

RAPPORT D'ORIENTATION

**Facteurs de retard au diagnostic
du mélanome cutané**

Juillet 2012

Version Finale Edition

Ce rapport d'orientation est téléchargeable sur
www.has-sante.fr et www.e-cancer.fr

Haute Autorité de Santé
Service documentation – Information des publics
2 avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : + 33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : + 33 (0)1 55 93 74 00

Institut National du Cancer
52, avenue André Morizet, 92513 Boulogne Billancourt Cedex
Tél. : 33 (0)1 41 10 50 00 Télécopie : 33 (0)1 41 10 50 20

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en juillet 2012.
© Haute Autorité de Santé – 2012

Sommaire

Sommaire.....	3
Synthèse des données : littérature, enquête, avis du groupe de travail	5
1. Dépistage du mélanome cutané	5
2. Identification des populations a risque	6
3. Impact de l'information de la population sur le risque solaire	6
4. Facteurs de retard au diagnostic.....	6
4.1. Facteurs liés au patient	6
4.2. Facteurs liés au médecin généraliste.....	6
4.3. Facteurs liés au dermatologue.....	7
4.4. Facteurs liés au type de mélanome cutané	7
5. Conclusion.....	7
6. Perspectives	8
Contexte et méthode	10
1. Contexte.....	10
2. Objectifs du travail.....	11
3. Méthodologie.....	11
3.1. Modalités d'élaboration	11
3.2. Analyse de la littérature.....	11
3.3. Groupe de travail.....	12
3.4. Enquêtes de pratique	12
3.5. Données démographiques	13
Argumentaire.....	14
1. Actualisation de la littérature.....	14
1.1. Épidémiologie du mélanome cutané.....	14
1.2. Recommandations professionnelles	15
1.3. Méta-analyses.....	15
1.4. Revues systématiques.....	16
1.5. Études randomisées	16
1.6. Études de cohortes françaises.....	16
1.7. Données médico-économiques françaises	17
1.8. Conclusion de l'actualisation de la littérature	17
2. Enquêtes.....	18
2.1. Enquête auprès des médecins généralistes	18
2.2. Enquête auprès des dermatologues	20
3. Données démographiques.....	20
3.1. Densité des dermatologues en fonction de la région et du secteur d'exercice.....	20
3.2. Impact potentiel de la démographie médicale sur l'accès au dermatologue	22

4. Avis du groupe de travail	23
4.1. Objectif.....	23
4.2. Évaluation de l'efficacité différentielle des filières « médecins généralistes » versus « dermatologues ».....	23
4.3. Évaluation de l'impact du retard au diagnostic	24
4.4. Évaluation de l'identification et du pronostic du mélanome cutané à croissance rapide	24
4.5. Évaluation des connaissances et pratiques des médecins généralistes en termes de détection précoce des cancers de la peau	24
4.6. Évaluation par voie d'enquête de la faisabilité d'une plage horaire spécifique auprès des dermatologues adhérents au SNDV	25
4.7. Évaluation par une enquête auprès du médecin généraliste du temps d'accès au dermatologue pour ses patients	25
4.8. Évaluation par voie d'enquête auprès de la population générale du temps d'accès à une consultation de dermatologie et leur facilité d'accès.....	26
4.9. Impact de la démographie médicale sur l'accès aux dermatologues	26
4.10. Évaluation de la prise en charge du mélanome cutané avant/après mise en place du parcours de soins.....	26
4.11. Rôle des patients dans le retard d'identification (analyse des délais d'identification et de prise en charge).....	27
4.12. Épaisseur du mélanome (indice de Breslow) lorsque le diagnostic a été posé par un dermatologue versus un médecin généraliste.....	27
5. Limites du travail.....	28
6. Perspectives	28
6.1. Actions ayant été mises en œuvre.....	28
6.2. Actions toujours en cours de développement	29
6.3. Actions à venir.....	29
Annexe 1. Composition du groupe de travail.....	30
Annexe 2. Coordination du projet et élaboration du rapport.....	31
Annexe 3. Bibliographie	32

