du groupe de travail de la HAS préconisent que le médecin généraliste (ou du travail) s'appuie sur la règle ABCDE⁵ pour établir sa suspicion diagnostique (une lésion mélanocytaire est considérée comme suspecte si deux de ces critères sont validés, le critère E étant le critère le plus pertinent) et demande systématiquement au dermatologue une confirmation diagnostique. Chez les patients ayant un grand nombre de nævus (> 40), le diagnostic d'un mélanome débutant est difficile sans formation spécialisée à la sémiologie des mélanomes.

5. Selon la règle ABCDE(50)(51) une lésion susceptible d'être un mélanome est asymétrique (critère A), avec des bords irréguliers, encochés, polycycliques, bien délimités (B), de couleur inhomogène, du brun clair au noir foncé (C), de diamètre > 6 mm (D) ; évolutive dans sa taille, sa couleur ou son épaisseur (E).

c) Rôle du dermatologue

Patient à risque

Le dermatologue suit les patients à risque et les forme à l'auto-examen et à l'identification d'une lésion suspecte.

Patient ayant une lésion suspecte

Le dermatologue confirme la suspicion de mélanome. Il pratique l'exérèse de la lésion et en fonction des résultats de l'examen anatomo-pathologique, il décide de la suite du traitement et du suivi du patient. Un arbre diagnostique a été publié dans les Standards, options et recommandations concernant le mélanome cutané de 2005 (52) en collaboration avec la Société Française de Dermatologie (SFD).

2. Place de l'auto-examen

Principe de l'auto-examen

L'auto-examen est un examen de la totalité du revêtement cutané, pratiqué par le patient (53)(54). Il implique qu'une explication sur les lésions à rechercher ait été donnée au patient par son médecin qui doit le sensibiliser, l'éduquer et lui donner confiance dans cette technique. Il nécessite une motivation de la part du patient qui va consacrer régulièrement (les membres du groupe de travail de la HAS proposent comme fréquence une fois par trimestre) une dizaine de minutes à examiner sa peau.

Un facteur limitant de l'auto-examen pour les patients vivant seuls est la nécessité de l'aide d'un tiers, le miroir ne permettant pas une vision réellement fine des nævus pour les zones cutanées difficilement accessibles à la vue.

Chez les patients cancérophobes, on peut craindre le risque de majorer cette cancérophobie (la recherche documentaire n'a identifié aucune étude évaluant ce risque).

Descriptif de l'auto-examen

- Examen direct : le patient examine sans l'aide d'un miroir ses paumes de main, ses doigts, ses espaces interdigitaux ainsi que ses ongles, ses avant-bras, la face antérieure des bras, des cuisses et des jambes, ses plantes de pied, ses orteils et les espaces entre eux ainsi que les ongles.
- Examen avec miroir en pied : le patient doit se placer devant un miroir vertical et examiner sa peau de haut en bas, en tournant alternativement de chaque côté son corps vers le miroir et en levant les bras.

- Examen avec un miroir à main : l'examen se fait à l'aide du miroir à main pour les zones de peau non accessibles, ni directement à la vue, ni à l'aide d'un miroir vertical, en dehors du dos, de la nuque et du cuir chevelu pour lesquels le patient peut demander l'aide d'une personne de son entourage (55). La face postérieure des bras est examinée en les levant devant le visage. L'examen des membres inférieurs se pratique assis en surélevant alternativement chaque jambe et cuisse pour examiner leurs faces internes, externes et postérieures. Le miroir à main est également nécessaire pour l'examen des parties génitales. L'auto-examen prend environ 15 minutes pour un patient expérimenté (avis des membres du groupe de travail de la HAS).

Recommandations françaises et internationales

- Les recommandations écossaises (8), néo-zélandaises (56), australiennes (7), américaines (57) recommandent l'auto-examen, sans préciser s'il concerne la population générale ou une population ciblée.
- L'auto-examen est recommandé par les Standards, options et recommandations français concernant le mélanome cutané en prévention secondaire dans la surveillance d'un patient ayant été opéré d'un mélanome.

La recherche documentaire n'a identifié aucune étude sur la fréquence optimale de l'auto-examen. La surveillance d'un patient opéré d'un mélanome non métastasé étant recommandée par les Standards, options et recommandations concernant le mélanome cutané (6) au rythme de 4 fois par an, les membres du groupe de travail de la HAS préconisent de répéter l'auto-examen tous les 3 mois chez les patients à risque.

Performance et limites de l'auto-examen

La principale difficulté associée à l'auto-examen est la mémoire visuelle des lésions entre deux examens de la peau, à l'origine d'une méconnaissance par le patient d'une modification d'un nævus ou de l'apparition d'une nouvelle lésion (58)(59). Deux études ont montré que la pratique de l'auto-examen était dépendante de l'éducation du patient et du message délivré par le médecin (60)(61).

Le facteur le plus influençant était d'avoir eu un examen dermatologique par un médecin dans les 3 précédentes années (OR = 2,13 / IC95 % = 1,66-2,73).

Une étude canadienne (62) a montré que l'auto-examen était peu pertinent pour identifier un changement de diamètre d'une lésion pigmentée préexistante. Cette étude incluait 103 sujets qui devaient identifier, avec une encre de couleur, parmi leurs nævus pigmentés localisés au niveau du dos (> 10 nævus/sujet), celui dont le diamètre avait augmenté (augmentation soit de 2, soit de 4 mm) :

- 75 % des sujets étaient capables d'identifier une augmentation de diamètre de 4 mm et 38 % des sujets identifiaient une augmentation de diamètre sur des nævus qui n'avaient pas été modifiés ;
- la sensibilité moyenne de l'auto-examen était comprise entre 0,58 (augmentation de 2 mm) et 0,75 (augmentation de 4 mm) ; la spécificité moyenne était de 0,62 quelle que soit la valeur de l'augmentation.

Trois études (63)(64)(65) ont montré une efficacité de l'auto-examen, mais limitée dans le temps :

- la pratique de l'auto-examen était statistiquement associée à un dépistage plus précoce des mélanomes (64) ayant un indice de Breslow < 1 mm (63) et permettait de réduire le risque de mélanome métastasé (65);
- l'effet positif de la campagne était de courte durée puisque 3 mois après, le nombre de mélanomes identifiés était identique aux chiffres antérieurs à l'étude.

G. Facteurs modifiant l'efficacité de la stratégie diagnostique

1. Facteurs à prendre en considération

Deux problématiques peuvent être envisagées.

1) Un retard au diagnostic lié à l'absence d'identification par le patient ou le médecin traitant d'une lésion suspecte. Il est primordial :

- de sensibiliser la population générale à la nécessité de consulter un médecin devant toute lésion suspecte ;
- d'inciter les sujets à risque à la pratique de l'auto-examen ;
- **d'améliorer la formation des médecins généralistes à l'identification des sujets à risque**, à la sémiologie des mélanomes et à l'enseignement de l'auto-examen.

2) Un surdiagnostic de lésions suspectées d'être un mélanome et l'exérèse de lésions bénignes (faux positifs). La recherche documentaire n'a identifié aucune étude qui permette d'évaluer l'impact sur les patients du traitement d'une lésion suspectée à tort d'être cancéreuse. Celui-ci pourrait être :

- d'ordre physique lié à la cicatrice d'exérèse et aux problèmes de cicatrisation pouvant être observés et qui peuvent être vécus par le patient comme un préjudice esthétique ;
- d'ordre psychologique, à type d'anxiété, générée par la crainte d'avoir un cancer qui peut aboutir à un manque d'adhésion à la stratégie diagnostique.

2. Délai diagnostique

a) Littérature disponible

L'étude de Richard et al., dont les données ont été rapportées dans deux publications, a analysé le rôle du patient ou celui du médecin consulté (66) dans le retard diagnostique et a étudié la corrélation entre l'épaisseur de la lésion et le délai diagnostique (67). Il s'agissait d'une étude prospective multicentrique (19 services français de dermatologie) ayant inclus sur 1 an (1995-96) 590 patients d'âge moyen 51,2 ans (57,6 % de femmes et 42,4 % d'hommes).

- Pour 172 patients, le mélanome avait été découvert au cours d'un examen clinique de leur médecin (découverte fortuite). Les 418 autres patients avaient découvert eux-mêmes leur lésion.

- Les mélanomes identifiés étaient un mélanome à extension superficielle dans 69,8 % des cas, un mélanome nodulaire (18,1 %), un mélanome acral-lentigineux (4,1 %), un mélanome de Dubreuilh (3,6 %).

- L'indice de Breslow médian des mélanomes identifiés était de 1,19 mm. Il était < 1,5 mm dans 56,9 % cas.

- Les patients étaient interrogés à l'aide d'un questionnaire précisant : les caractéristiques du patient, les caractéristiques des mélanomes, l'opinion initiale du patient sur sa lésion, les raisons qui avaient motivé cette consultation, l'attitude du médecin avant l'exérèse de la lésion.

Deux autres études (68)(69) ont recherché si le délai diagnostique influençait la valeur de l'indice de Breslow des mélanomes dont on avait fait l'exérèse.

b) Rôle des patients dans le délai diagnostique

495 patients sur les 590 de l'étude de Richard et al. (70) ont identifié une lésion mélanocytaire dans la zone cutanée où le mélanome a été diagnostiqué. L'identification a été le fait du patient dans 86 % des cas, de son entourage dans 14 % des cas.

- Le délai séparant l'identification d'une lésion suspecte et la consultation du médecin était < 2 mois dans 52 % des cas, et > 2 mois 48 % des cas. Les facteurs ayant retardé la consultation du patient étaient : l'apparence de non évolutivité de la lésion, l'absence de signes généraux, la méconnaissance de l'urgence, le manque de temps, la négligence, l'absence de douleur.

- Le délai séparant la consultation du médecin et l'exérèse de la lésion était < 1 mois dans 88 % des cas, et > 1 mois dans 12 % des cas. Les facteurs ayant retardé l'exérèse étaient : la négligence, un manque de motivation, une mauvaise information du médecin, le manque de temps, la peur du résultat.

c) Rôle du médecin dans le délai diagnostique

L'étude de Richard et al. (66) montre que le principal facteur influençant le délai diagnostique est la différence d'expérience entre les praticiens en ce qui concerne la sémiologie clinique des mélanomes. Sur les 590 mélanomes identifiés, 29 % ont été détectés pendant une consultation :

- 51 % au cours d'une consultation sans rapport avec la peau ;
- 12 % au cours d'un examen systématique ;
- 10 % pendant une consultation pour une autre pathologie cutanée ;
- 27 % dans d'autres situations (non précisées).

Le délai médian pour effectuer l'exérèse était de 7 jours, mais pour 12 patients il était > 1 mois. La prise en charge médicale était appropriée dans 86 % des cas et inappropriée dans 14 % (absence d'exérèse). Les mélanomes localisés sur les parties difficiles à voir étaient moins souvent détectés par les médecins que ceux sur des zones visibles. La localisation sur les extrémités ou l'absence de pigmentation étaient associées à un délai plus long et une décision médicale inappropriée. Le délai médian pour effectuer l'exérèse était plus court, la décision médicale mieux appropriée et l'épaisseur des mélanomes identifiés plus faible ($p < 0,001$) si le patient consultait un dermatologue (51 %) par comparaison au médecin généraliste (33 %).

d) Délai diagnostique et épaisseur du mélanome

Les études ayant étudié la corrélation entre le délai diagnostique et la valeur de l'indice de Breslow des mélanomes (67)(68)(69) sont biaisées par le manque de précision des réponses du patient. Ce biais a été minimisé dans l'étude de Richard et al. (67) dans laquelle l'interrogatoire était réalisé immédiatement après l'exérèse. Les auteurs précisait que :

- pour les mélanomes apparus de novo l'intervalle t1-t2 était une bonne estimation du temps que le patient mettait pour identifier une lésion cutanée qu'il considérait comme étant suspecte de malignité ;
- pour un mélanome se développant sur un nævus préexistant l'intervalle t1-t2 n'était pas un bon indicateur car le délai de transformation d'un nævus préexistant en mélanome est méconnu et peut être très long (dans l'étude, les auteurs ont défini un sous-groupe de patients pour lesquels ce délai de transformation était < 5 ans) ;
- l'épaisseur des mélanomes au moment de l'exérèse était moins liée au délai diagnostique qu'à la vitesse de développement des mélanomes.

3. Faisabilité de la stratégie diagnostique en fonction de l'offre de soins et de la population cible

a) Population de médecins concernés par le diagnostic précoce du mélanome

Conformément à la stratégie diagnostique définie pour améliorer le diagnostic précoce des mélanomes, les nombre et type de médecins pouvant être impliqués dans cette stratégie sont estimés à 73 000 médecins généralistes dont 56 000 libéraux, 6 500 médecins du travail et 3 950 dermatologues (3 250 libéraux et 700 hospitaliers).

b) Population cible

Trois études ont analysé les caractéristiques physiques des Français dans le cadre d'études de cohortes : SU.VI.MAX (71), l'étude multicentrique européenne de Bataille et al. (38) et l'étude de Buscaylet-Colling et al. (72). En l'absence de tests permettant de vérifier la représentativité de ces 3 cohortes :

- seules les données de la cohorte SU.VI.MAX (71) ont été retenues car elles portaient sur un grand nombre de sujets : 4 912 sujets hommes et femmes âgés de 35 à 60 ans ;
- l'étude de Bataille et al. (38) n'a pas été retenue car sur les 1 219 sujets hommes et femmes âgés de 18 à 49 ans, la cohorte française n'était constituée que de 330 sujets ;
- l'étude de Buscaylet-Colling et al. (72) n'a pas été retenue car elle n'incluait que des hommes (3 469 jeunes hommes âgés de 18 à 24 ans) et les caractéristiques physiques de la population incluse étaient très différentes de celles rapportées dans la cohorte SU.VI.MAX. Les caractéristiques physiques des patients inclus dans l'étude de Buscaylet étaient les suivantes : 26 % de sujets de phototype I, 45 % de sujets à la peau claire, 30 % de sujets aux cheveux blonds ou roux.

Concernant la liste des facteurs de risque de mélanome définis préalablement, dans la cohorte SU.VI.MAX 9 % des sujets avaient les cheveux roux ou blonds ; 0,3 % étaient de phototype I et 2 % avaient la peau claire ; 17 % avaient à la fois les cheveux blonds ou roux et la peau claire. La population à risque peut être supposée comprise entre 0,3 et 17 % de la population française.

- Si on se fonde sur les données INSEE (73), la population française d'âge compris entre 40 et 80 ans est estimée en 2006 (évaluation fondée sur les résultats des recensements de 2004 et 2005) à 27 139 321 hommes et femmes.
- Sur la base d'une estimation haute (17 %) de la population cible (sujets âgés de 40 à 80 ans et présentant un ou plusieurs facteurs de risque), et si on pose comme postulat que les caractéristiques physiques des sujets âgés de 60 à 80 ans sont comparables à la population de l'étude SU.VI.MAX, cette population cible peut être estimée à 4,6 millions.

· La population des sujets âgés de 20 à 40 ans [16 404 841 personnes selon les données INSEE (73)] peut être considérée comme une population cible de prévention et de sensibilisation aux risques liés à l'exposition solaire. Dans cette population, le nombre de sujets à risque peut être estimé à 2,8 millions.

Au total, la population cible concernée par la stratégie de diagnostic précoce et de prévention du mélanome est évaluée à 7,4 millions (soit 12 % de la population française totale).

Ces calculs n'ont qu'une valeur informative sur le volume de la population considérée à risque plus élevé de mélanome en France.

c) L'adéquation de l'offre et de la demande

À partir des estimations faites ci-dessus, la densité départementale des médecins généralistes libéraux étant comprise entre 117 et 278 médecins pour 100 000 habitants selon le département (74), le nombre moyen de sujets cibles par médecin généraliste est estimé compris entre 43 et 102. Ces chiffres sont à interpréter avec réserve, étant donné que la répartition des caractéristiques physiques des patients n'est probablement pas homogène entre les départements.

H. Conclusion

1. Concernant les rappels théoriques à propos du mélanome

Le mélanome a pour origine la transformation maligne des mélanocytes. Les données de la littérature suggèrent que 70-80 % des mélanomes surviennent en dehors de tout nævus.

C'est un cancer cutané moins fréquent que les carcinomes épithéliaux, sa fréquence et son taux de létalité sont faibles par rapport aux autres types de cancer (prostate, poumon, sein).

En 1995 son taux de prévalence annuel standardisé sur l'âge était en France parmi les plus bas d'Europe (il était 4-5 fois plus élevé en Suède et en Autriche). En 20 ans l'incidence a été multipliée par 3 chez l'homme et 2,4 chez la femme.

Cependant entre 1988 et 1999 l'incidence des mélanomes d'épaisseur < 1 mm doublait et la proportion de mélanomes identifiés à un stade avec métastases diminuait. Ces données suggèrent que les mélanomes étaient identifiés en 2000 avant le stade métastatique. Cette hypothèse est renforcée par le fait qu'une dissociation entre l'évolution de la mortalité et celle de l'incidence a également été observée au cours du temps.

Les taux d'incidence et de mortalité, standardisés à la population mondiale, étaient respectivement estimés à 7,6 et 1,6 pour 100 000 personnes-année chez l'homme et à 9,5 et 1,1 pour 100 000 personnes-année chez la femme.

La localisation cutanée des mélanomes varie entre les femmes et hommes : prédominance au niveau du thorax pour l'homme, des membres inférieurs pour la femme. Quatre formes anatomo-cliniques principales de mélanomes ont été décrites : le mélanome à extension superficielle (ou SSM), le mélanome nodulaire, le mélanome de Dubreuilh et le mélanome acral-lentigineux. Les mélanomes SSM ou mélanomes à extension superficielle représentent entre 60 et 70 % des mélanomes identifiés, les mélanomes nodulaires 4 à 18 %.

Le mélanome à extension superficielle est plus facilement identifiable à un stade précoce que le mélanome nodulaire car son évolution est plus lente et se fait d'abord par une phase de croissance horizontale qui précède la phase de croissance verticale.

Le mélanome nodulaire a lui, d'emblée, une croissance verticale, ce qui rend difficile son diagnostic à un stade précoce.

Les facteurs de risque identifiés dans la littérature (dont le RR \geq 2) sont les suivants : antécédents personnels de brûlures solaires, peau claire, cheveux blonds ou roux, éphélides en grand nombre, peau de phototype I, antécédent personnel ou familial de mélanome, nævus congénital géant (nævus > 20 cm de diamètre présent à la naissance), nævus atypiques ($n \geq 2$), grand nombre de lésions mélanocytaires ($n \geq 40$).

Les études publiées sur l'exposition aux UV-A artificiels (lampes à bronzer, PUVAthérapie) avaient des résultats contradictoires qui ne permettaient pas de conclure sur les risques de cette exposition au moment de la publication de la recommandation de la HAS.

Récemment une étude publiée dans la revue Lancet Oncology (40) a conduit le Centre International de la Recherche sur le Cancer de l'OMS à ajouter les UV-A artificiels sur la liste des cancérigènes avérés. Cette étude établit, en particulier, qu'il existe des preuves suffisantes que ces rayonnements favorisent le développement du mélanome.

2. Concernant le diagnostic précoce du mélanome

Les étapes clés du diagnostic précoce se fondent sur la complémentarité des actions engagées par le patient, le médecin traitant (ou le médecin du travail), le dermatologue et l'anatomo-pathologiste.

Le patient consulte son médecin, soit parce qu'il a constaté l'apparition d'une lésion suspecte, soit parce qu'il s'identifie comme sujet à risque de mélanome. Les études sur le délai diagnostique du mélanome montrent que si les patients identifient souvent une lésion suspecte, ils sont aussi responsables d'un retard diagnostique. Cependant l'analyse de la littérature montre que l'épaisseur des mélanomes au moment de l'exérèse est moins liée au délai diagnostique qu'à la vitesse de développement des mélanomes.

Le rôle du médecin généraliste est déterminant dans l'information et la sensibilisation des patients au diagnostic précoce du mélanome et à sa prévention. Il participe à ce diagnostic précoce soit en identifiant les patients à risque, soit en identifiant au cours de sa consultation une lésion suspecte. Les membres du groupe de travail de la HAS préconisent que le médecin généraliste s'appuie sur la règle ABCDE pour établir sa suspicion diagnostique et demande systématiquement au dermatologue une confirmation diagnostique.

Chez les patients ayant un grand nombre de nævus, ou des nævus atypiques, la surveillance est difficile et un suivi par le dermatologue est nécessaire.

Le dermatologue a un rôle dans l'éducation des patients à risque afin qu'ils identifient une lésion suspecte et pratiquent l'auto-examen ; il pratique l'exérèse de toute lésion suspectée d'être un mélanome. L'analyse de la littérature montre que la pratique de l'auto-examen est dépendante de l'éducation du patient et du message délivré par le médecin.

L'anatomo-pathologiste confirme le diagnostic de mélanome.

Les moyens à mettre en œuvre pour améliorer le diagnostic précoce sont :

- la formation des professionnels de santé,
- l'information grand public sur le diagnostic précoce du mélanome et la prévention primaire.

Des ressources doivent être mobilisées pour pérenniser l'efficacité de ces campagnes car si elles permettent d'augmenter la détection des mélanomes et/ou de modifier le comportement des populations en matière de photoprotection, les résultats ne se maintiennent pas dans le temps.