Synthèse des données : littérature, enquête, avis du groupe de travail

Le mélanome cutané est observé dans toutes les catégories d'âge, de l'enfance à un âge avancé, et le pic d'incidence se situe entre 50 et 64 ans chez l'homme et entre 15 et 64 ans chez la femme (1). Sa détection précoce est la meilleure chance de guérison, car elle permet d'intervenir avant la phase d'extension métastatique. Seul le diagnostic de mélanome cutané *in situ* (stade précoce du mélanome cutané) et de mélanome cutané de faible épaisseur (mesuré par l'indice de Breslow) pourrait permettre de diminuer la mortalité liée à ce cancer. En effet, le taux de survie à 5 ans se situe entre 91 % et 95 % lorsque l'indice de Breslow est < 1 mm et est de 63-79 % lorsqu'il est compris entre 2 et 4 mm (2).

1. Dépistage du mélanome cutané

En 2006, la Haute Autorité de Santé (HAS) estimait que le mélanome cutané ne répondait pas aux critères de mise en place d'un dépistage systématique organisé (2) :

- absence de lésion précancéreuse identifiable (on ne peut connaître le stade de gravité du mélanome cutané sur le seul aspect clinique/il n'existe aucune corrélation entre le diamètre du mélanome cutané et son stade de gravité) ;
- données épidémiologiques incomplètes et suggérant que la prévalence du mélanome cutané est faible par comparaison à d'autres cancers pour lesquels un dépistage systématique a été mis en place ou est envisagé (cancer du sein, cancer du col de l'utérus, cancer colorectal) ;
- modélisation de l'efficacité et du rapport coût/efficacité impossible à construire du fait des nombreuses données manquantes.

Une recommandation néo-zélandaise publiée en 2008 (3) a conclu que le dépistage du mélanome cutané ne diminuait pas la mortalité spécifique liée à ce cancer cutané et à la non-pertinence de son dépistage en population générale. En 2010, aucun pays n'a mis en œuvre de dépistage du mélanome cutané en dehors de l'Allemagne (4) où un dépistage opportuniste des cancers cutanés, dont le mélanome cutané, a été mis en place sur l'ensemble du territoire national en 2008.

Pour optimiser la stratégie de diagnostic précoce du mélanome cutané, la HAS identifiait en 2006, comme acteurs de cette stratégie, les intervenants suivants (2) :

- le patient qui consulte son médecin pour une lésion suspecte ou parce qu'il s'identifie comme sujet à risque de mélanome cutané ;
- le médecin traitant qui identifie les patients à risque ou qui identifie une lésion suspecte à l'occasion d'une consultation ;
- le dermatologue qui confirme ou non la suspicion diagnostique de mélanome cutané ;
- le pathologiste qui confirme ou non le diagnostic de mélanome cutané.

Elle préconisait la mise en œuvre d'un parcours de soins avec identification des populations à risque afin que celles-ci puissent être adressées pour une surveillance régulière à un dermatologue.

L'actualisation des données de la littérature ne remet pas en cause ces recommandations et le parcours de soins préconisé pour les sujets à haut risque.

2. Identification des populations à risque

Les données d'actualisation de la littérature confirment celles du rapport HAS 2006 (2), le risque de mélanome cutané est augmenté chez les sujets :

- ayant un phototype cutané de type I ou II, une peau claire, des cheveux roux ou blonds, des yeux de couleur claire, des éphélides, de nombreux grains de beauté (nombre > 40), des nævus atypiques, un nævus congénital géant (de diamètre > 20 mm) ;
- ayant eu des coups de soleil, quel que soit l'âge auquel ils sont survenus, ou ayant été soumis aux UV artificiels (notamment avant l'âge de 35 ans) ;
- ayant des dommages actiniques ou des antécédents personnels ou familiaux de mélanome cutané.

Sur l'ensemble de ces facteurs de risque de mélanome cutané, ceux qui ont le risque relatif le plus élevé sont ceux sur lesquels il n'est pas possible d'agir, étant donné qu'ils sont liés à des caractéristiques phénotypiques ou à des facteurs génétiques.