Des réseaux de cancérologie (régionaux ou inter-régionaux) répartis sur l'ensemble du territoire national développent des actions d'amélioration de la prise en charge des patients ayant un mélanome (soins de proximité, rapidité de prise en charge, qualité de vie), de formation des professionnels de santé (médecins généralistes, médecins du travail) au diagnostic précoce des mélanomes, de diffusion au grand public des informations sur la prévention primaire et le diagnostic précoce des mélanomes.

Il reste à évaluer à long terme l'impact de ces actions sur la réduction de la mortalité liée au mélanome et sur la réduction de son incidence.

V. 2ème partie : L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES, LES AUDITS, LE GROUPE LORRAIN D'AUDIT MÉDICAL

A. ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Nous limiterons le champ de notre analyse à l'évaluation des pratiques des professionnels de santé.

1. Pourquoi s'évaluer

a) Définition de l'EPP

L'acronyme EPP signifie : Évaluation des Pratiques Professionnelles.

L'évaluation de la pratique d'un professionnel de santé consiste à analyser son activité clinique réalisée par rapport aux recommandations professionnelles disponibles actualisées.

Une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients doit résulter de cette comparaison. Cette évaluation s'inscrit dans une dynamique d'amélioration de la qualité des soins conduite à différents niveaux : le système de santé publique, l'organisation des soins en réseau entre différents professionnels et la pratique clinique (75).

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles a un objectif distinct mais complémentaire de la Formation Médicale Continue.

b) Une nécessité médicale, éthique, déontologique, réglementaire et économique (76)

L'EPP est une nécessité médicale du fait de la variabilité des pratiques médicales qui résulte, en particulier, de l'abondance de l'abondance des informations à la disposition des praticiens. De nombreuses études ont mis en évidence des variations de pratiques or une harmonisation des procédures est nécessaire si l'on souhaite offrir aux patients des soins optimisés.

Cette harmonisation nécessite une synthèse des données publiées qui servira de référentiel.

L'EPP est une nécessité éthique qui repose sur différents principes :

- Le principe de non-nuisance, en particulier : un médecin ne doit pas nuire à son patient.
- Le principe de « bienfaisance », complémentaire du précédent, si le médecin ne doit pas nuire, il doit également apporter un mieux, un bénéfice.

- Le principe d'autonomie : le patient fait des choix que le médecin doit accepter même si ils sont contraires au principe de « bienfaisance ».

- Le principe de justice, avec une notion d'équité : l'accès aux soins doit être comparable pour tous et les soins doivent être les mêmes pour tous, et une notion de partage : les soins doivent être les mêmes malgré les disparités sociales, de revenus, de cotisations.

Adhérer à un référentiel permet d'harmoniser les pratiques médicales et de répondre à cette nécessité éthique.

L'EPP est une nécessité déontologique.

Il s'agit de l'article 11 : « tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles ».

La participation d'un médecin à l'Évaluation des Pratiques Professionnelles est une addition importante par rapport au précédent code. La formulation retenue n'en fait pas une obligation mais y incite fortement.

L'EPP est une nécessité réglementaire au sens où elle est inscrite dans la loi.

L'EPP est une nécessité économique. Le coût de la santé est élevé, des politiques de maîtrise des dépenses liées au soins médicaux existent dans de nombreux pays, l'EPP permet d'accroître la qualité en maîtrisant les coûts, sans pour autant être un moyen de maîtrise comptable des dépenses de santé.

c) Questions/réponses concernant l'EPP (77)

i) Qu'est-ce que l'évaluation des pratiques des professionnels de santé ?

Depuis la loi du 13 août 2004, tous les médecins, quelles que soient leurs modalités d'exercice, sont soumis à une obligation d'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Cette obligation n'est pas, à ce jour, étendue aux autres professionnels de santé exerçant une profession médicale ou paramédicale, mais ceux-ci sont impliqués dans la mise en place de l'EPP à travers leur obligation de formation continue (loi du 9 août 2004) selon laquelle « l'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles ».

Le décret no 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'Évaluation des Pratiques Professionnelles mentionne que l'EPP a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques. Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. L'Évaluation des Pratiques Professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la Formation Médicale Continue.

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles consiste à mesurer ce qui est fait dans la pratique professionnelle, pour le comparer à la pratique attendue par les recommandations professionnelles. Ces recommandations peuvent être issues des études cliniques, de la réglementation, des conférences de consensus, etc. ; elles sont élaborées avec une méthode explicite par les sociétés professionnelles.

ii) Comment articuler l'EPP avec la formation continue ?

Évaluation des pratiques professionnelles et Formation Médicale Continue ont comme finalité commune de faire évoluer la pratique pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. La formation continue et l'EPP adoptent des approches complémentaires. L'approche pédagogique est fondée sur l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences. L'EPP est fondée sur l'analyse des données de l'activité clinique et professionnelle, des processus comme des résultats des soins. Cette analyse se fait au regard des recommandations professionnelles. L'évaluation des pratiques participe ainsi à la diffusion et à la mise en œuvre des recommandations professionnelles.

L'articulation entre évaluation des pratiques et formation continue est réglementée par la loi de Santé Publique d'août 2004.

iii) Comment intégrer l'EPP à ma pratique quotidienne ?

Les modes d'organisation de l'EPP sont nombreux et diversifiés : revue de mortalité-morbidité, réseaux de santé, groupes d'analyse de pratique entre pairs, exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, staff EPP des équipes hospitalières, réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie. Vous trouverez en annexe III des explications détaillées concernant ces différents modes d'organisation de l'EPP, la HAS a publié des guides pour aider à leur mise en place.

iv) Quels thèmes choisir pour l'EPP ?

Le choix des thèmes est fait, en considérant notamment la fréquence, la variation connue des pratiques, la gravité ou le coût de la procédure diagnostique, préventive ou thérapeutique, les priorités de santé publique, l'existence de recommandations récentes, les difficultés rencontrées dans la pratique ou identifiées en revue de mortalité-morbidité (RMM).

La sélection de quelques objectifs de qualité parmi la masse d'information disponible permet de hiérarchiser les changements à apporter dans la pratique professionnelle considérée.

v) Quelles méthodes utiliser pour évaluer sa pratique professionnelle ?

De nombreuses méthodes d'évaluation des pratiques sont disponibles ; toutes conduisent à comparer la pratique constatée à celle souhaitée dans les recommandations professionnelles.

L'audit clinique (78) ou la revue de pertinence de soins (79) mesurent a posteriori les écarts entre la pratique et des objectifs de qualité basés sur les recommandations professionnelles. L'approche par processus part de la description du parcours du patient, avec à chaque étape qui fait quoi ; elle permet d'écrire un chemin clinique (80), de prévoir des aide-mémoires, d'intégrer des arbres de décision. L'approche par résolution de problème se réfère à la médecine basée sur des faits (evidence based medicine) ou à la gestion des risques.

L'analyse des résultats de l'évaluation est de préférence collective, au sein de groupes de professionnels libéraux ou d'équipes hospitalières ; cette analyse s'enrichit alors de la participation de tous. Un regard extérieur est souhaitable pour faciliter la réflexion.

Les actions d'améliorations peuvent prendre de nombreuses formes, comme un dossier type ou un rappel automatique informatique ; entre autres actions, l'évaluation de la pratique peut déboucher sur un programme personnalisé de formation. Le suivi d'indicateurs (81), la tenue de registres (82) ou la maîtrise statistique des processus (83) en santé permettent de vérifier l'impact de ces actions.

vi) Quels sont les acteurs de l'EPP ?

- La HAS définit les modalités de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles, agréée les organismes chargés d'aider les médecins dans leur évaluation, habilite les médecins qui accompagnent leurs confrères dans la démarche, contrôle et évalue le dispositif.
- Les sociétés professionnelles développent des outils et des méthodes d'Évaluation des Pratiques Professionnelles, articulés avec les recommandations professionnelles.
- Les organismes agréés pour l'EPP (84) par la HAS proposent aux médecins des programmes d'évaluation/amélioration de leur pratique. Ce sont des structures professionnelles, majoritairement constituées de médecins, et le plus souvent émanation de leurs sociétés et collègues professionnels. Ils délivrent les attestations.
- Les unions régionales des médecins libéraux (URML) organisent l'évaluation des médecins libéraux. Elles mettent à disposition toutes les informations utiles pour l'EPP.

- Les Commissions médicales d'établissement (CME) organisent l'EPP des médecins hospitaliers.
- Les médecins habilités par la HAS pour l'EPP (MH) sont des professionnels en exercice avec activité libérale prédominante. Ils accompagnent les médecins dans la mise en œuvre de leur EPP ; ils sont missionnés par les URML.
- Les médecins experts extérieurs (MEE) ont pour mission d'assurer ce « regard extérieur » pour les programmes d'EPP promus et mis en œuvre par les médecins de l'établissement en dehors des organismes agréés ou de l'accréditation des équipes. Ils donnent un avis sur l'implication individuelle des médecins à la commission dédiée.

vii) Que font les autres pays pour améliorer la qualité en santé ?

L'ensemble des pays développés a mis en œuvre des politiques d'évaluation des pratiques et des compétences, complémentaires aux politiques d'accréditation des organisations de soins (certification des établissements de santé en France), sous des formes voisines. L'OMS décrit les dispositifs d'assurance qualité développés en Europe dans le document : « *Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos IA. Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008* »(75).

viii) Quel intérêt pour le professionnel de santé ?

Chaque professionnel de santé essaie de faire au mieux dans l'intérêt de ses patients. L'évolution rapide de l'environnement scientifique, législatif et réglementaire impose de se former en continu pour mettre à jour connaissances et compétences. La réflexion clinique basée sur l'EBM des anglo-saxons, ou médecine fondée sur les faits, nous apprend que les résultats en santé dépendent non seulement des données scientifiques, mais aussi des préférences des patients et du contexte clinique. L'EPP permet un « arrêt sur image » avec une réflexion pour améliorer la coordination des professionnels de santé autour du patient.

ix) Comment fabriquer un référentiel d'auto-évaluation ?

Le thème est choisi en fonction de la pratique, des priorités de santé publique et de la disponibilité de recommandations professionnelles. Il doit correspondre à une prise en charge diagnostique, thérapeutique ou préventive fréquente ou grave ou coûteuse, avec un potentiel d'amélioration de la pratique. En l'absence de recommandation sur le sujet, la société professionnelle doit organiser leur élaboration, selon une méthode reconnue, préalablement à la réalisation d'un référentiel d'auto-évaluation.

Des objectifs de qualité correspondant à la pratique et au thème du référentiel sont sélectionnés. Pour chaque objectif de qualité, le grade de la recommandation dont il est issu est précisé. Il ne s'agit pas d'être exhaustif sur le thème, mais de se focaliser sur les points susceptibles d'amélioration dans la qualité des soins.

Un critère d'évaluation permet de mesurer la mise en œuvre de l'objectif de qualité. Ce qui a été fait est plus important que de noter par qui cela a été fait (exemple : le poids du patient est connu). Les critères d'évaluation sont énoncés au présent, à l'affirmative, avec **une** idée par critère. La réponse attendue est OUI ou NON ou Non Adapté. Le « **et** » dans un critère signifie que tous les items doivent être remplis pour répondre OUI ; le « **ou** » permet de répondre OUI si **un seul** des items est rempli. Des notes explicatives peuvent préciser les termes de l'énoncé ou donner des définitions. Un objectif de qualité peut être vérifié par plusieurs critères. Par souci de faisabilité, le référentiel d'évaluation comprend une dizaine de critères.

Les patients concernés par le référentiel sont définis. Les informations sont le plus souvent recherchées dans le dossier du patient.

B. QU'EST CE QU'UN AUDIT MEDICAL ?

1. Définition d'un audit

L'audit clinique est une méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer(85) (78).

2. Méthodologie d'un l'audit

L'audit clinique distingue 6 étapes.

1. Choix du thème
2. Choix des critères
3. Choix de la méthode de mesure
4. Recueil des données
5. Analyse des résultats
6. Plan d'actions d'amélioration et réévaluation

Le cadre opérationnel guide le développement de chaque étape :

- l'intitulé de l'étape fixe les contours du champ à traiter ;
- l'exploration de ce champ nécessite la définition d'un ou plusieurs objectifs opérationnels, clairs, précis, traduisant le résultat attendu ;
- la réalisation de l'objectif fixé impose la mise en place d'actions concrètes ;
- le résultat obtenu en fin d'étape doit être en conformité avec l'objectif fixé.

La sélection des critères à mesurer dans la réalité doit se limiter aux éléments représentatifs de la qualité afin que l'évaluation des pratiques s'insère dans l'activité des services sans la perturber.

L'analyse des écarts observés identifie les différentes causes qui peuvent être de nature :

- professionnelle (ex : manque de connaissances) ;
- institutionnelle (ex : manque de méthode et/ou matériels inadéquats) ;
- organisationnelle (ex : manque de coordination dans la prise en charge du patient) ;
- personnelle (ex : manque de conviction et de motivation).

Le plan d'amélioration identifie :

- les mesures correctives dont la priorité est définie en fonction de la gravité des écarts et de la nature des actions à mettre en œuvre ;
- le calendrier prévisionnel ;
- le responsable de chaque action.

Une réévaluation, habituellement un an après la première étude, permet de mesurer l'impact des actions correctives. Si la sécurité du patient est en cause, des actions d'amélioration s'imposent de façon urgente et la réévaluation a lieu rapidement.

La méthodologie utilisée pour la réalisation de l'audit que nous présentons et précisément décrite dans le chapitre MÉTHODES de la troisième partie de cette thèse.

3. Objectifs d'un audit

L'objectif d'un audit est d'identifier les moyens, occasions et circonstances propices à une amélioration de la qualité des soins, le but est également d'identifier également les moyens de réaliser cette amélioration, de les mettre en œuvre et de mesurer l'impact de l'utilisation de ces moyens sur la qualité des soins.

On regarde ce que l'on fait pour voir si on ne peut pas faire mieux (86).

L'audit permet de mesurer ce que l'on fait et non pas ce que l'on a l'intention de faire.

Une étude (87) chez les gynécologues-obstétriciens, montrent que 85% des césariennes sont pratiquées dans le cadre des recommandations. Après diffusion des recommandations 1/3 des médecins affirment avoir changé leurs pratiques, toutefois l'étude n'a pas mesuré de changement significatif.

Une autre étude à propos de la prise en charge de l'hypercholestérolémie (88) a montré que si 94 % des médecins déclaraient un dosage récent de cholestérol chez leurs patients, 39% l'avait réellement réalisé.

L'audit est un outil performant pour évaluer les changements induits par une action de Formation Médicale Continue (89) à condition d'avoir fixé une norme, un référentiel au départ et de comparer les différences de pratiques des médecins avec cette norme avant et après l'action de FMC.

Il s'agit en fait d'évaluer et d'améliorer les **performances** des médecins.

Il n'est pas suffisant d'évaluer les **connaissances** et les **compétences**, en effet si elles sont des conditions nécessaires à la performance en matière de qualité des soins, elles ne sont pas suffisantes.

Il ne suffit pas de savoir pour faire (90).

Toutefois l'audit est également un moyen pédagogique efficace, l'intégration de son référentiel à la pratique quotidienne permet aussi l'amélioration des connaissances et compétences.

C. Obstacles à l'usage de l'audit de pratique en médecine générale.

Il n'existe pas d'étude récente, dans le domaine de la médecine générale ambulatoire à propos de ces obstacles.

Ce chapitre présente des hypothèses qui restent à confirmer et à discuter, ces hypothèses sont parfois tirées d'observations réalisées en milieu hospitalier.

1. Obstacles liés à l'audit lui-même

a) Défauts de conceptions de l'audit

Exemples de défauts de conception :

- Le thème choisi n'est pas jugé pertinent ou ne répond pas à une préoccupation réelle des professionnels ou il n'existe pas de références consensuelles.
- L'objectif apparaît comme ciblé sur l'évaluation des personnes et non sur l'amélioration de la pratique.
- L'audit paraît trop complexe à réaliser.
- Le mode de sollicitation des médecins est inadapté : appels téléphoniques seuls, courrier d'invitation mal rédigé ...

b) Contextes défavorables à l'audit

Le contexte social, politique, législatif ou réglementaire pourrait influencer la prise en compte, par les médecins, des sollicitations à la réalisation d'audits.

Par exemple, si l'audit est lancé dans un contexte de revendications syndicales, l'intérêt des médecins pour l'amélioration des pratiques pourrait s'amoinrir.

Si l'audit se déroule en dehors de tout cadre réglementaire précis : absence de certitude quant à la possibilité de valoriser la participation à l'audit dans le cadre de l'obligation de Formation Médicale Continue et d'Évaluation des Pratiques Professionnelles, la participation des médecins pourrait diminuer.

c) Excès d'audits

La multiplicité des audits soumis en même temps à un même médecin peut perturber le message porté par chaque audit et diminuer la force de conviction des arguments scientifiques justifiant les différents audits proposés.

d) Absence de rémunération

L'absence, fréquente, de rémunération de la participation à un audit, est certainement un frein à la participation des médecins.

2. Obstacles liés aux médecins

a) Difficultés d'ordre culturel

Il peut s'agir de la crainte du constat de l'inadéquation de ses pratiques au référentiel, de résistance au changement, de confusion entre évaluation et jugement, de crainte de l'uniformisation et de la standardisation, ou de la prééminence de l'outil sur l'objectif ou encore de la crainte d'alimenter un processus complexe, inefficace et dont les effets seraient susceptibles d'être contraire à l'objectif visé.

b) Méconnaissance du principe même de l'audit

Il est probable qu'un médecin qui n'a pas été préalablement informé de l'existence et des objectifs des audits répondra moins fréquemment à une proposition d'audit.

c) Manque de temps

Les grilles de réponses aux audits sont conçues pour minimiser le temps nécessaire à les compléter, toutefois il est clair que d'autres éléments entrent en ligne de compte.

La participation à un audit induit des questions de la part des patients inclus et le temps consacré à répondre à ces questions est difficile à estimer.

La modification des pratiques peut entraîner un allongement du temps de prise en charge pour les problèmes concernés par l'audit.

L'explication du changement de pratique aux patients est également un facteur de prolongation du temps de prise en charge.

d) Crainte d'une baisse de rentabilité de l'activité

La question de la rentabilisation, sur un plan financier, du temps directement et indirectement consacré à l'audit, intervient certainement dans le processus de décision qui mène à participer ou non à un audit.

D. SITUATION ACTUELLE DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN FRANCE.

Ce chapitre présente la situation actuelle, modifiée par la LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST » (nous utiliserons l'acronyme HPST pour la désigner dans le texte qui suit).

La totalité des textes de loi dont la lecture a abouti au présent chapitre se trouve en annexe IV de la présente thèse.

Le terme de Développement Professionnel Continu (DPC) pour les professionnels de la santé en France est né d'un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) publié en novembre 2008.

Cette terminologie est venue remplacer la Formation Médicale Continue (FMC) dans les Titres du code de la Santé publique dans le cadre du projet de loi HPST.

Voici ce que l'on constate à la lecture du texte :

Il n'y a pas, dans la loi, de définition du DPC, seuls ses objectifs, multiples et semblable à ceux de la FMC dans le projet de loi d'octobre 2008, sont exposés : évaluation des pratiques professionnelles, perfectionnement des connaissances, amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Les financements sont confiés à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, dont les règles de composition du conseil, les modalités de création de sections spécifiques et les règles d'affectation des ressources à ces sections, seront fixées par voie réglementaire.

Les modalités selon lesquelles les médecins satisfont à leur obligation seront à définir par un décret en Conseil d'État.

Il apparaît que la loi HPST définit un vaste cadre dont nombre des modalités d'application reste à fixer, en particulier concernant le DPC mais pas seulement puisque qu'elle réforme l'ensemble du système de santé.

Voici une synthèse du cadre établi par cette loi :

Le DPC regroupe les notions de Formation Médicale Continue et d'Évaluation des Pratiques Professionnelles.

Le DPC concerne tous les médecins et il est obligatoire.

Les instances ordinales s'assurent du respect par les médecins de leur obligation de développement professionnel continu.

Les Conseils Nationaux de FMC disparaissent.

Le DPC ne concerne pas que les médecins, il est aussi une obligation pour les autres professions médicales (chirurgiens-dentistes et sages-femmes), les pharmaciens, les préparateurs en pharmacie, les préparateurs en pharmacie hospitalière et les auxiliaires médicaux.

Il résulte de ces constats les observations suivantes :

Les sociétés savantes ou les associations de médecins qui ont déposé des dossiers ou qui sont accréditées FMC ne sont pas assurées de voir leur statut reconduit. Il en va de même pour les organismes qui se sont investis dans l'EPP.

Il n'est pas établi que les critères définissant la Formation Médicale Continue seront repris. Il n'est pas établi non plus que les points obtenus au titre de la FMC seront utiles pour le DPC. Il n'est pas non plus précisé si le système de points persistera.

L'histoire du Développement Professionnel Continu ne fait que commencer.

E. LE GLAM

1. Historique

Pendant le mois de décembre 1992, la Fédération Lorraine des Associations de Formation Médicale Continue (LORFORMEC) proposa, avec la participation de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM), un séminaire d'initiation à l'évaluation en médecine.

Un groupe de médecins se réunit à la suite de ce séminaire et forme le Groupe Lorrain d'Audit Médical (GLAM) avec pour objectif, « le développement et la promotion de l'évaluation des pratiques professionnelles de santé »(article 2 des statuts de l'association).

Le groupe fut initialement rattaché à LOFORMEC puis au Réseau Épidémiologique Lorrain (REL) et se constitua en association en mai 2002.