Le risque lié à l'exposition solaire ou aux UV artificiels est le seul facteur de risque sur lequel il est possible d'intervenir en sensibilisant les populations à la protection vis-à-vis de ce risque.

3. Impact de l'information de la population sur le risque solaire

La faible reproductibilité de l'auto-évaluation par questionnaire des facteurs de risque de mélanome cutané entre le patient et le dermatologue confirme la méconnaissance des facteurs de risque de mélanome cutané par la population. Il est donc urgent d'élaborer des stratégies d'information et d'éducation de la population à la reconnaissance des lésions suspectes et à la prévention du risque solaire.

Cependant les données de la littérature montrent que l'impact des campagnes d'information grand public sur la prévention du risque solaire est faible, quels que soient les moyens utilisés. Si elle améliore de façon significative la connaissance des personnes sur la prévention du mélanome cutané, elle modifie rarement leur comportement vis-à-vis du risque solaire.

4. Facteurs de retard au diagnostic

4.1. Facteurs liés au patient

Les données de la littérature montrent que les facteurs ayant retardé la consultation d'un sujet ayant une lésion cutanée suspecte (qu'elle soit identifiée par lui ou par son médecin traitant) étaient : l'apparence de non-évolutivité de la lésion, l'absence de signes généraux, la méconnaissance de l'urgence, la négligence, l'absence de douleur, le manque de motivation, la peur du résultat, une information insuffisante et le manque de temps.

4.2. Facteurs liés au médecin généraliste

Les données de la littérature montrent que la formation des médecins généralistes est suivie par une augmentation du nombre de mélanomes identifiés et par une diminution de leur épaisseur (indice de Breslow). Cependant comme pour toutes les formations elle nécessite d'être répétée à intervalle régulier pour maintenir son efficacité.

Concernant leur formation et leur niveau de connaissance, les médecins généralistes déclarent avoir une connaissance qu'ils jugent globalement suffisante à l'égard de la prévention et de la détection précoce des cancers de la peau mais estiment que cette connaissance est améliorable et sont demandeurs d'une formation complémentaire sur cette thématique.

Concernant leurs pratiques :

- les médecins généralistes orientent de manière quasi systématique leur patient chez le dermatologue en cas de détection de lésion cutanée suspecte ;
- le parcours de soins n'a ni modifié leur pratique ni ajouté une charge de travail inutile, et ils estiment qu'il ne retarde pas le diagnostic du mélanome cutané ;

- ils examinent le revêtement cutané de leurs patients mais ne les déshabillent pas systématiquement complètement, notamment en cas de consultation pour un autre motif qu'un problème dermatologique ;
- ils connaissent les critères d'identification d'une lésion suspectée d'être un mélanome cutané mais pas leur hiérarchisation ;
- ils ne maîtrisent pas l'ensemble des facteurs de risque, ce qui peut être à l'origine de la non-identification des patients à risque de mélanome cutané.

Les données de l'enquête de pratique ne remettent pas en cause les conclusions du rapport HAS 2006 (2) qui préconisait de renforcer la formation des médecins au diagnostic précoce, à la sémiologie des mélanomes cutanés et à l'identification des patients à risque.

4.3. Facteurs liés au dermatologue

Les dermatologues ont une compétence dans le dépistage du mélanome cutané corrélée à leur formation spécifique et à leur expérience pratique. Ils disposent d'un outil performant, la dermoscopie, qui, sous réserve d'une formation à la sémiologie des images dermoscopiques de mélanome cutané, augmente la performance diagnostique. L'actualisation de la littérature confirme les données du rapport HAS sur la dermoscopie (sensibilité et spécificité plus élevées que l'examen cutané à l'œil nu) (5).

L'ensemble des dermatologues interrogés dans le cadre d'une enquête pilotée par le Syndicat National des Dermatologues-Vénéréologues (SNDV) a déclaré être en capacité de recevoir dans un délai de moins de 3 semaines un patient ayant une lésion suspectée d'être un mélanome cutané.

Cependant il est nécessaire de prendre en compte deux éléments qui peuvent limiter l'accès au dermatologue :

- les disparités démographiques de ces spécialistes sur le territoire national ;
- les dépassements d'honoraires qui peuvent être un frein à l'accès à ce type de consultation.