La charte du GLAM ainsi que son guide méthodologique sont consultables sur le site internet du GLAM à l'adresse : <http://www.glam-sante.org/> (respectivement http://www.glam-sante.org/documents/GLAM_charte.pdf et <http://www.glam-sante.org/documents/methodo.pdf>)

2. Fonctionnement

Le groupe de pilotage (membres du conseil d'administration et adhérents participant à la création des audits) se réunit 5 fois par an pour des séances de travail au cours desquelles sont discutés les audits passés, en cours, ou futurs en suivant la méthodologie du GLAM.

L'assemblée générale, ouverte à tous les adhérents, se réunit une fois par an pour établir les rapports moraux et financiers de l'association et pour discuter de ses orientations futures.

Des conseils d'administration peuvent être convoqués en cas de nécessité.

De nombreux thésards participent en tant que membres invités aux réunions de travail, assemblée générale et conseils d'administration.

3. Actualité

Le GLAM est la structure projet de la Fédération Lorraine des Associations de Formation Médicale Continue et d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (LORFORMEP) qui a récemment remplacé LORFORMEC afin d'intégrer dans ses statuts et son sigle la notion d'évaluation des pratiques professionnelles, la fédération est agréée par la HAS pour l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

A l'heure actuelle, le GLAM a initié 34 audits : 19 audits sont terminés, 12 sont en cours et 3 sont en construction.

L'audit que nous présentons dans cette thèse est le 30ème.

4. Évolution

La période de transition législative et réglementaire que nous traversons (cf. pp 53-54) ne facilite pas le travail du GLAM.

En effet, la participation des médecins aux audits qui leurs sont proposés par le GLAM est faible, notamment cette dernière année et même si un lien de causalité direct ne peut être affirmé, l'absence de cadre réglementaire précis brouille indubitablement le message de tout ceux qui veulent promouvoir l'Évaluation des Pratiques Professionnelles.

Quoi qu'il en soit la quasi totalité des audits réalisés ont permis d'enregistrer une amélioration des pratiques et même si la participation est faible, les sollicitations sensibilisent les médecins à la question de l'évaluation de leurs pratiques.

De plus, le groupe de pilotage du GLAM augmente son effectif et le nombre de ses adhérents progresse, de nouveaux partenariats ont été établis en 2008 et 2009, avec des acteurs majeurs de la santé en Lorraine, en particulier les réseaux : NEPHROLOR à l'occasion des audits concernant l'insuffisance rénale, LORDIAMN à l'occasion de l'audit : « Diabète de type 2 : Prise en charge des facteurs de risque vasculaire et objectifs thérapeutiques », et avec ONCOLOR concernant l'audit que nous présentons ici.

VI. 3ème partie : DIAGNOSTIC PRÉCOCE ET PRÉVENTION DU MÉLANOME CHEZ LE SUJET À RISQUE

A. MÉTHODES

L'objet de ce chapitre est de décrire la méthodologie employée pour la réalisation de cet audit.

Tous les commentaires et justifications se trouvent dans le chapitre DISCUSSION.

1. Guide méthodologique du GLAM

Une méthodologie rigoureuse est indispensable à toutes les étapes de la réalisation d'un audit de pratique.

Le guide méthodologique du GLAM, consultable en annexe V, a été écrit dans cet objectif de rigueur et d'exhaustivité.

Il décrit les différentes étapes de la mise en œuvre d'un audit.

Toutes ces étapes sont réalisées par le groupe de médecin qui fabrique et met en œuvre l'audit, il s'agit du groupe de pilotage, promoteur de l'audit.

L'ordre en est chronologique même si certaines étapes peuvent être réalisées simultanément.

La préparation de l'audit que nous vous présentons a débuté fin novembre 2007 et a, depuis, été inscrit à l'ordre du jour de huit réunions du groupe de pilotage (dates : 16/01/2008, 26/03/2008, 01/07/2008, 03/09/2008, 12/11/2008, 07/01/2009, 18/03/2009, 01/07/2009).

2. Choix du thème

Le choix du thème a été réalisé par le groupe de pilotage.

L'existence d'une recommandation de la HAS : HAS, Stratégie de diagnostic précoce du mélanome : recommandation en santé publique, octobre 2006, a été à l'origine du choix de ce thème.

3. Choix de la cible de l'audit

a) Professionnels concernés par l'audit

Nous avons choisi d'adresser cet audit aux médecins généralistes.

b) Secteur géographique

Le GLAM a décidé de proposer l'audit à l'ensemble des médecins généralistes lorrains, voici la répartition des effectifs par département :

Meurthe et Moselle : 729 dont 2 médecins salariés de la Société de Secours Minière

Meuse : 172

Moselle : 993 dont 43 médecins salariés de la Société de Secours Minière

Vosges : 359

Soit un total de 2253 médecins pour la région Lorraine dont 45 médecins salariés et 2208 médecins généralistes libéraux.

c) Méthode d'envoi des documents

Les documents ont été envoyés par courrier, le 10 décembre 2008, sous enveloppe blanche portant les logos du GLAM, de LORFORMEP et du réseau ONCOLOR.

Chaque « kit » comprenait une lettre d'invitation (annexe VI), l'argumentaire scientifique (annexe VII) sur lequel est fondé l'audit, la grille de réponse (annexe VIII) et un chevalet (annexe IX).

4. Rédaction de l'argumentaire scientifique

Notre argumentaire scientifique a été réalisé à partir de la revue de littérature et de la recommandation publiée par la HAS en 2006 (HAS, Stratégie de diagnostic précoce du mélanome : recommandation en santé publique, octobre 2006).

L'argumentaire contenait : une définition et les objectifs des audits en général, la justification de l'audit présenté et de son thème, un résumé des facteurs de risque de mélanome et sa propre bibliographie.

Le Dr Michel LEMAITRE, dermatologue, membre du comité de rédaction du rapport d'évaluation de la HAS cité plus haut, et le Dr Jean-François CUNY, dermatologue, Praticien Hospitalier au sein du service de dermatologie du CHU de Nancy, ont conseillé le groupe de pilotage pour la rédaction de cet argumentaire.

L'argumentaire est en annexe VII.

5. Recherche d'une validation universitaire

Le Dr Jean-François CUNY a validé l'argumentaire scientifique de cet audit.

6. Recherche d'un partenariat

Le réseau ONCOLOR a été sollicité et nous a accordé son soutien financier lors d'un entretien à son siège avec le Dr Yves Kessler, président du réseau ONCOLOR et le Dr Isabelle Klein, médecin coordinateur du réseau ONCOLOR.

Une convention de partenariat a été signée entre ONCOLOR, le GLAM et LORFORMEP à la fin de l'année 2008.

7. Définition du budget et du financement

Le réseau ONCOLOR a accepté de financer entièrement cet audit, il s'agissait de :

- Mettre en œuvre les audits :

Frais de routage et d'impression de l'argumentaire, de la lettre d'invitation et des grilles de recueil : 2500 envois pour chaque tour, envoi des résultats individuels aux participants de chaque tour : **3 000 €**

Exploitation des résultats de l'audit : **1 000 €**

- Organiser des réunions de formation et de proposition des audits

Frais de secrétariat : constitution et gestion des groupes de formation, réservation des salles, relances téléphoniques et écrites, édition des fiches d'émargement, suivi des bulletins réponses, listing des participants, recueil des grilles d'audit : **1 000 €**

Réunions des participants : 2 en Meurthe et Moselle, 2 en Moselle, 1 dans les Vosges et 1 en Meuse

Location et Restauration des participants aux réunions : **3 000 €**

TOTAL : 8 000 €

8. Critères évalués

La grille est en annexe VIII.

Les débats du groupe de pilotage ont permis d'établir les questions auxquelles cet audit vise à apporter une réponse :

- les patients à risque de mélanome sont-ils identifiés, en tant que tel, dans leur dossier médical ?

- les patients à risque sont-ils informés de leur situation et connaissent-ils les conseils adaptés concernant la photo-protection et la vigilance nécessaire quant à l'apparition ou la modification de lésion pigmentée ?

- les patients à risque, dont la situation nécessite un avis spécialisé, ont-ils été adressés à un dermatologue ?

Les caractères entre parenthèses indiquent les abréviations que les participants étaient invités à utiliser pour répondre aux questions.

Le type de réponse attendu était précisé par des exemples sur la grille

Les médecins répondant à l'audit devaient répondre aux questions suivantes :

- Quel est l'âge du patient ?

→ la réponse attendue était l'âge en années

- Le dossier médical du patient fait-il mention du statut à risque du patient ?

→ la réponse attendue était oui (O) ou non (N) et le ou les facteurs de risque de mélanome du patient considéré (chiffre de 1 à 9, cf. paragraphe « choix des critères d'inclusion » ci-après).

- Le patient se sait-il à risque ?

→ la réponse attendue était oui (O) ou non (N)

- Le patient connaît-il les conseils adaptés concernant la photo-protection ?

→ la réponse attendue était d'identifier les conseils, parmi les suivants, qui étaient connus des patients : éviter le soleil entre 12h et 16h (A), rechercher le plus possible l'ombre (B), se couvrir (C), appliquer une crème solaire d'indice supérieur à 30 (D) ou aucun (N)

- Le patient connaît-il les conseils adaptés concernant la vigilance quant à l'apparition ou la modification d'une ou plusieurs lésions pigmentées ?

→ la réponse attendue était oui (O) ou non (N)

- Le patient a-t-il un des facteurs de risque suivants : nombre de nævus supérieur à 40 (NN), antécédent personnel de mélanome (AP), nombre de nævus atypiques supérieur à 2 (NA), existence d'une lésion suspecte (LS), existence d'un nævus congénital géant (NCG) ?

→ la réponse attendue était lequel (ou lesquels) de ces facteurs ou non (N)

Tout patient présentant un ou plusieurs de ces facteurs de risque était considéré comme patient à risque spécifique (devant être systématiquement adressé à un dermatologue)

- Le patient a-t-il déjà été adressé à un dermatologue ?

→ la réponse attendue était oui ou non

- Quel a été la conclusion du dermatologue ?

→ la réponse attendue était libre

- Une colonne intitulée « commentaire » était laissée à la disposition du médecin pour chaque patient.

- La méthode employée pour obtenir les réponses relevant de l'interrogatoire du patient n'était ni imposée, ni suggérée.

9. Choix des critères d'inclusion

Le choix des critères d'inclusion a été réalisé en débattant au sein du groupe de pilotage.

Il a été choisi d'inclure les patients de plus de 20 ans, ayant consulté au moins 3 fois au cours des 2 dernières années et faisant partie des patients à risque, un seul facteur de risque suffisant à inclure le patient.

Un tableau récapitulant les facteurs de risque était intégré à la grille.

Les facteurs de risque retenus par le groupe de pilotage étaient :

1. exposition solaire importante : coup de soleil nombreux dans l'enfance et/ou exposition solaire importante du fait de la profession et/ou des loisirs
2. phototype I (= coups de soleil fréquents, absence de bronzage)
3. antécédent personnel ou familial de mélanome
4. antécédent personnel de cancer cutané autre qu'un mélanome
5. traitements immunosuppresseurs
6. lésions mélanocytaires (nævus communs) > 40 (sur l'ensemble du revêtement cutané)
7. cheveux roux ou blonds, couleur de peau claire, taches de rousseur nombreuses
8. nombre de nævus atypiques supérieur à 2
9. nævus congénital géant (diamètre supérieur à 20 cm)

La méthode employée pour obtenir les réponses relevant de l'interrogatoire du patient n'était ni imposée, ni suggérée.

10. Choix du mode d'inclusion

Le groupe de pilotage a opté pour un mode d'inclusion prospectif.

Les médecins participant devaient inclure au fur et à mesure les patients vus au hasard des consultations et qui correspondaient aux critères d'inclusion.

La grille d'audit portait la mention suivante afin de dissiper toute ambiguïté concernant le mode d'inclusion :

« ne pas tenir compte des actes réalisés et des décisions prises le jour de l'inclusion »

Par exemple, si le médecin décidait le jour de la consultation d'adresser son patient à risque à un dermatologue, il devait répondre non (N) à la question : le patient a-t-il déjà été adressé à un dermatologue ?

En effet si la question est posée en situation prospective, la réponse qui nous intéresse concerne bien le passé de la pratique du médecin.

L'évaluation est rétrospective.

11. Durée du recueil et / ou nombre de patients à inclure

Le groupe de pilotage n'a pas fixé de durée de recueil.

Le nombre de patient à inclure a été fixé à 20.

12. Réalisation du test de faisabilité

Le test de faisabilité a été réalisé par les membres du groupe de pilotage, les modifications ont été discutées et validées lors des réunions de travail du groupe.

13. Rédaction de la lettre d'invitation

La lettre d'invitation est consultable en annexe VI.

La lettre d'invitation contenait deux parties :

Une première partie attirait l'attention du lecteur en rappelant les messages importants concernant le thème et justifiant la réalisation de l'audit.

Une seconde partie définissait les audits en général et les modalités pratiques de réalisation de cet audit, en insistant sur le caractère volontaire et anonyme de la démarche. Elle rappelait aussi que l'audit faisait l'objet d'une thèse, donnait le nom de la personne qui a validé l'argumentaire scientifique et indiquait que les données agrégées et anonymisées pouvaient faire l'objet d'une publication.

Cette lettre a été rédigée et signée par l'auteur de cette thèse, validée et signée par son directeur, responsable de l'audit.

La lettre d'invitation précisait que le remplissage de la grille devait être effectué en présence du patient mais aussi que les grilles incomplètes pouvaient être renvoyées et seraient exploitées.

14. Réalisation d'un chevalet

Un chevalet, consultable en annexe IX était mis à la disposition des participants.

Il comportait une face destinée à servir de rappel aux médecins, celle-ci mentionnait les critères d'inclusion et les facteurs de risques. L'autre face destinée à interpeler les patients, comportait la question suivante : avez-vous un risque élevé de développer un mélanome ?

Le chevalet était destiné à reposer sur le bureau des médecins participant à l'audit.

15. Définition des objectifs en vue du 2ème tour

Ces objectifs constituent la norme à laquelle comparer les résultats des médecins.

Ils doivent être établis avant l'exploitation du premier tour de l'audit.

Cette norme est définie en débattant au cours des réunions de travail et par estimation, a priori, des résultats qu'il serait normal d'obtenir.

Le groupe de pilotage a estimé que :

- 75 % des dossiers médicaux devaient faire mention du statut à risque du patient
- 100 % des patients à risque devaient le savoir
- 75 % des patients devaient connaître les conseils adaptés
- 100 % des patients présentant un des facteurs de risque suivants : nombre de nævus supérieur à 40, antécédent personnel de mélanome, nombre de nævus atypiques supérieur à 2, existence d'une lésion suspecte, existence d'un nævus congénital géant, devaient avoir été adressé chez un dermatologue.

16. Établissement d'un calendrier prévisionnel

Cette étape n'a pas été réalisé pour l'audit présenté.

17. Signature de l'engagement de confidentialité par le chargé d'exploitation

Cette étape a été réalisée.

18. Obtention de l'autorisation des participants de publier les résultats agrégés

La lettre d'invitation précise que la participation à l'audit signifie que le médecin accepte la publication de données agrégées et anonymisées.

19. Recueil des grilles et relances éventuelles

Les médecins devaient envoyer leur grille par voie postale au secrétariat du GLAM à Metz, après les avoir anonymisées.

Les grilles étaient comptabilisées par Mme France CAMERLENGO secrétaire de l'Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire (AMMPPU).

En pratique cela consistait à découper la partie de la grille qui comportait les numéros des patients (par ordre chronologique d'inclusion), ainsi que les réponses à l'audit puis à archiver la partie concernant les noms des patients afin d'être en mesure de retrouver les patients inclus au cas où l'exploitation de la grille le nécessite.

Une relance a été effectuée par e-mail, à l'occasion de la saison estivale, le 31 juillet 2009.

Les médecins étaient régulièrement invités à participer à l'audit lors de séance de FMC et par des e-mails émanant du GLAM, à l'occasion de la publication des compte-rendus des réunions du groupe de pilotage.

20. Exploitation du 1er tour

Il n'y a pas de méthodologie standardisée d'exploitation des résultats.

L'objectif était de calculer les résultats par médecin et de les comparer à l'ensemble du groupe ainsi qu'aux objectifs fixés au paragraphe 15 de ce chapitre.

Il fallait identifier quels objectifs étaient atteints et lesquels ne l'étaient pas, en vue de programmer les actions à mener entre les deux tours d'audit et en vue d'organiser le second tour d'audit.

L'exploitation a été réalisée en intégrant les résultats avec le logiciel OpenOffice.org Calc 3.1.0.

Chaque ligne de la feuille de calcul portait :

- En première colonne, le numéro d'anonymat du médecin,
- En deuxième colonne le numéro d'ordre du patient sur la grille du médecin,
- En troisième colonne l'âge du patient,
- Ensuite, chaque critère était ventilé dans une colonne spécifique et le résultat de chaque critère était implémenté sous forme binaire : 0 pour « critère non conforme à la norme », 1 pour « critère conforme à la norme » ou NE (Non Exploitable) si le critère n'avait pas été renseigné par le médecin . Les critères non-binaires étaient divisés en sous critères binaires et les mêmes règles leurs étaient appliquées.

La tableau obtenu n'est pas présenté, il peut être communiqué par l'auteur.

Différentes fonctions mathématiques, logiques et statistiques ont été appliquées au tableau et ont permis d'extraire les résultats présentés.

Des patients ne correspondaient pas aux critères d'inclusion, ils n'ont pas été pris en compte dans les résultats.

L'objectif atteint par chaque médecin a été calculé en effectuant le rapport du nombre de patients ayant atteint l'objectif pour le critère considéré et du nombre de patients total du médecin considéré.

La moyenne des objectifs atteints par les médecins est une moyenne des rapports ci-dessus et non le rapport du nombre total des patients inclus ayant atteint l'objectif et du nombre total de patient inclus.

La part de l'objectif atteint est calculée en effectuant le rapport de l'objectif atteint et de l'objectif visé.

21. Les étapes suivantes

Ces étapes ne sont pas encore réalisées mais en voici la liste :

- Organiser des réunions de restitution.

Afin de proposer des pistes d'amélioration en vue du 2ème tour, il s'agit de diffuser les recommandations du groupe de pilotage, fondées sur les conclusions du premier tour d'audit.

- Demander aux participants de définir leur piste personnelle d'amélioration des pratiques

Ces pistes sont élaborées avec l'aide d'un médecin habilité par le groupe de pilotage.

La piste est définie par l'utilisateur, éventuellement choisie parmi les pistes proposées par le groupe. Elle est confidentielle.

- Recueillir les grilles du 2ème tour et éventuellement, opérer une relance
- Exploiter le 2ème tour
- Envoyer les résultats à chaque participant et une attestation de participation
- Publier

22. Adaptations méthodologiques.

Certaines adaptations méthodologiques ont été nécessaires au cours de l'exploitation de l'audit, nous avons choisi de les exposer dans le chapitre DISCUSSION (paragraphe éponyme p.93).

B. RÉSULTATS

1. Remarques préliminaires

Les médecins participaient à l'audit sur la base du volontariat, les patients étaient inclus dans l'ordre chronologique des consultations, en conséquence, ces deux « populations » n'étaient pas randomisées et ne peuvent en aucun cas être considérées comme des échantillons représentatifs.

L'audit n'est pas un outil de l'épidémiologie et ne doit pas être utilisé en tant que tel.

Les seuls éléments que l'on peut interpréter sont les résultats médecin par médecin, leur comparaison aux objectifs fixés (cf. étape 15 du chapitre METHODES, p. 63) et à l'ensemble du groupe, dans le but de déterminer les objectifs atteints et les objectifs non atteints, les gisements de qualité et les points à renforcer, en vue du deuxième tour de l'audit et surtout pour améliorer la pratique médicale.

2. Recrutement

a) Durée du recueil

Le recueil des informations a duré 8 mois, de janvier 2009 à août 2009.

La méthodologie ne permettait pas de savoir combien de temps avait duré le recueil pour chaque médecin.

b) Nombre de médecins participants

Au 15 août 2009, 16 grilles étaient reçues.

Rappelons les effectifs de la cible de l'audit :

Meurthe et Moselle : 729 dont 2 médecins salariés de la Société de Secours Minière

Meuse : 172

Moselle : 993 dont 43 médecins salariés de la Société de Secours Minière

Vosges : 359

Soit un total de 2253 médecins pour la région Lorraine.

Le taux de participation global (résultats arrondis au 1000ème) était de : 0,7 %

- 8 grilles proviennent de Moselle : taux de participation de 0,8 % pour la Moselle.

- 5 grilles proviennent de Meurthe et Moselle : taux de participation de 0,7 %.

- 1 grille provient des Vosges : taux de participation de 0,3 % pour les Vosges.

- 2 grilles proviennent de Meuse : taux de participation de 1,2 % pour la Meuse.

Ces taux de participations étaient faibles.

Nous avons supposé que la faiblesse de ces taux était liée au contexte réglementaire et à l'absence de rémunération associée à l'audit, ainsi qu'à certains choix méthodologiques conditionnés par les moyens financiers dont nous disposions.

Ces différents points sont approfondis dans le chapitre DISCUSSION.

c) Nombre de patients recrutés

12 grilles étaient complètes (20 patients inclus).

1 grille présentait 19 patients inclus.

1 grille présentait 18 patients inclus.

1 grille présentait 12 patients inclus.

1 grille présentait 11 patients inclus.

Le nombre de patients recrutés était de 300.

Deux patients ne respectant pas les critères d'inclusion ont été exclus de l'analyse des résultats : l'un d'eux a 14 ans, l'autre 18 ans.

Le nombre de patients sur lesquels portent les résultats était de 298.

3. Résultats par critères

a) Âge des patients

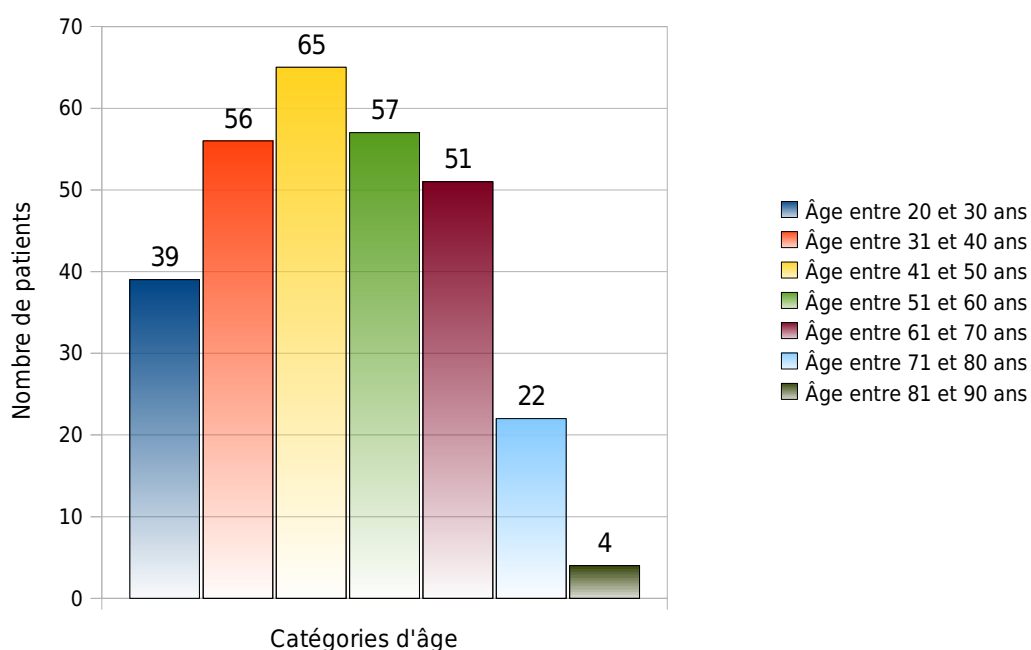
La moyenne d'âge des patients recrutés était de 49 ans.

La médiane était de 49 ans.

L'âge maximum était 88 ans; L'âge minimum était 20 ans.

Le critères âge était manquant chez 4 patients.

Figure 9. Nombre de patients inclus par catégories d'âge



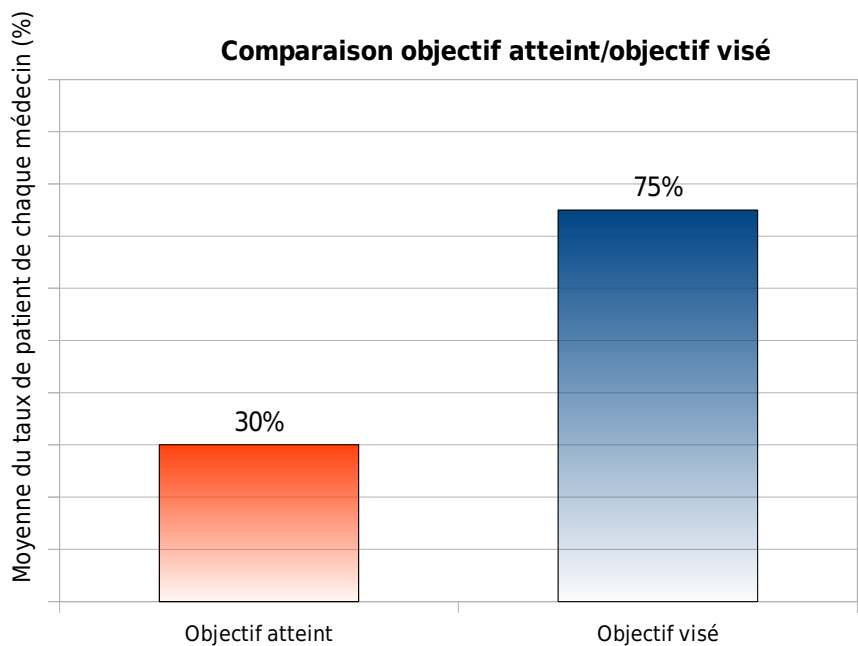
b) Mention du statut à risque dans le dossier médical

La question posée aux médecins était : Le dossier médical fait-il mention du statut à risque du patient ?

L'objectif visé était de 75% de réponse positive.

L'objectif atteint était que, en moyenne, les médecins avaient 30 % de réponse positive. 40 % de l'objectif était atteint (figure 17)

Figure 9. Mention du statut à risque du patient dans le dossier médical



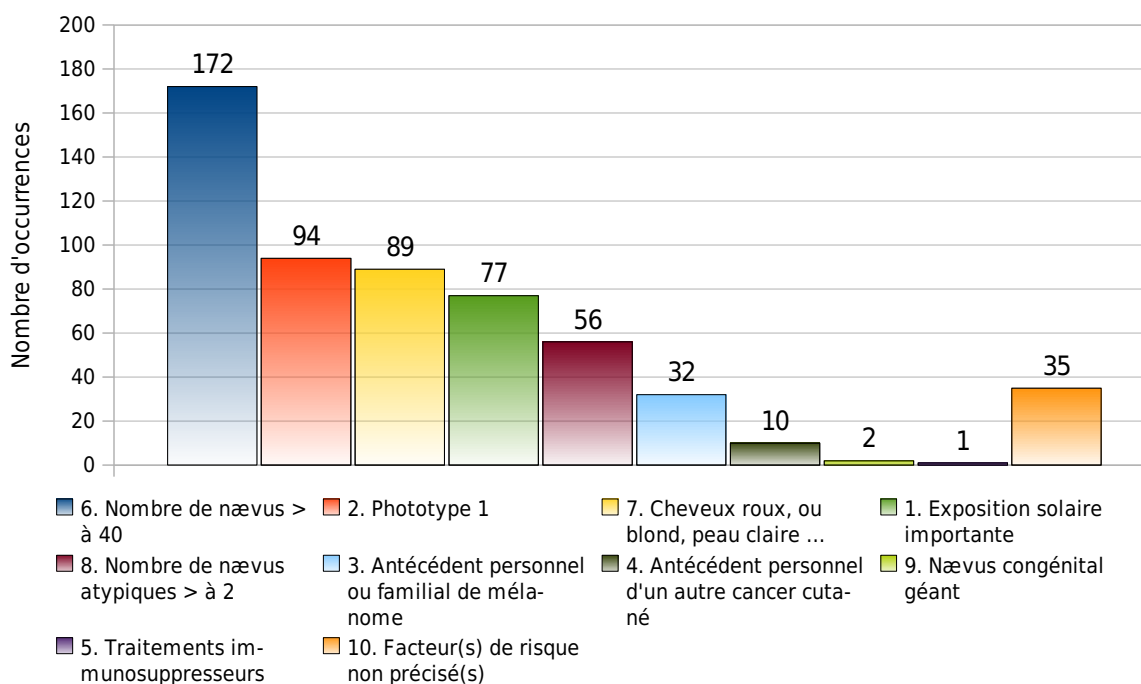
c) Facteurs de risques des patients

La question ci-dessus était suivie de : (Si oui : inscrire le ou les chiffres du tableau correspondant aux facteurs de risque).

Neuf facteurs de risque de mélanome, numérotés de 1 à 9, étaient présentés sur la grille.

Le graphique suivant présente le nombre d'occurrences de chaque facteur de risque chez les patients inclus dans l'audit, il ne s'agit pas d'une population représentative de l'ensemble des patients à risque de mélanome.

Figure 10. Nombre d'occurrences de chaque facteur de risque et nombre de patients pour lesquels le ou les facteurs de risque n'étaient pas précisés



Le facteur de risque le plus fréquemment retrouvé était d'avoir un nombre de nævus supérieur à 40 sur l'ensemble du corps.

Le ou les facteurs de risque n'étaient pas précisés pour 35 patients.

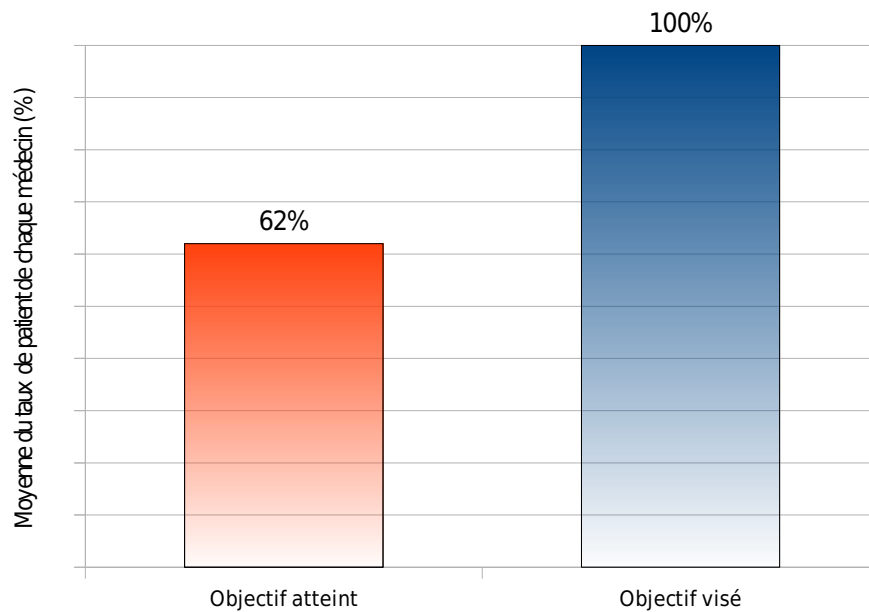
d) Connaissance de leur statut à risque par les patients

La question posée aux médecins était : Le patient se sait-il à risque ?

L'objectif visé était de 100% de réponse positive.

L'objectif atteint était que, en moyenne, les médecins avaient 62 % de réponse positive. 62 % de l'objectif était atteint (figure 17).

Figure 11. Connaissance de leur statut à risque par les patients
Comparaison objectif atteint/objectif visé



e) Connaissance des conseils concernant la photoprotection

La question posée aux médecins était : Le patient connaît-il les conseils adaptés concernant la photoprotection ?

Les réponses possibles étaient : A, B, C, D ou N

A : éviter le soleil entre 12h et 16h

B : rechercher le plus possible l'ombre

C : se couvrir

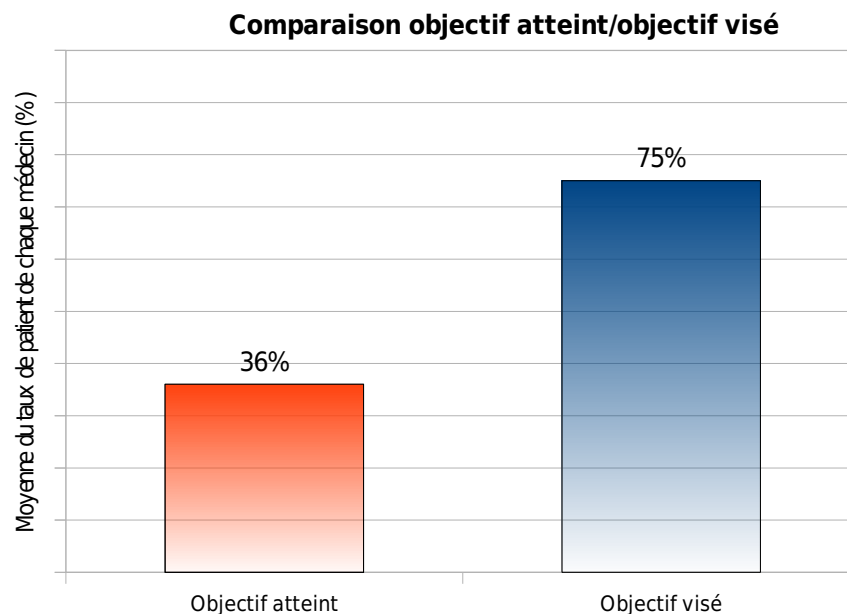
D : crème solaire, indice > 30

N : le patient ne connaît aucun de ces conseils

L'objectif visé était que 75% des patients connaissent l'ensemble de ces conseils.

L'objectif atteint était que, en moyenne, les médecins avaient 36% de patients connaissant l'ensemble de ces conseils. 48% de l'objectif était atteint.

Figure 12. Connaissance des conseils par les patients concernant la photoprotection



Aucune réponse n'était précisée pour 3 patients (1% du total des patients).

32 patients (11% du total des patients) ne connaissaient aucun de ces 4 conseils.

263 patients (88% du total des patients) connaissaient au moins un conseil.

Le conseil A était cité : 218 fois ; le conseil B était cité : 191 fois ; le conseil C était cité : 186 fois ; le conseil D était cité : 190 fois.

f) Connaissance des conseils concernant la vigilance

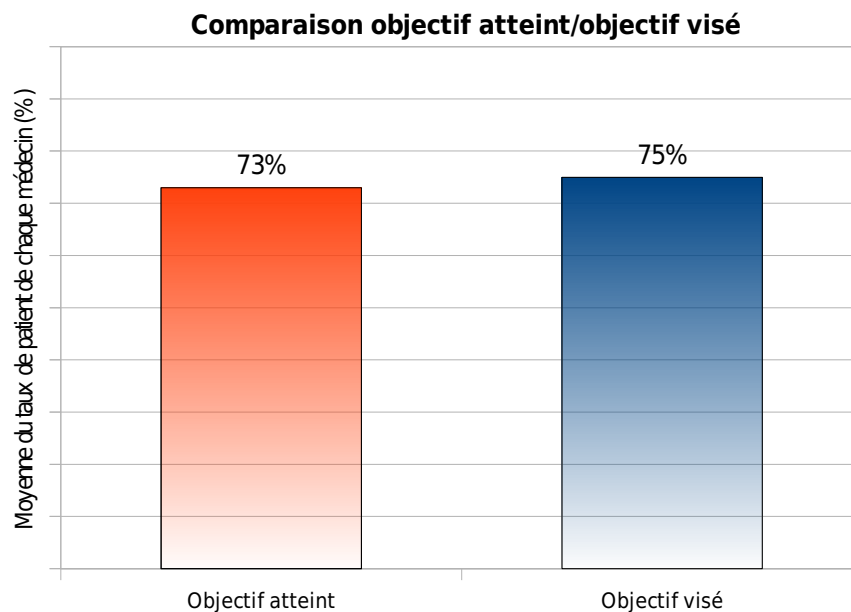
La question posée aux médecins était : Le patient connaît-il les conseils adaptés concernant la vigilance quant à l'apparition ou la modification de lésion pigmentée ?

Les réponses possibles étaient oui (O) ou non (N).

L'objectif visé était que 75% des patients connaissent ce conseil de vigilance.

L'objectif atteint était que, en moyenne, les médecins avaient 73% de patients connaissant ce conseil de vigilance. 97% de l'objectif était atteint.

Figure 13. Connaissance des conseils par les patients concernant la vigilance



33% de patients connaissaient à la fois les 4 conseils concernant la photoprotection et le conseil de vigilance.

g) Facteurs de risque particuliers

La question posée était : le patient a-t-il un des facteurs de risques suivants : NN, AP, NA, LS, NCG ?

Les réponses possibles étaient NN, AP, NA, LS, NCG ou N

NN : nombre de nævus supérieur à 40

AP : antécédent personnel de mélanome

NA : nombre de nævus atypiques supérieur à 2

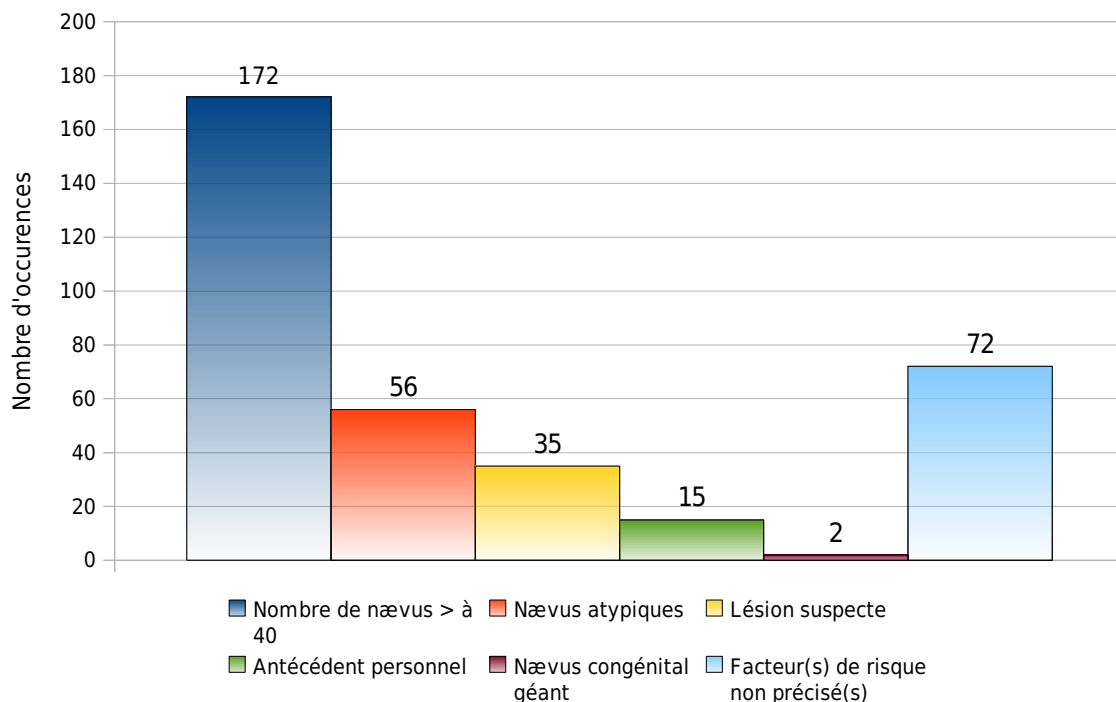
LS : existence d'une lésion suspecte

NCG : existence d'un nævus congénital géant

N : aucun de ces facteurs de risques

Le diagramme suivant présente le nombre d'occurrences de chacune de ces réponses.

Figure 14. Nombre d'occurrences de chaque facteur de risque nécessitant un avis spécialisé



h) Demande de l'avis d'un dermatologue

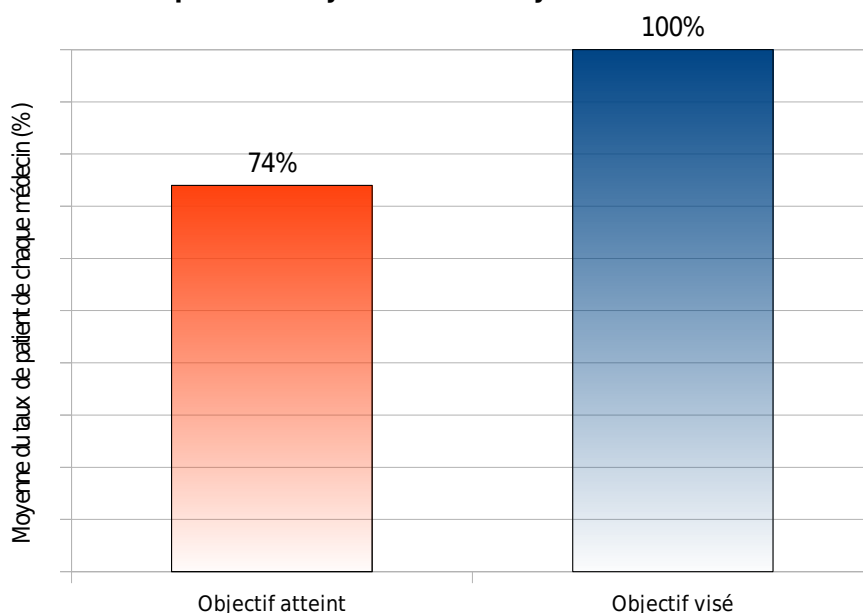
La question posée était : le patient a-t-il déjà été adressé à un dermatologue.

Les réponses possibles étaient oui (O) ou non (N).

L'objectif visé était que 100% des patients ayant un des 5 facteurs de risques spécifiques cités au paragraphe précédent aient déjà été adressés chez un dermatologue.

L'objectif atteint était que, en moyenne, les médecins avaient adressé 74% des patients ayant un des 5 facteurs de risques spécifiques cités au paragraphe précédent . 74% de l'objectif était atteint.

**Figure 15. Patients à risque spécifique adressés chez le dermatologue
Comparaison objectif atteint/objectif visé**



220 patients (74% du total des patients) présentaient un des cinq facteurs de risque spécifiques.

64 patients présentant un des cinq facteurs de risque spécifiques n'avaient pas encore été adressés chez le dermatologue le jour de leur inclusion.