4.4. Facteurs liés au type de mélanome cutané

Les données d'actualisation de la littérature montrent que les mélanomes cutanés à croissance rapide auraient des caractéristiques de développement différentes des mélanomes à croissance plus lente comme le mélanome SSM (*Spreading superficial melanoma*) (notamment description clinique et typologie de la population) :

- de type nodulaire (symétrique, surélevé, achromique et à bord régulier) ;
- découverts à un stade tardif (indice de Breslow > 3 mm), ayant un index mitotique élevé, ou présentant des ulcérations ;
- préférentiellement observés chez les hommes, les personnes âgées (> 65 ans), les patients ayant un petit nombre de nævus, les patients ayant peu d'éphélides ;
- associés à un taux de survie à 5 ans plus bas.

Si cette hypothèse était confirmée par d'autres études, notamment randomisées, cela nécessiterait de définir la population à risque de mélanome à croissance rapide afin de pouvoir identifier le plus précocement possible dans son développement ce type de mélanome cutané.

5. Conclusion

L'Institut national du cancer (INCa) a mis en place un groupe de travail pour évaluer l'impact du parcours de soins sur un éventuel retard au diagnostic du mélanome cutané. Aucun argument dans la littérature ne vient confirmer cette hypothèse et les études publiées montrent que :

- concernant les mélanomes cutanés épais au moment de leur exérèse, la valeur de l'indice de Breslow est davantage corrélée à la cinétique de croissance du mélanome (mélanome dit à croissance rapide) qu'au cumul des retards au diagnostic liés au patient et/ou au médecin ;

- les dermatologues n'ont pas accès à l'ensemble de la population à risque, soit du fait d'une répartition inhomogène des dermatologues sur le territoire national, soit du fait que certaines populations à risque comme par exemple les personnes âgées consultent en première intention leur médecin traitant ;
- les médecins de premier recours, sous réserve d'une formation complémentaire, concourent à l'identification des patients à risque de mélanome et améliorent leur pertinence en ce qui concerne l'identification des lésions mélanocytaires suspectes.

La HAS concluait en 2006 de ne pas mettre en place un programme de dépistage organisé du mélanome en France (à l'exception de l'Allemagne, aucun autre pays n'a mis en place en 2010 un dépistage organisé du mélanome cutané) (2). Elle préconisait d'identifier les populations à risque afin que celles-ci puissent être adressées pour une surveillance régulière à un dermatologue. Elle précisait que l'identification des patients à risque peut être faite par les médecins généralistes, qui sont des médecins de premier recours, et que l'information des médecins généralistes et de la population sur les facteurs de risque de mélanome cutané était un élément clé de la stratégie de diagnostic précoce.

- Des expériences pilotes en région (réseau Mélanome Ouest, réseau mélanome OMECHA : Observatoire des mélanomes en Champagne-Ardenne) ont montré le rôle complémentaire que peut apporter le médecin généraliste dans l'identification des sujets à risque et le diagnostic de lésions suspectes.
- Compte tenu de la démographie médicale française et du parcours de soins coordonné mis en place depuis 2004, prenant en compte le fait que les médecins généralistes ont une patientèle de tous âges et notamment de sujets de plus de 60 ans, l'hypothèse est posée que les médecins généralistes auront l'opportunité d'identifier plus facilement un mélanome cutané dans la population âgée que les dermatologues.
- Les lésions identifiées par les patients ayant tendance à être plus épaisses et avec un moins bon pronostic, il est important de renforcer le rôle du médecin généraliste et d'inciter ces derniers à déshabiller les patients afin de réaliser un examen clinique cutané complet (dans l'enquête BVA [voir 2. Enquêtes] 46 % des médecins généralistes déclarent déshabiller entièrement leurs patients et 24 % déclarent faire un examen cutané complet incluant l'examen des organes génitaux externes).

L'intervention active des médecins traitants dans le système de soins coordonnés français semble donc indispensable afin de travailler en partenariat avec les dermatologues et concourir à l'amélioration du diagnostic précoce du mélanome cutané.

La HAS préconisait en 2006 la formation des professionnels de santé (médecins généralistes, médecins du travail) au diagnostic précoce et à la sémiologie des mélanomes cutanés et à l'identification des patients à risque (2).

- L'*E-Learning* correspondant à un apprentissage interactif sur Internet auquel chaque médecin a accès est une alternative aux réunions de FMC (formation médicale continue) qui permet une plus grande souplesse en termes d'horaire.
- L'INCa a mis en place dans le courant de l'année 2010 un module de formation multimédia de détection précoce des cancers de la peau à destination des professionnels de santé (<http://www.e-cancer.fr/formations-demographie/outils-de-formation/>).
- L'envoi aux médecins généralistes à intervalle régulier de fiches de recommandations synthétiques pourrait, en les sensibilisant, concourir à une meilleure connaissance des facteurs de risque du mélanome cutané et de son diagnostic précoce.

6. Perspectives

Selon les données de la littérature française (6), il est possible que les médecins traitants identifient un mélanome cutané dans des catégories de populations différentes de celles consultant en dermatologie. Afin de vérifier cette hypothèse il convient de développer :

- la recherche sur l'identification des mélanomes cutanés en médecine générale afin de mieux cerner les modalités favorisant le diagnostic précoce et de caractériser les mélanomes cutanés identifiés en fonction des facteurs de risque des patients ;

- des stratégies d'éducation en santé des patients sur le risque de mélanome cutané, ses facteurs de risque, son identification et sa prévention.

Sous réserve que les données de la littérature issues d'études non randomisées soient confirmées, il apparaît au regard de leurs résultats que les mélanomes à croissance rapide auraient des caractéristiques de développement différentes des mélanomes à croissance plus lente comme le mélanome SSM. Afin d'améliorer le diagnostic précoce de cette forme de mélanome, il convient :

- de préciser les caractéristiques de la population à haut risque de mélanome cutané à croissance rapide ;
- d'estimer la taille de cette population et de proposer le cas échéant un parcours de soins optimisé pour ce type de sujets.

Le nombre et la répartition géographique des dermatologues influencent probablement le recours aux soins des patients. Les dermatologues étant plus nombreux et plus accessibles dans certaines zones géographiques, les patients peuvent plus facilement en consulter. Il convient de développer des études en région pour évaluer l'impact de la démographie médicale :

- sur le parcours de soins des patients ayant un mélanome cutané ;
- sur le retard au diagnostic du mélanome cutané ;
- et de caractériser les patients ayant un mélanome cutané et ne consultant pas un médecin ou le consultant tardivement.

Enfin il convient de continuer à promouvoir dans la population générale la prévention du risque lié à l'exposition solaire et aux ultraviolets, et de favoriser l'identification des sujets à haut risque en informant la population sur les facteurs de risque de mélanome cutané.

Contexte et méthode

1. Contexte

Les cancers de la peau (carcinomes épidermoïdes, basocellulaires et mélanomes cutanés) sont les cancers les plus fréquents en France (77 000 patients ont été hospitalisés pour une tumeur maligne de la peau en 2009¹). Le mélanome cutané est rare (les projections 2011 estiment à 9 784 le nombre de nouveaux cas de mélanome cutané et 11 000 séjours hospitaliers pour mélanome cutané ont été identifiés en 2008 [données PMSI 2008]) mais il est le plus grave des cancers de la peau du fait de sa capacité à métastaser (1 618 décès imputables à ce cancer (7)). Il survient dans des tranches d'âge moyen (l'âge moyen au moment du diagnostic est de 60 ans chez l'homme et de 58 ans chez la femme), parfois chez le sujet jeune. La détection précoce est la meilleure chance de guérison du mélanome cutané, car elle permet d'intervenir avant la phase d'extension métastatique. Seul le diagnostic de mélanome cutané *in situ* (stade précoce du mélanome cutané) et de mélanome cutané de faible épaisseur (mesuré par l'indice de Breslow) pourrait permettre de diminuer la mortalité liée à ce cancer.