Parmi eux, on dénombre :

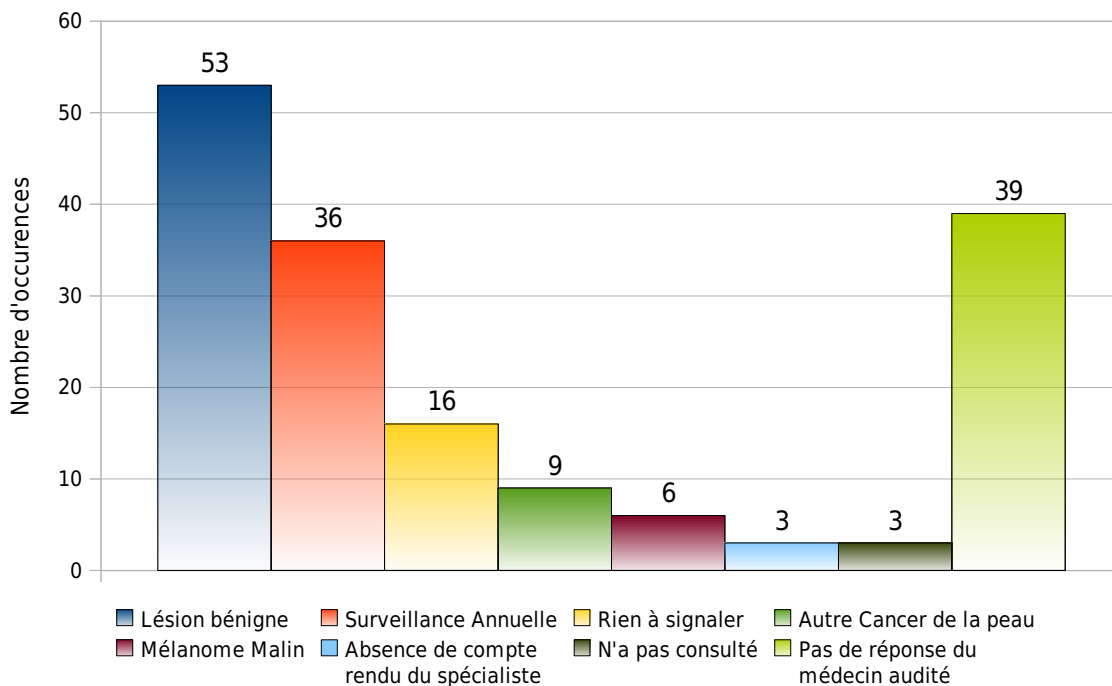
- 59 patients porteurs de nombreux nævus.
- 4 patients porteur de nævus atypiques.
- 1 patient porteur d'une lésion suspecte⁶.

6. Le patient porteur d'une lésion suspecte a été adressé à un dermatologue le jour de son inclusion dans l'audit.

i) Conclusion du dermatologue

La question posée était ouverte, le diagramme suivant présente une synthèse des conclusions des dermatologues.

Figure 16. Synthèse des réponses obtenues dans la colonne "conclusion du dermatologue"



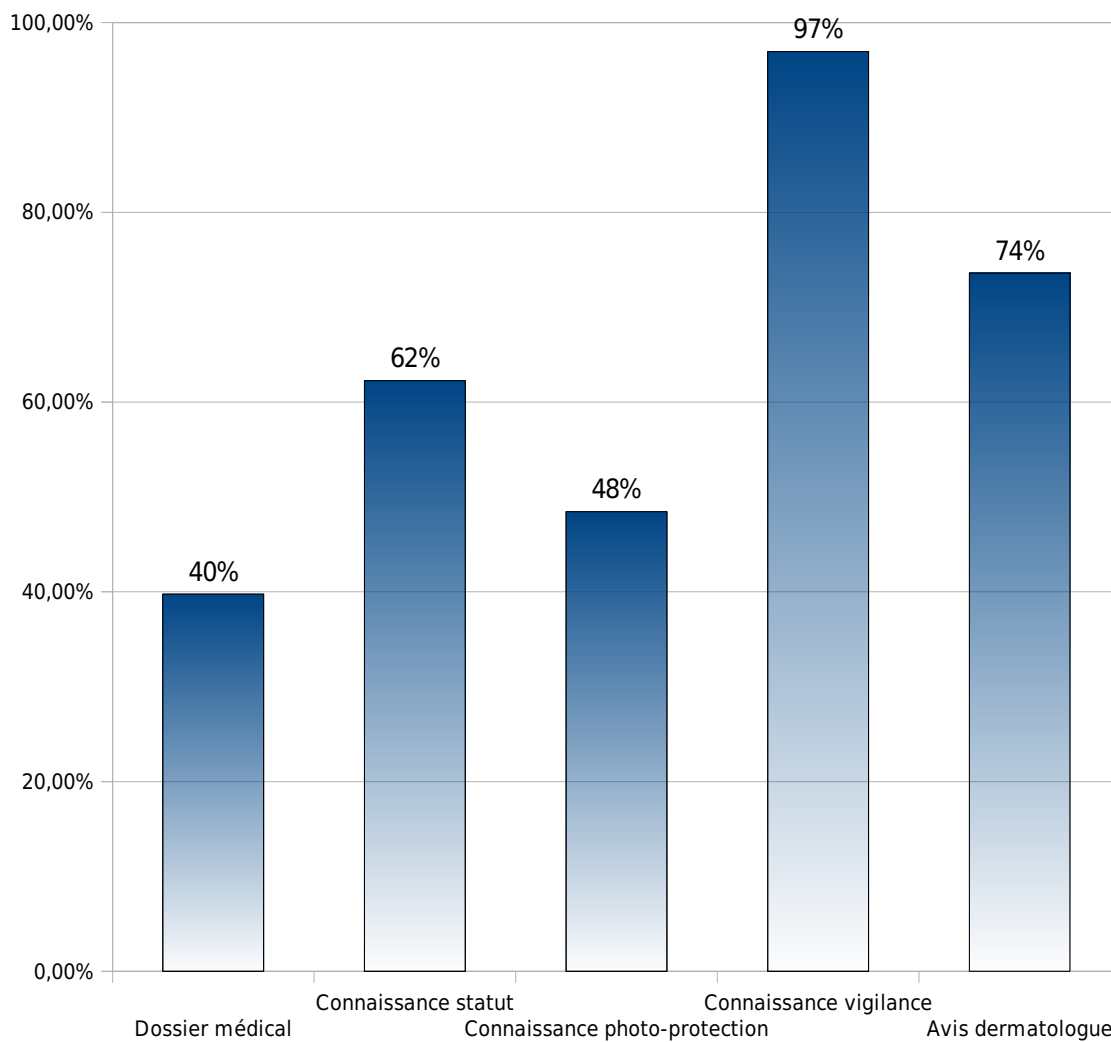
j) Commentaires des médecins ayant répondu à l'audit

A trois reprises un médecin ayant répondu « oui » à la question : « le patient a-t-il déjà été adressé à un dermatologue ? », a précisé que ça n'était pas dans le cadre du diagnostic précoce et de la prévention du mélanome.

k) Part de l'objectif atteint pour chaque critère

Le diagramme suivant représente la part de l'objectif atteint pour chaque critère.

Figure 17. Part de l'objectif atteint pour chaque critère



4. Résultats par médecin

a) Qualité des grilles reçues

Toutes les grilles reçues étaient exploitables.

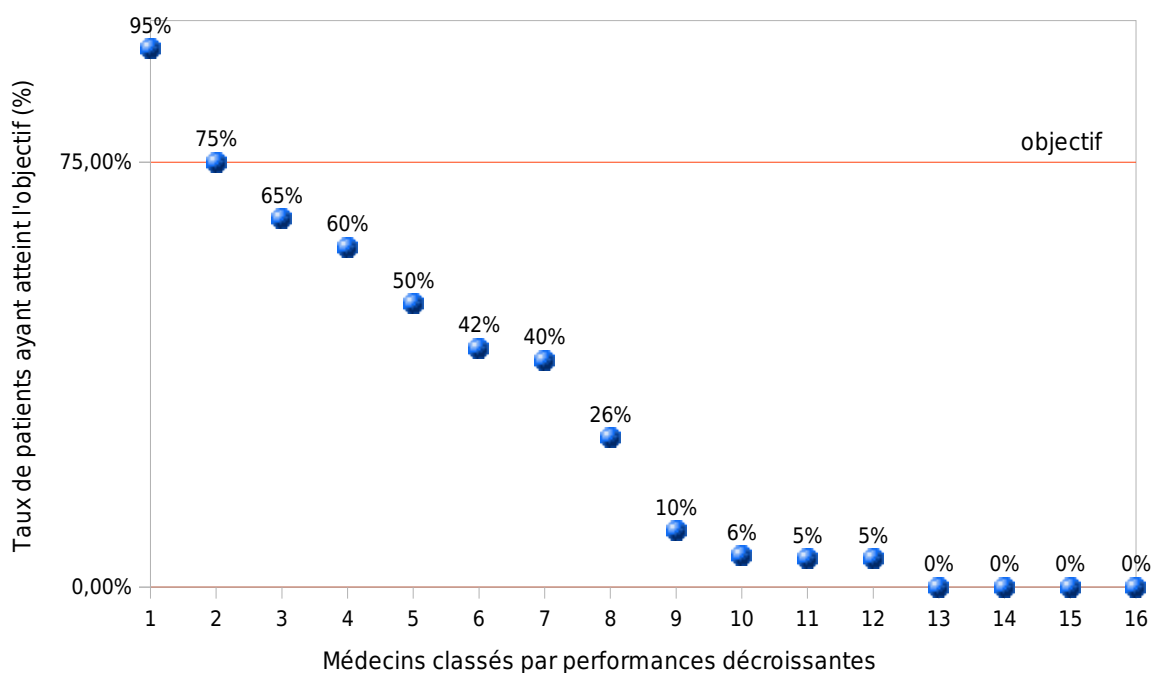
Deux patients ne respectaient pas les critères d'inclusion, leurs âges étant inférieurs à 20 ans. Le critère âge était manquant chez 4 patients.

b) Mention du statut à risque dans le dossier médical

L'objectif global visé était de 75% de réponse positive.

L'objectif atteint moyen était de 30% de réponse positive.

**Figure 18. Distribution des performances des 16 médecins
MENTION DU STATUT À RISQUE DU PATIENT DANS LE DOSSIER MEDICAL**



Parmi les médecins ayant participé à l'audit :

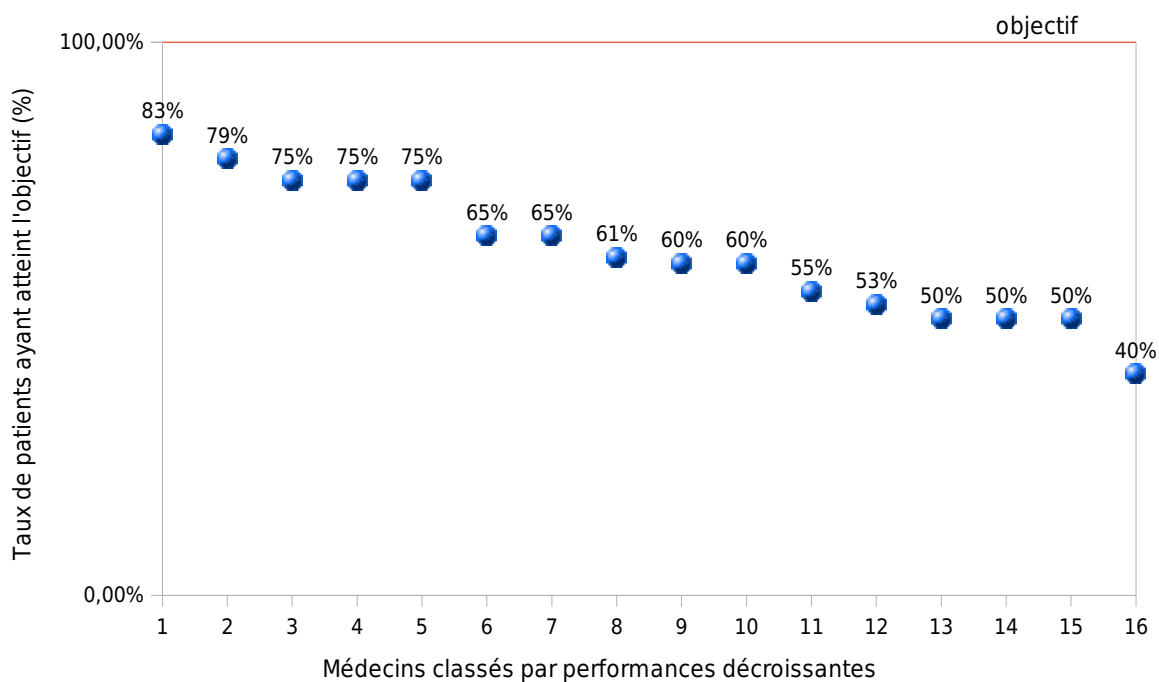
- 4 médecins n'avaient mentionné le statut à risque de leur patient dans aucun dossier (valeur minimale).
- 1 médecin avait mentionné le statut à risque de ses patients dans 95 % des dossiers (valeur maximale).
- 5 médecins sur 16 (31,25%) avaient mentionné le statut à risque des patients dans au moins 50% des dossiers.
- 2 médecins sur 16 (12,5%) atteignaient l'objectif

c) Connaissance de leur statut à risque par les patients

L'objectif visé était de 100% de réponse positive.

L'objectif atteint moyen était de 62 % de réponse positive.

Figure 19. Distribution des performances des 16 médecins
CONNAISSANCE DE LEUR STATUT A RISQUE PAR LES PATIENTS



Parmi les médecins ayant participé à l'audit :

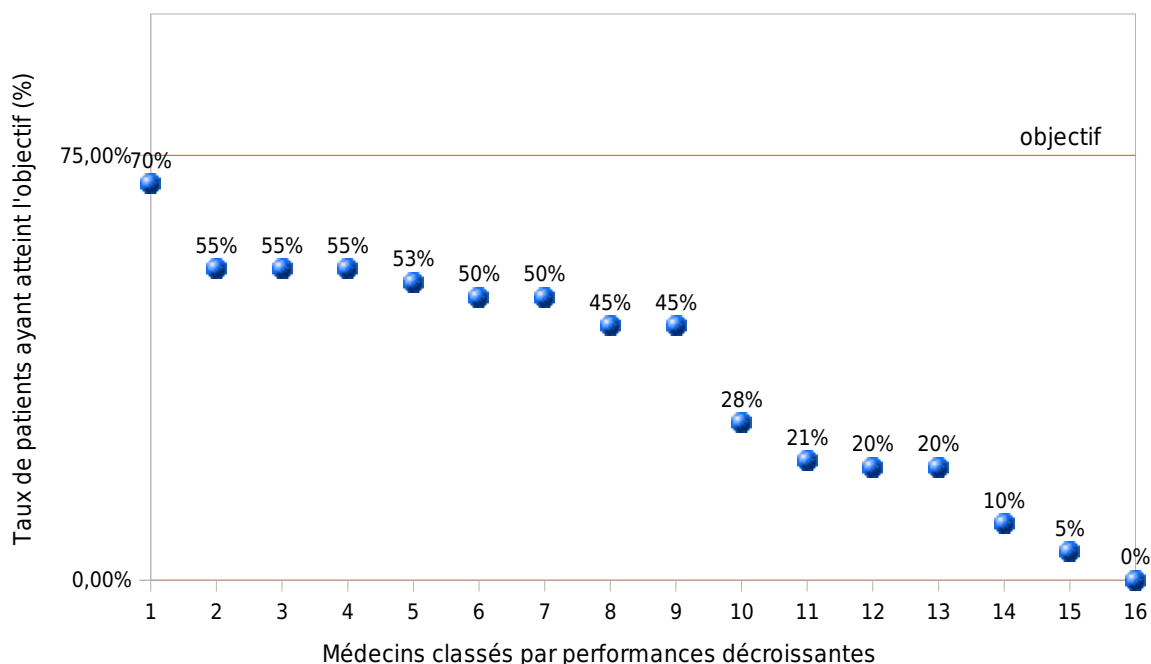
- 1 médecin comptait 40 % de ses patients à risque au courant de leur statut (valeur minimale).
- 1 médecin comptait 84 % de ses patients à risque au courant de leur statut (valeur maximale).
- 15 médecins sur 16 (93,75%) comptaient au moins 50% de leurs patients à risque au courant de leur statut.
- aucun médecin n'atteignait l'objectif.

d) Connaissance des conseils concernant la photo-protection par les patients

L'objectif visé était que 75% des patients connaissent l'ensemble de ces conseils.

L'objectif atteint moyen était de 37% de patients connaissant l'ensemble de ces conseils.

Figure 20. Distribution des performances des 16 médecins
CONNAISSANCES DES PATIENTS : PHOTOPROTECTION



Parmi les médecins ayant participé à l'audit :

- 1 médecin comptait 0 % de ses patients à risque connaissant les conseils concernant la photoprotection (valeur minimale).
- 1 médecin comptait 70% de ses patients à risque connaissant les conseils concernant la photoprotection (valeur maximale).
- 7 médecins sur 16 (43,75%) comptaient au moins 50% de leurs patients à risque connaissant les conseils concernant la photoprotection.
- aucun médecin n'atteignait l'objectif.

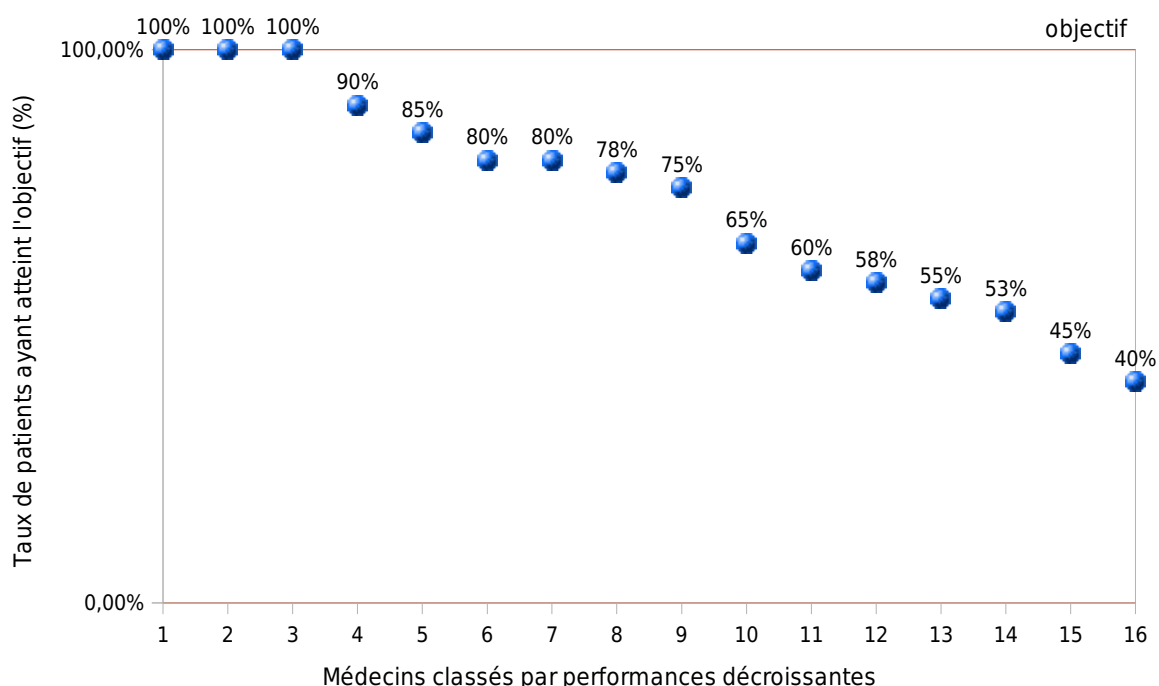
e) Connaissance des conseils concernant la vigilance par les patients

Rappelons qu'il s'agit de la vigilance quant à l'apparition ou modification de lésions pigmentées.

L'objectif visé était que 75% des patients connaissent ce conseil de vigilance.

L'objectif atteint moyen était de 72 % de patients connaissant ce conseil de vigilance.