En 2006, pour promouvoir le diagnostic précoce du mélanome cutané, la Haute Autorité de Santé avait préconisé d'identifier les populations à risque de mélanome cutané, s'appuyant sur le parcours de soins coordonné (2).

Faisant suite à la publication de ce rapport, le Syndicat national des dermatologues et vénéréologues (SNDV) s'est interrogé sur le risque de perte de chance pour les patients ayant un mélanome cutané lié au passage obligatoire, pour obtenir un niveau de remboursement habituel, par le médecin traitant, avec un impact potentiellement délétère sur la mortalité par cancer de la peau et notamment la mortalité liée au mélanome cutané.

Des études de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) (8) et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) (9) montrent que la réforme de l'Assurance maladie semble entraîner des répercussions sur les modes d'accès des patients aux médecins spécialistes. Les enquêtes Santé Protection Sociale réalisées par l'Irdes en 2004 et en 2006 montrent ainsi que la proportion de consultations en accès direct a fortement diminué (- 33 %), notamment en dermatologie, spécialité pour laquelle elle était importante en 2004 (61 % de séances en accès direct contre 41 % en 2006) (8). L'enquête de la Drees de 2009 confirme cette tendance puisque 34 % des recours aux dermatologues se font hors parcours de soins (9).

Dans ce contexte, l'Institut national du cancer qui avait initialement apporté une réponse en 2007 à la saisine faite par le ministère de la Santé et des Sports a inscrit à son programme de travail 2009 la thématique du mélanome cutané afin d'apporter des éléments d'analyse de l'impact du parcours de soins sur le diagnostic de certains cancers de la peau, en particulier le mélanome cutané.

Faisant suite à cette saisine l'INCa a proposé :

- de mettre en place une collaboration avec la HAS pour actualiser les données de la littérature sur le mélanome cutané (un rapport avait été publié par la HAS en 2006 sur le diagnostic précoce du mélanome cutané) ;
- d'évaluer les facteurs potentiels de retard au diagnostic en collaboration avec les professionnels de santé (dermatologues et médecins généralistes).

¹ Bases PMSI MCO 2009, données extraites du rapport de l'INCa sur « la situation du cancer en France en 2010 », disponible sur le site www.e-cancer.fr

2. Objectifs du travail

Les objectifs de ce travail comprennent entre autres l'évaluation de l'impact de la mise en place du parcours de soins sur le dépistage des mélanomes cutanés en :

- analysant les données de la littérature postérieures au rapport HAS 2006 afin d'évaluer si elles remettent en cause les conclusions de ce rapport ;
- identifiant les risques de retard au diagnostic des mélanomes cutanés ;
- rédigeant un avis sur la place respective du médecin généraliste et du dermatologue ;
- faisant des propositions d'amélioration des conditions de détection précoce des cancers de la peau.

Les thématiques suivantes ont été exclues de ce travail : le mélanome cutané de l'enfant (rare, de diagnostic difficile et de pronostic méconnu), le mélanome cutané de la femme enceinte et les mélanomes des muqueuses (lèvres et muqueuses génitales).

3. Méthodologie

3.1. Modalités d'élaboration

Le rapport d'orientation a été corédigé par l'INCa et la HAS. Il s'appuie sur l'actualisation de la littérature copubliée par la HAS et l'INCa en 2011 (6) dans laquelle la stratégie de recherche documentaire est détaillée. Il intègre les éléments suivants :

- les données d'actualisation de la littérature sur : l'épidémiologie du mélanome cutané, la prévention, les facteurs de risque, le parcours de soins des sujets à haut risque et le retard au diagnostic, les méthodes diagnostiques, les mélanomes cutanés à croissance rapide ;
- l'avis d'un groupe de travail piloté par l'INCa, mis en place afin de compléter l'analyse de la problématique et constitué de 14 professionnels de santé : 2 membres du SNDV, 2 membres de la Société française de dermatologie (SFD), 2 membres de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), 2 médecins généralistes, 1 membre de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), 2 membres de l'INCa, 1 membre de la HAS, 1 médecin de l'institut Gustave Roussy (IGR) et 1 médecin anatomopathologiste ;
- 2 enquêtes de pratique menées, l'une auprès des médecins généralistes pour évaluer leurs connaissances et leurs pratiques en termes de détection précoce des cancers de la peau dont le mélanome cutané, l'autre auprès des adhérents du SNDV pour évaluer l'acceptabilité chez les dermatologues d'une plage horaire spécifique dédiée au diagnostic précoce du cancer.