**Figure 21. Distribution des performances des 16 médecins
CONNAISSANCES DES PATIENTS : VIGILANCE**



Parmi les médecins ayant participé à l'audit :

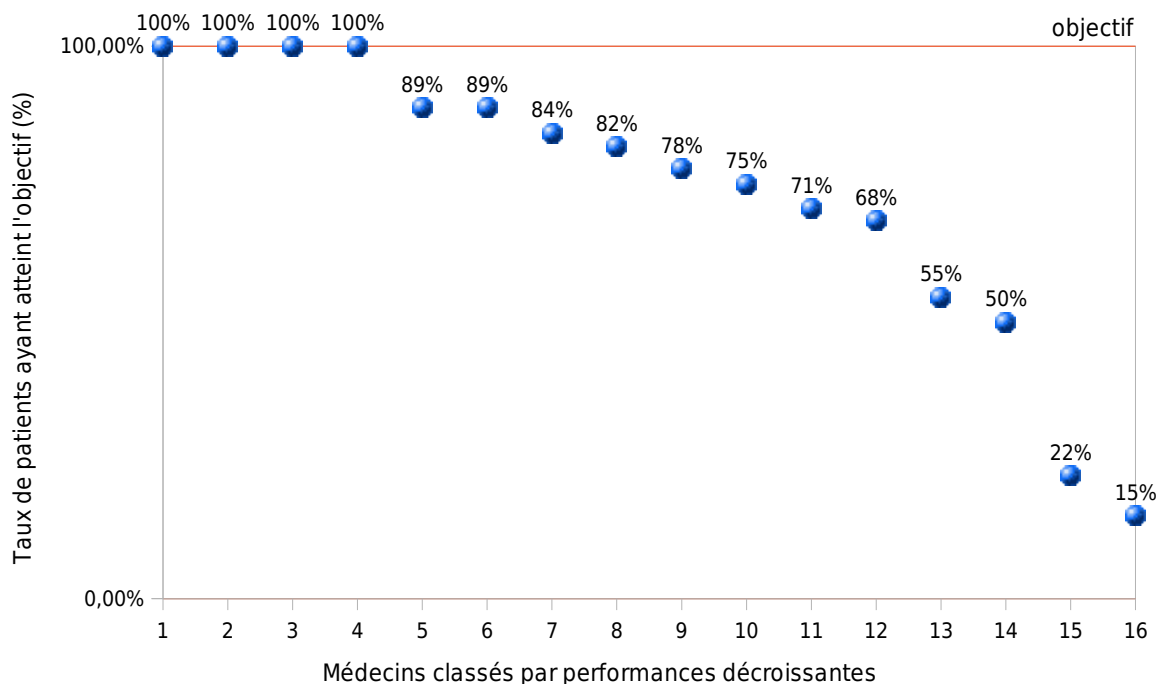
- 1 médecin comptait 40 % de ses patients à risque connaissant les conseils concernant la vigilance (valeur minimale).
- 3 médecins comptaient 100% de leurs patients à risque connaissant les conseils concernant la vigilance (valeur maximale).
- 14 médecins sur 16 (87,5%) comptaient au moins 50% de leurs patients à risque connaissant les conseils concernant la vigilance.
- 3 médecins atteignaient l'objectif.

f) Demande de l'avis d'un dermatologue

L'objectif visé était que 100 % des patients ayant un des 5 facteurs de risque spécifiques cités au paragraphe précédent aient déjà été adressés chez un dermatologue.

L'objectif atteint moyen était que 71 % des patients ayant un des 5 facteurs de risque spécifiques cités au paragraphe précédent avaient déjà été adressés chez un dermatologue.

**Figure 22. Distribution des performances des 16 médecins
PATIENTS À RISQUE SPECIFIQUE ADRESSÉS AU SPECIALISTE**



Parmi les médecins ayant participé à l'audit :

- 1 médecin comptait 15 % de ses patients à risque spécifique ayant été adressé chez le dermatologue préalablement à l'audit (valeur minimale).
- 4 médecins comptaient 100% de leurs patients à risque spécifique ayant été adressé chez le dermatologue préalablement à l'audit (valeur maximale).
- 14 médecins sur 16 (87,5%) comptaient au moins 50% leurs patients à risque spécifique ayant été adressé chez le dermatologue préalablement à l'audit.
- 4 médecins atteignaient l'objectif.

C. DISCUSSION

1. Résultats principaux

Ce paragraphe décrit successivement les principaux résultats de l'audit, respectivement associés à leurs implications et leurs hypothèses explicatives . Des pistes d'améliorations sont également proposées.

La participation est faible.

Les hypothèses expliquant la faiblesse de cette participation sont diverses.

Le contexte réglementaire est actuellement défavorable aux audits : absence de certitude quant à la possibilité de valoriser la participation à l'audit dans le cadre de l'obligation de Formation Médicale Continue et d'Évaluation des Pratiques Professionnelles.

Le financement de cet audit ne permet pas de rémunérer les participants.

Il est possible que le thème choisi n'ait pas été jugé pertinent par les médecins ciblés, la prévalence et l'incidence du mélanome étant faible par rapport aux autres cancers.

Cet audit portait sur de nombreux critères, il est probable qu'il ait été perçu comme complexe et chronophage en première lecture, bien que tout ait été fait pour le simplifier et que compléter la grille ne prenne que quelques minutes par patient.

La grille d'audit présentait quelques ambiguïtés, ce problème est abordé dans le paragraphe « adaptations méthodologiques » (p.93)

Il est probable que les médecins considèrent qu'ils manquent de temps pour participer aux audits et craignent une baisse de la rentabilité de leur activité, ceci est lié à une méconnaissance des audits.

Les solutions potentielles à mettre en œuvre pour limiter ces différents facteurs sont nombreuses.

Certes nous n'avons que peu de prise, individuellement, sur la modification du contexte réglementaire mais les structures de Formation Médicale Continue et d'Évaluation des Pratiques Professionnelles doivent participer activement à l'avancée du Développement Professionnel Continu.

Chaque audit doit pouvoir bénéficier de l'ensemble des sources de financement disponibles afin, chaque fois que cela est possible, de rémunérer ses participants.

Nous pourrions réaliser une étude visant à mieux connaître les thèmes que les médecins jugent pertinents. Sans oublier que le rôle d'un audit est également d'éveiller des centres d'intérêts.

Assurer la faisabilité et limiter les ambiguïtés des grilles nécessitent deux améliorations :

- Étoffer les groupes de relecture

- Mettre en place des groupes de test des audits. Il serait préférable que le test de faisabilité soit réalisé par plus de médecins et surtout des médecins extérieurs au groupe de pilotage, qui puissent porter un regard neuf sur la grille proposée.

La connaissance des audits et de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles peut-être améliorée. L'apprentissage de l'auto-évaluation fait déjà l'objet d'enseignements dans le cadre du 3ème cycle des études médicales. Cet apprentissage pourrait être renforcé par une mise en situation : la participation à un audit des maîtres de stage, avec la participation active du stagiaire pourrait devenir un critère de validation du stage chez le praticien.

Les résultats des pratiques analysées ne sont pas conformes aux recommandations.

Les réunions de restitution devront inciter les médecins :

- à noter le sur-risque de mélanome des patients dans leurs dossiers médicaux.
- à informer leur patient de leur éventuel sur-risque de mélanome.
- à informer les patients sur les conseils de prévention.
- à adresser leur patient à risque spécifique chez un dermatologue (ou un chirurgien en cas de lésion suspecte).

Il existe d'importantes différences de performances entre les pratiques des différents participants et au sein des performances de chaque participant.

Cela démontre la nécessité même de la Formation Médicale Continue et de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles. Avec pour objectif d'assurer à tous les patients des soins similaires et de meilleure qualité.

Les offres de formation et évaluation des pratiques sont nombreuses et variées.

La multiplicité des sources d'informations peut nuire à la qualité des soins apportés aux patients. C'est également le cas de la multiplicité des sources de formation. La publication régulière d'un catalogue, destiné à guider dans leurs choix les médecins ciblés par les formations et évaluations, pourrait être un bon outil.

2. Justifications

a) Thème de l'audit

Il fallait choisir un thème pertinent répondant à une préoccupation réelle des professionnels et pour lequel il existait des références.

La question d'un audit de pratique à propos du diagnostic précoce et de la prévention du mélanome chez le sujet à risque s'est posée suite à la publication d'une recommandation de la HAS (HAS, Stratégie de diagnostic précoce du mélanome : recommandation en santé publique, octobre 2006).

La pertinence du thème était justifiée d'emblée par l'épidémiologie actuelle du mélanome et le mauvais pronostic des mélanomes diagnostiqués tardivement.

Les médecins du groupe de pilotage sont convenu qu'il s'agissait d'une de leur réelle préoccupation.

Il existait, de fait, un référentiel récent.

b) Professionnels concernés par l'audit

Les dermatologues et médecins du travail sont également concernés en premier lieu par le thème choisi mais les spécificités d'exercice de chacun aurait nécessité la réalisation de grilles et de critères d'inclusion spécifique dans chaque cas.

C'est à dire la réalisation d'un autre audit.

c) Secteur géographique

Le secteur géographique conditionne directement le nombre de médecins à qui l'audit est proposé. Son choix a été fait en fonction des moyens financiers disponible pour l'audit.

La Lorraine est historiquement la cible du GLAM.

d) Argumentaire scientifique

Il s'agissait de réunir les références et d'élaborer des normes. La rédaction d'un argumentaire scientifique permet d'une part de faire le point sur les connaissances disponibles concernant le thème de l'audit et d'autre part de les mettre à la disposition des médecins ciblés par l'audit, avec la bibliographie qui leur correspond.

Ceci permet aux médecins ciblés d'accepter le référentiel proposé.

e) Validation universitaire

La validation de l'argumentaire scientifique est indispensable si une publication des résultats est envisagée.

f) Budget et financement

La définition du budget et du financement est une étape essentielle. Le GLAM ne peut financer sur ses fonds propres l'ensemble du coût des audits.

Le GLAM vit uniquement des cotisations de ses adhérents.

g) Critères évalués

Les membres du groupe de pilotage sont convenus de l'intérêt du critère « âge » son but principal était de vérifier le respect du critère d'inclusion âge. L'objectif n'était en aucun cas épidémiologique. Les populations de patients inclus dans les audits ne sont pas représentatives et l'adhésion des médecins risque d'être moindre s'ils pensent que les critères ont un objectif épidémiologique. L'épidémiologie n'est pas l'objectif d'un médecin qui répond à un audit.

De même le fait de demander quels étaient les facteurs de risque des patients inclus n'a pas d'objectif épidémiologique. L'objectif premier était de vérifier le respect des critères d'inclusion.

L'objectif secondaire de ces critères est : la découverte de gisement de qualité ou non-qualité au sein de la population prise en charge et la formulation d'hypothèses, à vérifier avec la méthodologie adaptée (cf. Interprétation des résultats).

Les autres critères d'inclusion découlent des recommandations de la HAS, il a été nécessaire de les adapter afin de répondre à certaines exigences :

- L'audit doit être compréhensible par tous les patients,
- la grille d'audit doit tenir sur une feuille au format A4,
- la contribution à l'audit ne doit pas prendre trop de temps au médecin.
- L'audit présenté ici analyse les résultats de la pratique du médecin et non les moyens mis en œuvre pour y parvenir : on demande si le patient sait qu'il est à risque et non si le médecin lui a dit qu'il l'était. Ce type d'audit doit être interprété avec réserve : le médecin n'est pas seul responsable de ce que son patient sait ou ne sait pas. Ce ne sont pas les compétences du médecin qui sont analysées. Ce sont ses performances et surtout ce qu'il reste à faire pour atteindre les objectifs fixés.

La méthode employée pour obtenir les réponses relevant de l'interrogatoire du patient n'était ni imposée, ni suggérée. Ceci introduit une part de la subjectivité du médecin et du patient dans le résultat de l'audit. Mais celle-ci est inévitable : les procédures de réalisation de l'audit doivent être simples, pour que l'audit soit acceptable et faisable, d'autre part il s'agit d'une auto-évaluation.

Les conseils concernant la photoprotection et la vigilance ont été simplifiés, aucun patient n'aurait été en mesure de les citer exactement et on ne pouvait les transcrire entièrement sur la grille de recueil.

Concernant le recours au dermatologue ou au chirurgien, le guide du médecin traitant publié par la HAS et consultable à l'adresse : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/gmed._melanome_231106.pdf, recommande d'adresser tout patient à risque à un dermatologue, pour un examen annuel de sa peau.

Le texte long de la même recommandation est plus modéré à cet égard et suggère que le médecin généraliste identifie les patients à risque et adresse au dermatologue ou au chirurgien ceux qui présentent une lésion suspecte ou une modification d'une lésion préexistante.

Le groupe de pilotage a estimé que l'offre de soins n'était pas compatible avec l'envoi de tous les patients à risque, une fois par an, chez le dermatologue. Après que la question ait été évoquée avec Le Dr Michel LEMAITRE, dermatologue, membre du comité de rédaction du rapport d'évaluation de la HAS (cité plus haut), et le Dr Jean-François CUNY, dermatologue, Praticien Hospitalier au sein du service de dermatologie du CHU de Nancy, le groupe de pilotage est convenu de retenir cinq facteurs de risque (cf. chapitre METHODES) comme ceux qui rendent indispensable une consultation et un suivi par un dermatologue. Ces facteurs de risque ont été choisis selon ces critères : importance du risque relatif associé (de développer un mélanome), nécessité de recours à du matériel spécifique, à des moyens spécifiques ou à des compétences spécifiques.

Les colonnes « conclusion du dermatologue » et « commentaires » permettent de comprendre les difficultés et les particularités de chaque patient inclus, tout ne pouvant être résumé en critères binaires.

h) Critères d'inclusion

Le médecin est audité sur ses performances auprès de ses patients réguliers. C'est pourquoi les critères d'inclusion imposent que le patient ait consulté au moins 3 fois au cours des 2 dernières années.

La limite inférieure d'âge (20 ans) a été fixée en raison de l'épidémiologie du mélanome : les mélanomes avant 20 ans sont extrêmement rares. La plupart des facteurs de risque de mélanome sont également plutôt rares avant l'âge de 20 ans. Il faut toutefois reconnaître une part d'arbitraire à cette décision et l'intérêt qu'il y aurait eu, entre autres, à étudier, pour les patients à risque de moins de 20 ans, la connaissance des conseils de prévention.

i) Mode d'inclusion :

Le mode d'inclusion est prospectif mais les questions posées sont rétrospectives, on ne tient pas compte des actes réalisés et des décisions prises le jour de l'inclusion du patient

L'audit a un objectif pédagogique, de formation médicale continue et d'amélioration des pratiques. Les modifications de pratiques sont induites par et pendant la contribution à l'audit. L'intégration des recommandations, rappelées par l'audit, dans les pratiques du médecin permet la poursuite de l'amélioration de ces pratiques au delà de la période de contribution à l'audit.

Le choix d'un autre mode d'inclusion était moins adapté pour ces autres raisons :

- L'inclusion « sur dossier » est très lourde pour un médecin seul, ce mode d'inclusion est plus adapté au fonctionnement d'un établissement.
- Certains critères de l'audit nécessitent d'interroger le patient.

j) Nombre de patients à inclure

Le nombre de patients à inclure était limité à 20 car le groupe de pilotage avait estimé que la durée de recueil serait alors comprise entre 2 et 6 semaines (selon l'estimation du nombre de patients à risque par médecin (voir p.42 : adéquation de l'offre et de la demande)) et parce-que la grille devait tenir sur une feuille au format A4.

L'expérience du GLAM a montré que lorsqu'une durée maximale de recueil figure sur la grille, elle peut dissuader les médecins de participer.

k) Test de faisabilité

Il est indispensable de réaliser un test de faisabilité pour tous les audits.

La création d'un audit peut faire l'objet de nombreuses erreurs : questions trop complexes, questions ambiguës, abréviations peu claires, fautes de frappe, d'orthographe et de grammaire ... sont autant d'obstacles possibles à l'obtention d'un bon résultat.

l) Lettre d'invitation

C'est la vitrine de l'audit. En quelques mots, il faut capter l'attention du lecteur, c'est pourquoi elle est brève et synthétique, l'argumentaire scientifique est là pour apporter toutes les informations scientifiques validées qui constituent le référentiel adopté. Son contenu est relativement standardisé d'un audit à l'autre.

m) Chevalet

Il est essentiellement destiné à rappeler aux médecins qu'ils ont un audit en cours et à ce que les patients se posent eux-même la question de leur risque relatif concernant le mélanome.

n) Définition des objectifs

C'est une étape très importante. Elle permet de mettre en évidence les gisements de qualité mais aussi les éléments à améliorer entre le premier et le deuxième tour d'audit.

Un objectif et une norme doivent être défini pour chaque critère, avant l'analyse des données afin que le groupe de pilotage ne soit pas influencé par le résultat.

On doit définir, pour chaque critère, quelle est la norme à l'échelle du patient (exemple : le patient se sait-il à risque ? Norme = oui), à l'échelle du médecin, c'est la proportion de patient correspondant à la norme pour chaque médecin (dans notre exemple c'est 100%) et à l'échelle du groupe de médecins, c'est la proportion de médecin correspondant à la norme dans leur pratique (100% dans notre exemple).

Cette norme doit être un compromis entre des normes idéales, inaccessibles et pouvant être décourageantes pour les participants et des normes empiriques, accessibles mais qui risquent de donner à tort une impression de qualité.

L'objectif est pour chaque critère et à chaque échelle, la part de la norme considérée comme devant être atteinte par les participants.

o) Exploitation du 1er tour

Le mode de calcul des objectifs atteints par les médecins se fonde sur les résultats de chaque médecin et non sur les résultats de l'ensemble des patients car il s'agit d'un audit des performances des médecins et non de celles des patients.

Un groupe de travail a été créé au sein du GLAM afin d'établir une méthode standardisée d'exploitation des audits

3. Interprétation des résultats

a) Faible taux de participation

La faiblesse de ces taux est probablement liée au contexte réglementaire actuel et à l'absence de rémunération associée à l'audit malgré un financement important.

L'absence actuelle de précision du cadre réglementaire de la Formation Médicale Continue et de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles crée un contexte défavorable aux audits : il n'y a pas de certitude quant à la possibilité de valoriser la participation à l'audit dans le cadre de l'obligation de Formation Médicale Continue et d'Évaluation des Pratiques Professionnelles.

Concernant l'absence de rémunération, d'autres audits du GLAM non rémunérés ont généré plus de participation :

- audit « vaccination ROR » en 1995 : 31 médecins
- audit « dépistage de l'incontinence urinaire de la femme » en 1998 : 24 médecins
- audit « tenue du dossier médical et statut des patients par rapport à l'alcool et au tabac » en 1999 : 35 médecins
- audit « prise en charge de l'hypercholestérolémie » en 2003 : 47 médecins

Mais les deux audits qui ont obtenu le plus de participation étaient d'une part rémunérés et d'autre part plus largement financés :

- audit « insuffisance coronaire stable » en 2003 : 97 participants soit 4,2 % des médecins sollicités (généralistes lorrains), audit financé par le Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV⁷) à hauteur de 76150 euros.
- audit « antibiothérapie des infections ORL et respiratoires » en 2005 : 189 médecins soit 7% des médecins sollicités (pédiatres et généralistes lorrains), audit également financé par le FAQSV.

Les différences méthodologiques rendent les comparaisons entre audits difficiles, la méthode de recrutement des médecins participants, les relances effectuées, l'existence de réunions préalables au lancement de l'audit sont autant de facteurs susceptibles de modifier les taux de participations ... Néanmoins, le choix de la méthode dépend toujours des moyens dont on dispose pour la financer.

7. Depuis le 1er juillet 2007, les enveloppes des Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) et de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR) ont fusionné pour donner naissance aux Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS)

b) Adaptations méthodologiques

Ce paragraphe est d'ordre méthodologique, mais la méthodologie décrite ici a été établie au cours de l'exploitation de l'audit pour faire face à des problèmes inattendus, c'est pourquoi il est présenté ici.

Des discordances ont été observées dans les grilles, il s'agit de discordances, pour un même patient, au sein des informations transmises par le médecin.

Par exemple, aucun facteur de risque n'est signalé colonne 4 mais le patient a été envoyé chez le dermatologue pour un nævus congénital géant. Les facteurs de risque des patients ont alors été corrigés le calcul des résultats.

Concernant les antécédents de mélanome, colonne 4, il est demandé de noter les antécédents personnels ET familiaux, colonne 8, seuls les antécédents personnels de mélanome sont demandés, ce sont eux-seuls qui nécessitent un suivi systématique par un dermatologue, ces discordances étaient attendues.

Concernant les nævus atypiques, il est possible que certains médecins aient signalé tous les patients présentant un nævus atypique colonne 8 et seulement les patients présentant au moins 2 nævus atypiques colonne 4, nous n'avons pas considéré cette possibilité dans les calculs.

Concernant les facteurs de risques des patients, la question « Le dossier médical fait-il mention du statut à risque du patient ? » était suivie de : (Si oui : inscrire le ou les chiffres du tableau correspondant aux facteurs de risque). La consigne n'a pas été interprétée de la même manière par tous les médecins, certains ont précisé les facteurs de risque pour chaque patient inclus, c'était la réponse attendue. D'autres ont précisé ces facteurs de risque uniquement si le dossier mentionnait le statut à risque du patient. Ce biais n'a pas pu être corrigé.

Certains facteurs de risque de mélanome étaient signalés en commentaire ou dans la colonne « compte rendu du dermatologue », ils ont été intégrés aux résultats.

Certains médecins avaient répondu « oui » à la question : « Le patient a-t-il déjà été adressé à un dermatologue ? » en précisant que la décision a été prise le jour de l'inclusion. La réponse a alors été comptabilisée comme un « non ».

Certains médecins avaient précisé que le patient n'avait pas été adressé à un dermatologue mais à un chirurgien, nous n'avons pas distingué ces réponses pour exploiter l'audit.

c) Mention du statut à risque dans le dossier médical

Une minorité de médecins note le statut à risque de leur patient dans leur dossier médical, c'est un des points à améliorer avant le deuxième tour d'audit.

C'est un point essentiel car le fait d'être attentif à noter cet élément dans le dossier médical peut être le point de départ de l'amélioration des pratiques en générant l'adhésion au reste des recommandations.

d) Connaissance de leur statut à risque par les patients

Trop peu de patients à risque de mélanome sont au courant de leur statut, si l'on considère l'objectif fixé.

Dans cet audit, il semble que certains facteurs de risque soient associés avec une méconnaissance des patients de leur statut à risque. Beaucoup de patients avec des antécédents d'exposition solaire importante ou un phototype I ne se savent pas à risque. Mais aucun patient avec de nombreux nævus n'ignore qu'il a un risque plus élevé de développer un mélanome. Il y a sûrement là une piste à suivre mais cette hypothèse reste à démontrer car la population de patient inclus dans l'audit n'est pas statistiquement représentative.

Un patient à risque et informé de son statut connaîtra et appliquera d'autant mieux les conseils qui doivent lui être prodigués.