Le rapport finalisé a été présenté et discuté au cours d'une réunion de la Commission évaluation économique et santé publique de la HAS. Sur proposition de la Commission, le Collège de la HAS a validé le rapport final et autorise sa diffusion.

3.2. Analyse de la littérature

L'actualisation de la littérature a été centrée sur les recommandations issues d'agences de santé et/ou de sociétés savantes, les méta-analyses, les revues systématiques de bonne qualité méthodologique et les études randomisées, publiées entre 2005 et 2010.

En complément, une étude économique sur l'impact budgétaire du mélanome cutané en France est proposée.

La sélection de la littérature a été orientée en fonction des questions définies au préalable et n'a concerné que les publications en langue française ou anglaise du type suivant :

- recommandations issues d'agences de santé françaises ou internationales ;
- méta-analyses ;
- revues systématiques de bonne qualité méthodologique ;
- études randomisées publiées sur les 5 dernières années.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : la base de données Medline ;
- pour la littérature francophone : la base de données Pascal ;
- la *Cochrane Library* ;
- les sites Internet publiant des recommandations et/ou des rapports d'évaluation technologique ;
- les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine concerné.

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

La lecture critique des publications a été formalisée par des tableaux d'évidence qui ont été appliqués à chaque publication selon un schéma spécifique au type de publication (pour plus de détails se référer au rapport « Détection précoce du mélanome. Axe parcours de soins. Actualisation de la littérature » (6)).

3.3. Groupe de travail

L'objectif de ce groupe de travail multiprofessionnel était de confronter les avis sur l'amélioration des conditions de diagnostic précoce du mélanome cutané et les facteurs de retard au diagnostic. À cette fin, les questions suivantes ont été discutées au cours de 7 réunions de travail (entre décembre 2008 et février 2010) :

- évaluation de l'efficacité différentielle des filières « médecins généralistes » *versus* « dermatologues » ;
- évaluation de l'impact du retard au diagnostic ;
- évaluation de l'identification et du pronostic du mélanome cutané à croissance rapide ;
- évaluation des connaissances et des pratiques des médecins généralistes en termes de détection précoce des cancers de la peau ;
- évaluation par voie d'enquête de la faisabilité d'une plage horaire spécifique auprès des dermatologues adhérents au SNDV ;
- évaluation par voie d'enquête auprès de la population générale du temps et de la facilité d'accès à une consultation de dermatologie ;
- évaluation du temps d'accès au dermatologue ;
- impact de la démographie médicale sur l'accès aux dermatologues ;
- évaluation de la prise en charge du mélanome cutané avant/après mise en place du parcours de soins.

Le Collège de la HAS a analysé les intérêts déclarés des membres du groupe de travail. Certains liens d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique ou cosmétique ont été identifiés, pour une partie des membres du groupe de travail. Le Collège de la HAS a considéré que le risque de conflit d'intérêt était minoré par le fait que les relations de travail des experts avec l'industrie pharmaceutique concernent des produits cosmétiques ou le traitement du mélanome cutané métastasé alors que le rapport d'orientation HAS-INCa n'aborde ni l'évaluation des traitements du mélanome cutané, ni la protection solaire par des cosmétiques

3.4. Enquêtes de pratique

► Enquête auprès des médecins généralistes

L'enquête commanditée par l'INCa a été réalisée par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de 604 médecins généralistes défini par la méthode des quotas appliquée aux variables suivantes : sexe, âge, mode d'exercice, région et habitat. Après validation du questionnaire par le groupe de travail, 604 médecins ont été interviewés du 12 au 23 octobre 2009 (7 895 médecins généralistes ont été sollicités pour constituer l'échantillon, soit un taux de participation de 8 %). La présentation des résultats a été faite en novembre 2