Le fait d'informer tous les patients de tous leurs facteurs de risque peut, en lui-même, comporter un risque, celui de majorer la cancérophobie.

e) Connaissance des conseils concernant la photo-protection par les patients

Ces conseils sont trop peu connus des patients.

Leur application est pourtant essentielle dans la prévention des mélanomes.

Les médecins doivent mieux informer leurs patients à risque, c'est un point à améliorer avant le deuxième tour d'audit.

Toutefois cette information doit également être apportée par des campagnes d'information du public.

De plus, il est difficile d'initier et d'obtenir des modifications comportementales, même lorsque les mesures de prévention ont scientifiquement démontré leur intérêt, et même si ces conseils sont connus.

En effet il est difficile pour un individu d'appréhender réellement son exposition à des facteurs de risque, en temps et en nombre, et il est également difficile d'appréhender leurs éventuelles conséquences. Le même type de résistance existe, par exemple, dans le cadre de l'information visant à lutter contre le tabagisme.

Plusieurs médecins ont précisé, en commentaire, que des patients connaissaient les conseils adaptés à leur sur-risque de mélanome mais ne les appliquaient pas ou partiellement. Faut-il également auditer les performances des médecins à propos du respect des conseils par leurs patients ou plutôt réaliser des audits de pratiques des patients eux-mêmes ?...

f) Connaissance des conseils concernant la vigilance par les patients

Ces conseils sont connus par quasiment tous les patients à risque, L'objectif est quasiment atteint.

C'est un excellent résultat à confirmer lors du deuxième tour d'audit.

Contrairement aux conseils de prévention, la connaissance de ce conseil visant au diagnostic précoce est bien plus répandue.

Le retentissement psychologique de l'apparition d'une lésion cutanée est probablement plus important que celui généré par un bain de soleil ou par le fait d'avoir les yeux bleus.

Il est probable que ce conseil de vigilance soit également connu et appliqué de la part de patients sans sur-risque de mélanome.

g) Demande de l'avis d'un dermatologue

Les médecins, selon les critères considérés, doivent adresser un plus grand nombre de leurs patients à risque chez le dermatologue ou le chirurgien.

Dans cet audit, il semble que certains facteurs de risque soient associés avec un envoi moins fréquent chez un dermatologue ou un chirurgien. Beaucoup de patients avec de nombreux nævus n'ont pas été incités à consulter. Tous les patients avec un nævus congénital géant ou avec un antécédent personnel de mélanome l'ont été. Il y a sûrement là une piste à suivre mais cette hypothèse reste à démontrer car la population de patients incluse dans l'audit n'est pas représentative.

Il est également intéressant de souligner que, au sein de la population étudiée, tous les patients avec de nombreux nævus se savent à risque mais ce sont aussi les moins représentés parmi les patients incités à consulter un chirurgien ou un dermatologue.

Il est indispensable d'inciter les médecins à adresser leurs patients à risque spécifique chez le dermatologue ou le chirurgien avant le deuxième tour d'audit.

h) Conclusions du dermatologue

Ces chiffres sont à interpréter avec réserve : ces diagnostics n'ont pas été posés pendant l'audit ou du fait de l'audit, puisqu'ils concernent les antériorités des pratiques du médecin au moment où il inclut le patient.

4. Points forts de cet audit

Le respect de la méthodologie du GLAM a permis la réalisation d'une grille claire, précise, utilisable par d'autres réseaux d'audit en France, elle sera mise à disposition sur le site internet du GLAM.

La réalisation d'une grille claire et précise a rendu les résultats exploitables, des recommandations pour l'amélioration des pratiques des médecins participants ont pu être établies.

L'objectif principal d'un 1er tour d'audit est atteint : même si la participation est faible, l'évaluation des concordances entre les pratiques des médecins et les recommandations de la HAS a pu être réalisée.

Cet audit a été l'occasion de la mise en place d'un nouveau partenariat, que nous souhaitons pérenne avec ONCOLOR, la voie est ainsi ouverte à d'autres audits dans le domaine de la cancérologie.

5. Points faibles

Le principal point faible est la très faible participation des médecins sollicités.

L'ambiguïté d'un des critères de la grille est également un point faible, toutefois elle ne portait pas sur un critère d'évaluation des performances, elle a donc peu d'implication sur les résultats obtenus.

6. Perspectives

Suite à ce premier tour d'audit, un courrier sera adressé aux médecins participants pour leur permettre de comparer leurs performances aux résultats attendus et, s'il le souhaitent, aux autres participants.

Des actions de formations, dont les modalités restent à définir par le GLAM leurs seront proposées.

Le deuxième tour de l'audit et la restitution de ses résultats permettront ensuite de clore le processus.

Cet audit pourrait être renouvelé dans les années à venir, après une mise à jour si les recommandations concernant son thème sont modifiées.

D'autres actions, nombreuses, restent à mener pour améliorer le diagnostic précoce et la prévention du mélanome.

Poursuivre, par d'autre moyen que l'audit, la formation des professionnels de santé au diagnostic précoce, à la séméiologie des mélanomes et à l'identification des sujets à risque.

Mettre en place de nouvelles campagnes d'information de la population générale à propos des facteurs de risque, des mesures de prévention et des moyens de diagnostic précoce du mélanome.

Étudier, plus précisément, le profil type des sujets à risque de mélanome afin d'élaborer une grille d'identification des sujets à risque utilisable par l'ensemble des médecins.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- 1: HAS, Stratégie de diagnostic précoce du mélanome : recommandation en santé publique, octobre 2006, HAS, pp 8-9
- 2: ANAES, Guide méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage ?, 2004
- 3: Remontet L, Estève J, Bouvier A, Grosclaude P, Launoy G, Menegoz F, et al., Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000, 2003, Rev Épidemiol Santé Publique 2003, 51(1 Pt 1):3-30.
- 4: Erreur critique de l'éditeur automatique de bibliographie,,,,,
- 5: Tumeurs malignes. Cancer de la peau - mélanome. In: Direction générale de la santé, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Abenham L, Le Gales C, ed. Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique. Définition d'objectifs. Rapport GTNDO, 2005, Paris : ministère de la Santé, de la Famille, et des personnes handicapées, pp 361-366
- 6: Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, Mélanome cutané. Standards, options et recommandations, 1998, Paris : John Libbey Eurotext,
- 7: National Health and Medical Research Council, Australian Cancer Network, The management of cutaneous melanoma. Clinical practice guidelines, 1999, Camberra : NHMRC,
- 8: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Cutaneous melanoma. A national clinical guideline, 2003, Edinburgh : SIGN,
- 9: Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, Suivi des patients opérés d'un mélanome de stade I. Conférence de consensus, 1995, Paris : Andem,
- 10: National Comprehensive Cancer Network, Clinical practice guidelines in oncology, 2004, Jenkintown (PA) : NCCN,
- 11: Avril MF, Nguyen T, Duvillard P, Bognel C, Margulis A, Récurrences tardives de mélanome. Au-delà de 10 ans, 1994, Ann Dermatol Vénéréol, 121(6-7) : 454-8
- 12: Banfield CC, Dawber RP, Nail melanoma : a review of literature with recommendations to improve patient management, 1999, Br J dermatol, 141(4) : 628-32
- 13: Besset B, Le fichier du mélanome en Auvergne [thèse de médecine], 2000, Rouen : faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen,
- 14: Halna JM, Grandadam M, Buemi A, Etude épidémiologique des cancers cutanés basée sur la population d'un département français de 1988 à 1996. Résultats du registre des cancers du Haut Rhin, 2000, Nouv Dermatol, 19(1) : 48-45
- 15: Benoit-Corven C, Evolution de l'incidence du mélanome en Seine-Maritime sur une période de 10 ans [thèse de médecine], 2003, Clermont-Ferrand : université de Clermont-Ferrand - faculté de médecine,
- 16: Institut de veille sanitaire. Registre qualifiés par le comité national des registres - situation au premier janvier 2005, <http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/registres.htm>, 2006, INVS,
- 17: Chamberlain AJ, Fritschi L, Giles GG, Dowling JP, Kelly JW, Nodular type and older age as the most significant associations of thick melanoma in Victoria, Australia, 2002, Arch Dermatol, 138(5) : 609-14
- 18: American Joint Committee on Cancer, Balch CM, Buzaid AC, Soong SJ, Atkins MB, Cascinelli N, et al., Final version of the American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous melanoma, 2001, J Clin Oncol, 19(16) : 3635-48
- 19: Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, Guizard AV, Molinié F, Danzon A, Bara S, Bouvier AM, Trétarre B, Binder-Foucard F, Colonna M, Daubisse L, Hédelin G, Launoy G, Le Stang N, Maynadié M, Monnereau A, Troussard X, Faivre J, Collignon A, Janoray I, Arveux P, Buemi A, Raverdy N, Schvartz C, Bovet M, Chérié-Challine L, Estève J, Remontet L, Velten M, Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005, 2008 Jun,

- Rev Epidemiol Sante Publique, 56(3): 159-75. Epub 2008 Jun 10.*Detailed results and comments [online] http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/default.htm [Accessed 07 22 2009].
- 20: Office statistique des Communautés européennes (EUROSTAT), Statistiques de la santé. Chiffres clés sur la santé 2002. Données 1970-2001, 2003, Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes,
- 21: Institut national de la statistique et des études économiques, Tableaux de l'économie française, 2005, Paris: Insee,
- 22: Institut de veille sanitaire, Hôpitaux de Lyon, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Réseau français des registres de cancer. Remontet L, Buemi A, Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000, 2003, . Saint-Maurice : INVS,
- 23: Dennis LK, Analysis of the melanoma epidemic, both apparent and real. Data from the 1973 through 1994 surveillance, epidemiology, and end results program registry, 1999, Arch Dermatol 1999, 135(3):275-80.
- 24: Sancho-Garnier H, Épidémiologie du mélanome, 2005, Réal Thér Dermat Vénérol, 157(Cah 1):9-15.
- 25: Gaudette LA, Gao RN, Évolution des tendances de l'incidence du mélanome et de la mortalité par ce cancer, 2005, Rapports Santé 2005, 10(2):33-46.
- 26: Observatoire régional de la santé de Haute-Normandie, union régionale des médecins libéraux de Haute-Normandie, Villet H, Enquête sur la prise en charge des tumeurs cutanées en Haute-Normandie, 1998, Rouen : ORS de Haute-Normandie,
- 27: Remontet L, Estève J, Bouvier AM, Grosclaude P, Launoy G, Menegoz F, et al, Estimations nationales : tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1978 et 2000. Surveillance du cancer, 2003, BEH 2003, (41-42):190-3.
- 28: Barnhill RL, Mihm MC, Fitzpatrick TB, Sober AJ, Neoplasms : malignant melanoma, 1993, In : Fitzpatrick TB, ed. Dermatology in general medicine. New York: McGraw Hill, p. 1078-115
- 29: Rivers JK, Is there more than one road to melanoma ?, 2004, Lancet, 363(9410):728-30.
- 30: Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Zanetti R, Masini C, et al., Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma : III. Family history, actinic damage and phenotypic factors, 2005, Eur J Cancer, 41(14):2040-59
- 31: Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Abeni D, Boyle P, et al., Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi, 2005, Eur J Cancer, 41(1):28-44
- 32: Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Picconi O, Boyle P, et al., Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure, 2005, Eur J Cancer, 41(1):45-60
- 33: Gallagher RP, Spinelli JJ, Lee TK, Tanning beds, sunlamps, and risk of cutaneous malignant melanoma, 2005, Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 14(3):562-6.
- 34: Wang SQ, Setlow R, Berwick M, Polsky D, Marghoob AA, Kopf AW, et al., Ultraviolet A and melanoma : a review,, J Am Acad Dermatol 2001, 44(5):837-46
- 35: Stern RS, The risk of melanoma in association with long-term exposure to PUVA, 2001, J Am Acad Dermatol, 44(5):755-61
- 36: Lindelöf B, Sigurgeirsson B, Tegner E, Larkö O, Johannesson A, Berne B, et al., PUVA and cancer risk : the Swedish follow-up study, 1999, Br J Dermatol, 141(1):108-12
- 37: Veierød MB, Weiderpass E, Thörn M, Hansson J, Lund E, Armstrong B, et al., A prospective study of pigmentation, sun exposure, and risk of cutaneous malignant melanoma in women, 2003, J Natl Cancer Inst, 95(20):1530-8
- 38: Bataille V, Boniol M, De Vries E, Severi G, Brandberg Y, Sasieni P, et al, A multicentre epidemiological study on sunbed use and cutaneous melanoma in Europe, 2005, Eur J Cancer, 41(14):2141-9
- 39: Raiss M, Templier I, Beani JC,

PUVathérapie et cancers cutanés. Étude rétrospective chez 106 malades ayant reçu des doses élevées de PUVA, 2004, *Ann Dermatol Vénéréol*, 131(5):437-43

40: Fatiha El Ghissassi, Robert Baan, Kurt Straif, Yann Grosse, Béatrice Secretan, Véronique Bouvard et al., A review of human carcinogens - Part D : radiation, août 2009, *The Lancet Oncology*, Vol. 10 No. 8 pp 751-752

41: Watt AJ, Kotsis SV, Chung KC, Risk of melanoma arising in large congenital melanocytic nevi : a systematic review, 2004, *Plast Reconstr Surg*, 113(7):1968-74

42: Marghoob AA, Schoenbach SP, Kopf AW, Orlow SJ, Nossa R, Bart RS, Large congenital melanocytic nevi and the risk for the development of malignant melanoma. A prospective study, 1996, *Arch Dermatol*, 132(2):170-5

43: Berg P, Lindelöf B, Congenital melanocytic naevi and cutaneous melanoma, 2003, *Melanoma Res*, 13(5):441-5

44: DiFronzo LA, Wanek LA, Morton DL, Earlier diagnosis of second primary melanoma confirms the benefits of patient education and routine postoperative follow-up, 2001, *Cancer*, 91(8):1520-4

45: Hemminki K, Zhang H, Czene K, Familial and attributable risks in cutaneous melanoma : effects of proband and age, 2003, *J Invest Dermatol*, 120(2):217-23

46: Chaudru V, Chompret A, Bressac-de Paillerets B, Spatz A, Avril MF, Demenais F, Influence of genes, nevi, and sun sensitivity on melanoma risk in a family sample unselected by family history and in melanoma prone families, 2004, *J Natl Cancer Inst*, 96(10):785-95

47: Newton Bishop JA, Bishop DT, The genetics of susceptibility to cutaneous melanoma, 2005, *Drugs Today*, 41(3):193-203

48: Fazaa B, Zghal M, Bailly C, Zeglaoui F, Goucha S, Mokhtar I, et al., Melanoma in xeroderma pigmentosum : 12 cases, 2001, *Ann Dermatol Vénéréol*, 128(4):503-6

49: Brisson C, Reynaud-Hautin C, Bure E, Chatal M, Hadet-Riegert M, Rafstedt P, et al.,

Etude clinique prospective des nouveaux mélanomes en Vendée, 2003, *Ann Dermatol Venereol*, 130(12 Pt 1):1125-8.

50: Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW, Early detection of malignant melanoma : the role of physician examination and self examination of the skin, 1985, *Cancer J Clin*, 35(3):130-51

51: Thomas L, Tranchand P, Berard F, Secchi T, Colin C, Moulin G, Semiological value of ABCDE criteria in the diagnosis of cutaneous pigmented tumors, 1998, *Dermatology*, 197(1):11-7

52: Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, Institut national du cancer, Société française de dermatologie, La Ligue contre le cancer, Fédération hospitalière de France, Fédération nationale de cancérologie des CHRU, et al., *Recommandations pour la pratique clinique : Standards, options et recommandations 2005 pour la prise en charge des patients adultes atteints d'un mélanome cutané*, 2005, Paris: FNCLCC,

53: Dréno B, L'auto-surveillance de sa peau : prévention efficace des cancers cutanés ?, 2002, In: Avril MF, Brodin M, Dréno B, Dréno P, Gotman A, Jeanmougin M, et al., ed. *Soleil et peaux. Bénéfices, risques et prévention*. Paris: Masson, p. 215-23.

54: Oliveria SA, Dusza SW, Phelan DL, Ostroff JS, Berwick M, Halpern AC, Patient adherence to skin self examination : effect of nurse intervention with photographs, 2004, *Am J Prev Med*, 26(2):152-5.

55: Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW, Early detection of malignant melanoma: the role of physician examination and self examination of the skin, 1985, *Cancer J Clin*, 35(3):130-51

56: Cancer Society of New Zealand, *Skin cancer prevention and early detection. Position Statement*, 2003,, <<http://www.cancernz.org.nz/>> [consulté le 15-08-2009]

57: National Institute of Health, *Diagnosis and treatment of early melanoma. NIH Consensus conference*, 1992, *JAMA*, 268(10):1314-9

58: Phelan DL, Oliveria SA, Christos PJ, Dusza SW, Halpern AC, *Skin self-examination in patients at high risk for melanoma: a pilot study*, 2003, *Oncol Nurs Forum*, 30(6):1029-36

- 59: Hanrahan PF, Hersey P, Menzies SW, Watson AB, D'Este CA, Examination of the ability of people to identify early changes of melanoma in computer altered pigmented skin lesions, 1997, Arch Dermatol, 133(3):301-11
- 60: Robinson JK, Fisher SG, Turrisi RJ, Predictors of skin self-examination performance, 2002, Cancer, 95(1):135-46
- 61: Janda M, Youl PH, Lowe JB, Elwood M, Ring IT, Aitken JF, Attitudes and intentions in relation to skin checks for early signs of skin cancer, 2004, Prev Med, 39(1):11-8
- 62: Muhn CY, From L, Glied M, Detection of artificial changes in mole size by skin self-examination, 2000, J Am Acad Dermatol, 42(5 Pt 1):754-9
- 63: Bonerandi JJ, Grob JJ, Cnudde N, Enel P, Gouvernet J, Campagne de détection précoce du mélanome dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse en 1989. Leçons d'une expérience, 1992, Ann Dermatol Venereol, 119(2):105-9.
- 64: Carli P, De Giorgi V, Palli D, Maurichi A, Mulas P, Orlandi C, et al, Dermatologist detection and skin self examination are associated with thinner melanomas. Results from a survey of the Italian Multidisciplinary Group on Melanoma, 2003, Arch Dermatol, 139 (5):607-12.
- 65: Berwick M, Begg CB, Fine JA, Roush GC, Barnhill RL, Screening for cutaneous melanoma by skin self-examination, 1996, J Natl Cancer Inst, 88(1):17-23
- 66: Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delaunay M, Gouvernet J, Wolkenstein P, et al, Delays in diagnosis and melanoma prognosis (II): the role of doctors, 2000, Int J Cancer, 89(3):280-5
- 67: Richard MA, Grob JJ, Avril M-F, Delaunay M, Thirion X, Wolkenstein P, et al, Melanoma and tumor thickness: challenges of early diagnosis, 1999, Arch Dermatol, 135(3):269-74
- 68: Cassileth BR, Temoshok L, Frederick BE, Walsh WP, Hurwitz S, Guerry D, et al, Patient and physician delay in melanoma diagnosis, 1988, J Am Acad Dermatol, 18(3):591-8
- 69: Baccard M, Chevret S, Chemaly P, Morel P, Délai de diagnostic du mélanome. Etude prospective chez 102 malades, 1997, Ann Dermatol Venereol, 124(9):601-6
- 70: Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delaunay M, Gouvernet J, Wolkenstein P, et al, Delays in diagnosis and melanoma prognosis (I): the role of patients, 2000, Int J Cancer, 20(3):271-9
- 71: Guinot C, Malvy DJM, Latreille J, Ezzedine K, Galan P, Tenehaus M, et al, Sun reactive skin type in 4912 french adults participating in the SU.VI.MAX. study, 2005, Photochem Photobiol, 81(4):934-40
- 72: Buscaylet-Colling S, Richard MA, Gouvernet J, Grob JJ, Prévalence des dermatoses de l'adolescent et de l'adulte jeune [abstract], 1998, Ann Dermatol Venereol, 125(Suppl 3):3S64
- 73: Institut national de la statistique et des études économiques, La France en faits et en chiffres. Données détaillées. Population. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2006, France entière, 2006, INSEE, <http://www.insee.fr/fr/ffc/pop_age2.htm> [consulté le 15-08-2009]
- 74: Ordre National des Médecins, Démographie Médicale. Etude n°37, situation au 01/01/04, 2004, CNOM, <<http://www.conseil-national.medecin.fr/>> [consulté le 3-7-2006]
- 75: Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, A Glios I, Assuring the quality of health care in the European Union, 2008, Organisation Mondiale de la Santé, [consulté à <<http://www.euro.who.int/document/e91397.pdf>> le 18-08-2009]
- 76: FUANT O, La prise en charge de l'hypercholestérolémie : un audit de pratique réalisé par 47 médecins généralistes lorrains, Thèse n°67, 2003, Faculté de Médecine de Nancy - Université Henri Poincaré, NANCY I, pp.88-96
- 77: Haute Autorité de Santé, L'EPP en 9 Questions – Réponses, 2009, HAS, [<http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_465639/evaluation-des-pratiques-professionnelles> consulté le 18-08-2009]
- 78: Agence Nationale d'Évaluation et d'Accréditation en Santé, L'AUDIT CLINIQUE - BASES MÉTHODOLOGIQUES DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES

PROFESSIONNELLES, Avril 1999, ANAES - Service Évaluation en Établissements de Santé, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/audit_clinique.pdf] consulté le 18-08-2009]

79: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Revue de pertinence des soins - Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation, novembre 2004, diffusé par la Haute Autorité de Santé, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Revue_pertinence_soins_guide.pdf] consulté le 18-08-2009]

80: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Chemin clinique - Une méthode d'amélioration de la qualité, juin 2004, diffusé par la Haute Autorité de Santé, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chemin%20clinique_guide.pdf] consulté le 18-08-2009]

81: Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, CONSTRUCTION ET UTILISATION DES INDICATEURS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ - PRINCIPES GÉNÉRAUX, mai 2002, ANAES, [<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/indicateurs.pdf>] consulté le 18-08-2009]

82: Haute Autorité de Santé, Registres, observatoires, bases de données et évaluation des pratiques professionnelles, mai 2008, HAS, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/registres_observatoires_bases_de_donnees_vf_2008_06_02__14_08_19_806.pdf] consulté le 18-08-2009]

83: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Maîtrise statistique des processus en santé Comprendre et expérimenter, décembre 2004, diffusé par la Haute Autorité de Santé, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Maitrise_statistique_processus_guide.pdf] consulté le 19-08-2009]

84: HAS, Organismes agréés pour l'EPP, 2009, HAS, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_435723/organismes-agrees-pour-l-epp

85: Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale, L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique, 1994, Paris : ANDEM, ANDEM

86: Molinari M, Doumenc M, Lafont-Picton MJ et al, L'évaluation en médecine ambulatoire - IV, 1992, Le concours médical, 114, 18 : pp1591-1593

87: Durieux P, Ravaud P, Chaix C, Durand-Zaliski I, La formation médicale continue améliore-t-elle le comportement des médecins ?, 1999, La presse médicale, 28, 9 : pp 468-472

88: Headrick LA, Speroff T, Pelecanos HI, Cebul RD, Efforts to improve compliance with the National Cholesterol Education Program guidelines. Results of a randomised controlled trial, 1992, Archives of internal medicine, 152, 12 : 2490 - 2496

89: Le Goaziou MF, Théron E, Evaluation de la formation médicale continue par l'audit. l'exemple de la cystite simple en médecine générale, 2003, La Revue du Praticien - Médecine Générale, 15, 533 : pp 755-759

90: Engler E, Evaluation de l'application des recommandations sur l'antibiothérapie des infections ORL et respiratoires en médecine ambulatoire : résultats du premier tour d'un audit de pratique réalisé par 189 médecins généralistes et pédiatres de Lorraine pendant la période hivernale 2003-2004, thèse n°42, 2005, Nancy : Faculté de Médecin - Université Henri Poincaré Nancy I, p 75

VIII. ANNEXES

1. Annexe I : Facteurs de risques de survenue d'un mélanome

Source : HAS, Stratégie de diagnostic précoce du mélanome : recommandation en santé publique, octobre 2006

Les facteurs de risques suivants augmentent le risque (risque multiplié par deux) de survenue d'un mélanome :

Facteurs " constitutionnels" :

- Nombre de nævus atypiques supérieur à 2

- *définition du nævus atypique : nævus ayant une composante maculeuse sur au moins une zone, en association à 3 des critères suivants : bordures mal définies, taille ≥ 5 mm, polychromie, contours irréguliers, présence d'un érythème*

- Lésions mélanocytaires (nævus communs) > 40

- Antécédent personnel ou familiaux de mélanome

- Phototype I (coups de soleil fréquent, absence de bronzage)

- Cheveux roux ou blonds, couleur de peau claire

- Éphélides (taches de rousseur) nombreuses

- Nævus congénital géant (diamètre supérieur à 20 cm)

Facteurs liés au mode de vie du patient :

- Sujet ayant vécu dans des pays très ensoleillés (exposition solaire aiguë et intense) de par leur profession ou activité de loisirs, antécédents de brûlure solaire

- Sujets ayant exercé un métier en extérieur (pour le mélanome de Dubreuilh uniquement)

Autres facteurs de risque à prendre en compte :

- Antécédent personnel de cancer cutané autre qu'un mélanome

- Antécédent d'exérèse d'une lésion cutanée

- Traitements immunosuppresseurs

2. Annexe II : Glossaire

Derme :	Tissu de soutien de la peau situé entre l'épiderme au-dessus et l'hypoderme en dessous
Éphélides	Petites taches brunes sans relief à contour irrégulier souvent sur le haut du dos, apparaissant après une brûlure solaire ou après des expositions répétées aux UV
Héliodermite chronique :	Sénescence prématurée de la peau du fait de l'exposition solaire
Hypoderme :	Couche la plus profonde de la peau située sous le derme. composée de tissu adipeux sous forme de lobules séparés par des travées conjonctives où circulent les vaisseaux sanguins
Indice de Breslow :	C'est l'épaisseur de la tumeur mesurée sur la pièce d'exérèse de la couche granuleuse de l'épiderme à la partie profonde de la tumeur avec un oculaire micrométrique. La couche granuleuse est une des cinq couches de l'épiderme, de la moins profonde à la plus profonde : couche cornée, couche claire, couche granuleuse, couche épineuse, couche basale.
Nævus	Hyperplasie des mélanocytes circonscrite et bénigne au niveau de la peau. Les nævus apparaissent et croissent pendant les 30 premières années de la vie
Nævus atypique	Nævus ayant une composante maculeuse sur au moins une zone, en association à 3 des critères suivants : bordures mal définies, taille ≥ 5 mm, polychromie, contours irréguliers, présence d'un érythème
Nævus congénital géant	Nævus présent à la naissance dont le diamètre est >20 cm ou dont la superficie est égale à 2 % de la surface corporelle
Phototype cutané de type I	Personne dont la sensibilité au soleil se traduit par des coups de soleil constants jamais suivis de pigmentation

3. Annexe III : Modes d'organisations de l'EPP

a) Revue de mortalité et de morbidité (RMM)

i) OÙ mettre en oeuvre?

En établissement de santé, dans un réseau de santé, au sein de groupes d'analyse de pratiques entre pairs, quel que soit le secteur d'activité.

ii) de QUOI s'agit-il ?

Une revue de morbidité et de mortalité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

L'analyse systémique, menée lors de la RMM, est une analyse globale de la situation, prenant en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction ayant contribué à la prise en charge d'un patient. De ce fait, elle permet de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou des individus. A l'issue de cette analyse des enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes peuvent être tirés afin de mener des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Il s'agit de décrire les faits et d'analyser des situations s'étant produites, pour apprendre et comprendre afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins, sans porter de jugement sur les personnes, ni rechercher un coupable ou un responsable.

iii) QUI peut le faire ?

L'équipe médico-soignante qui regroupe des professionnels qui travaillent habituellement ensemble et qui contribuent à la prise en charge d'un patient.

b) Les Réseaux de Santé

i) OÙ mettre en place un réseau ?

Partout où existe la nécessité d'une coordination optimale des différents intervenants (établissements de santé, professions de santé, travailleurs sociaux, groupes de patients) de la prise en charge optimale de pathologies lourdes, chroniques ou d'évolution fatale ; ou pour assurer une prise en charge optimale des populations à risque.

ii) de QUOI s'agit-il ?

Les réseaux déploient auprès des professionnels de santé et des patients : une expertise clinique pluridisciplinaire au lit du patient, des outils de partage d'information, des réunions pluridisciplinaires... La participation active à un réseau de santé permet de remplir son obligation d'EPP.

iii) QUI peut le faire ?

Les professionnels de santé qui souhaitent organiser leur exercice pour proposer une prise en charge "sécurisée" pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle.

c) Le groupe d'analyse des pratiques entre pairs

i) OÙ mettre en oeuvre ?

Dans le secteur libéral

ii) de QUOI s'agit-il ?

Plusieurs médecins se réunissent 6 à 8 fois par an, pour analyser les problèmes soulevés dans leurs dossiers en comparaison à des données référencées

iii) QUI peut le faire ?

Un individu qui s'engage à respecter le bon fonctionnement d'un groupe et à fonder ses pratiques sur des données référencées

d) L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé

i) OÙ mettre en oeuvre ?

En exercice de groupe, ambulatoire, libéral ou salarié

ii) de QUOI s'agit-il ?

D'organiser un exercice ambulatoire coordonné autour d'un projet de soins commun comprenant la mise en œuvre et le suivi de protocoles, en référence aux recommandations, dans un but d'amélioration des pratiques et des soins délivrés aux patients

iii) QUI peut le faire ?

Un groupe mono ou pluri-professionnels de médecins et de professionnels de santé

e) Le Staff-EPP des équipes hospitalières

i) OÙ mettre en oeuvre ?

En établissements de santé publics ou privés

ii) de QUOI s'agit-il ?

De réunions régulières (tous les 2 à 3 mois environ) entre professionnels qui, après une revue de dossiers associée à une revue bibliographique (ou vice-versa), identifient un (ou des) enjeux d'amélioration à mettre en œuvre en intégrant les meilleures références disponibles, l'expertise des praticiens et les choix des patients

iii) QUI peut le faire ?

Les membres des équipes médico-soignantes

f) La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en oncologie (RCP)

i) OÙ mettre en oeuvre ?

En établissements de santé, centres de Coordination en Cancérologie, réseaux régionaux

ii) de QUOI s'agit-il ?

Donner un avis thérapeutique pluridisciplinaire pour tous les nouveaux patients atteints de cancer

iii) QUI peut le faire ?

Les médecins prenant en charge des patients atteints de cancer

4. Annexe IV : Textes de loi concernant le Développement Professionnel Continu

Code de la santé publique, quatrième partie : Professions de santé, Livre préliminaire : Dispositions communes, Titre II : Gestion des fonds du développement professionnel continu des professionnels de santé, Chapitre unique (Article L4021-1)

Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 59 (V)

La gestion des sommes affectées au développement professionnel continu, y compris celles prévues le cas échéant par les conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, est assurée, pour l'ensemble des professions de santé, par l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu. Cet organisme est doté de la personnalité morale. Il est administré par un conseil de gestion.

L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu assure la gestion financière des actions de développement professionnel continu et est notamment chargé de déterminer les conditions d'indemnisation des professionnels de santé libéraux et des centres de santé conventionnés participant aux actions de développement professionnel continu.

L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu peut comporter des sections spécifiques à chaque profession.

Les modalités d'application du présent article, notamment les règles de composition du conseil de gestion de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, les modalités de création de sections spécifiques et les règles d'affectation des ressources à ces sections, sont fixées par voie réglementaire.

NOTA: Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 article 59 XXIV : Le présent article entre en vigueur à la date d'effet de la convention prévue au XXI (Date d'entrée en vigueur indéterminée).

Code de la santé publique, quatrième partie : Professions de santé, Livre Ier : Professions médicales, Titre III : Profession de médecin, Chapitre III : Développement professionnel continu (Articles L4133-1 à L4133-7)

Article L4133-1

Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 59 (V)

Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins.

NOTA: Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 article 59 XXIV : Le présent article entre en vigueur à la date d'effet de la convention prévue au XXI (Date d'entrée en vigueur indéterminée).

Article L4133-1-1

Modifié par Ordonnance n°2005-804 du 18 juillet 2005 - art. 13 JORF 19 juillet 2005

L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que pour les médecins mentionnés à l'article L. 6155-1 et les médecins exerçant dans les établissements de santé privés.

Il est satisfait à cette obligation par la participation du médecin à un des dispositifs prévus à l'article L. 4134-5 ou à un des dispositifs agréés dans des conditions fixées par décret.

Le non-respect par un médecin de l'obligation lui incombant au titre du présent article l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 145-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Préalablement au dépôt de la requête, le médecin est informé des faits qui lui sont reprochés. À compter de cette notification, le médecin dispose d'un délai d'un mois pour faire connaître ses observations et pour s'engager à participer à une action d'évaluation et d'amélioration de la qualité de sa pratique professionnelle dans un délai de six mois. Les poursuites sont suspendues et, le cas échéant, abandonnées s'il est constaté que le médecin a respecté son engagement.

Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

NOTA: Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 article 59 XXIV : Le présent article entre en vigueur à la date d'effet de la convention prévue au XXI (Date de fin de vigueur indéterminée).

Article L4133-2

Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 59 (V)

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités selon lesquelles :

1° Les médecins satisfont à leur obligation de développement professionnel continu ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées à ce titre ;

2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, après évaluation par une commission scientifique indépendante, enregistre l'ensemble des organismes concourant à l'offre de développement professionnel continu et finance les programmes et actions prioritaires.

Un décret fixe les missions, la composition et les modalités de fonctionnement de la commission scientifique indépendante.

NOTA: Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 article 59 XXIV : Le présent article entre en vigueur à la date d'effet de la convention prévue au XXI (Date d'entrée en vigueur indéterminée).

Article L4133-3

Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 59 (V)

Les instances ordinales s'assurent du respect par les médecins de leur obligation de développement professionnel continu des médecins.

NOTA: Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 article 59 XXIV : Le présent article entre en vigueur à la date d'effet de la convention prévue au XXI (Date d'entrée en vigueur indéterminée).

Article L4133-4

Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 59 (V)

Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux médecins salariés de respecter leur obligation de développement professionnel continu dans les conditions fixées par le présent code.

NOTA: Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 article 59 XXIV : Le présent article entre en vigueur à la date d'effet de la convention prévue au XXI (Date d'entrée en vigueur indéterminée).

Article L4133-5

Créé par Loi n°2006-1668 du 21 décembre 2006 - art. 8 JORF 27 décembre 2006

Une convention passée entre l'Etat et le conseil national de l'ordre des médecins fixe les modalités selon lesquelles le fonctionnement administratif et financier des conseils de la formation médicale continue ainsi que du comité de coordination de la formation médicale continue est assuré, à l'échelon national, par le conseil national et, à l'échelon régional, par les conseils régionaux ou interrégionaux de l'ordre des médecins.

NOTA: Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 article 59 XXIV : Le présent article entre en vigueur à la date d'effet de la convention prévue au XXI (Date de fin de vigueur indéterminée).

Article L4133-6

Modifié par Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 98 JORF 11 août 2004

Les employeurs publics et privés de médecins salariés mentionnés à l'article L. 4133-2 sont tenus de prendre les dispositions permettant à ces médecins d'assumer leur obligation de formation dans les conditions fixées par le présent code.

Pour les employeurs visés à l'article L. 950-1 du code du travail, les actions de formation sont financées dans le cadre des dispositions prévues aux articles L. 951-1 et L. 952-2 du même code.

Pour les agents sous contrat de droit public ou titulaires des fonctions publiques d'Etat et territoriale, les actions sont financées dans le cadre de la formation professionnelle selon les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

NOTA: Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 article 59 XXIV : Le présent article entre en vigueur à la date d'effet de la convention prévue au XXI (Date de fin de vigueur indéterminée).

Article L4133-7

Modifié par Ordonnance n°2007-1801 du 21 décembre 2007 - art. 11

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent chapitre, notamment la composition des conseils nationaux et du conseil régional de la formation médicale continue, ainsi que le conseil régional compétent pour Saint-Pierre-et-Miquelon et le conseil régional compétent pour Mayotte, les principes généraux que devront appliquer les conseils nationaux pour fixer les critères d'agrément des organismes formateurs, les modalités d'organisation de la validation de l'obligation de formation.

NOTA: Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 article 59 XXIV : Le présent article entre en vigueur à la date d'effet de la convention prévue au XXI (Date de fin de vigueur indéterminée).

Code de la sécurité sociale, Partie législative, Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base, Titre 4 : Expertise médicale - Contentieux – Pénalités, Chapitre 5 : Contentieux du contrôle technique, Section 1 : Dispositions générales, Sous-section 1 : Dispositions générales relatives aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes.

Article L145-1

Modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 62 JORF 5 mars 2002

Modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 74 JORF 5 mars 2002

Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, sont soumis en première instance à une section de la chambre disciplinaire de première instance des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes dite section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et, en appel, à une section de la chambre disciplinaire nationale du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, dite section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des sages-femmes.

Article L145-2

Modifié par Loi 2007-127 2007-01-30 art. 20 1° JORF 1er février 2007

Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou par la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes sont :

- 1°) l'avertissement ;
- 2°) le blâme, avec ou sans publication ;
- 3°) l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux ;

4°) dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus.

Les sanctions prévues aux 3° et 4° ci-dessus peuvent faire l'objet d'une publication.

Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification au praticien d'une sanction assortie du sursis et devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3°, elle peut décider que la sanction pour la partie assortie du sursis devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.

Est considérée comme non avenue une sanction, pour la partie assortie du sursis, lorsque le praticien sanctionné n'aura commis aucune nouvelle faute suivie d'une sanction dans le délai fixé à l'alinéa précédent.

Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les peines prévues à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut être seule mise à exécution.

Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu au 3° du premier alinéa, ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les soins des organismes de sécurité sociale.

Article L145-2-1

Modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 62 JORF 5 mars 2002

Modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 74 JORF 5 mars 2002

Les sanctions prévues au 1° et au 2° de l'article L. 145-2 entraînent la privation du droit de faire partie du conseil départemental, du conseil régional ou interrégional ou du Conseil national de l'ordre pendant une durée de trois ans. La sanction prévue au 3° du même article, qu'elle soit ou non assortie du sursis, ainsi que la sanction prévue au 4° de cet article, entraînent la privation de ce droit à titre définitif.

La décision de sursis est sans effet sur les incapacités prévues à l'alinéa qui précède.

Après qu'un intervalle de trois ans se sera écoulé depuis une décision définitive d'interdiction permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux, le praticien frappé de cette sanction pourra être relevé de l'incapacité en résultant par une décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance qui a prononcé la sanction.

Lorsque la demande aura été rejetée après examen au fond, elle ne pourra être représentée qu'après un nouveau délai de trois années.

Article L145-3

Modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 62 JORF 5 mars 2002

Modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 74 JORF 5 mars 2002

Tout praticien qui contrevient aux décisions de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section disciplinaire du conseil national ou de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, en donnant des soins à un assuré social alors qu'il est privé du droit de le faire, est tenu de rembourser à l'organisme de sécurité sociale le montant de toutes les prestations médicales, dentaires, pharmaceutiques ou autres que celui-ci a été amené à payer audit assuré social du fait des soins que le praticien a donnés ou des prescriptions qu'il a ordonnées.

Article L145-4

Modifié par Loi 2002-303 2002-03-04 art. 74 I, II JORF 5 mars 2002

Modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 74 JORF 5 mars 2002

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles les dispositions du présent chapitre sont étendues et adaptées aux difficultés nées de l'exécution du contrôle des services techniques en ce qui concerne les pharmaciens et les auxiliaires médicaux autres que ceux visés à l'article L. 4391-1 du code de la santé publique.

Il édicte également les mesures nécessaires à l'application des dispositions du présent chapitre et fixe notamment les règles de la procédure.

Article L145-5

Modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 74 JORF 5 mars 2002

Les décisions rendues par les sections des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins, du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou conseil national de l'ordre des sages-femmes et du conseil national de l'ordre des pharmaciens ne sont susceptibles de recours que devant le Conseil d'Etat, par la voie du recours en cassation.

5. Annexe V : Guide méthodologique du GLAM

6. Annexe VI : Lettre d'invitation à l'audit

7. Annexe VII : Argumentaire de l'audit

8. Annexe VIII : Grille de réponse à l'audit

9. Annexe IX : Chevalet

VU

NANCY, le 2 septembre 2009
Le Président de Thèse

NANCY, le 14 septembre 2009
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur J.L. SCHMUTZ

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 17 septembre 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

But : Comparer les pratiques des médecins généralistes lorrains et les recommandations de la HAS concernant la prévention et le diagnostic précoce du mélanome chez le sujet à risque. Identifier les voies possibles d'une amélioration de ces pratiques.

Protocole : Audit d'évaluation des pratiques professionnelles selon la méthodologie établie par le Groupe Lorrain d'Audit Médical.

Lieu de l'étude : Audit destiné aux médecins généralistes lorrains.

Patients : Les médecins répondant à l'audit incluaient les patients de plus de 20 ans, ayant consulté au moins 3 fois au cours des 2 dernières années, faisant partie des patients à risque selon les critères établis par le GLAM à partir des recommandations de la HAS. 300 patients ont été inclus par l'ensemble des médecins.

Intervention : Un audit sous forme d'une grille (à compléter par le médecin audité) a été envoyé par voie postale à l'ensemble des médecins généralistes lorrains (2253 médecins).

Critères de jugement : Pour chaque critère de la grille d'audit, des objectifs ont été fixés préalablement.

Résultats : La participation à l'audit est faible, 16 médecins ont répondu à la proposition d'audit. Les résultats des pratiques analysées ne sont pas conformes aux recommandations, sauf sur un point : les patients à risque savent qu'ils doivent être vigilants quant à l'apparition ou à la modification d'une lésion cutanée pigmentée. Il existe des différences de performances entre les pratiques des participants et au sein des performances de chaque participant.

Conclusions : Des actions de formations seront menées pour inciter les médecins à noter le sur-risque de mélanome des patients dans leurs dossiers médicaux, à informer leurs patients de leur éventuel sur-risque de mélanome, à informer les patients sur les conseils de prévention, à adresser leurs patients à risque spécifique chez un dermatologue (ou un chirurgien en cas de lésion suspecte). Un deuxième tour d'audit sera réalisé par le GLAM.

TITRE EN ANGLAIS

Screening and early detection of melanoma : clinical practices audit in general practitioners from Lorraine (France), results of first round

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2009

MOTS CLEFS

mélanome, évaluation, audit, diagnostic précoce, dépistage, recommandations

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R.

Faculté de Médecine de Nancy

9 avenue de la forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX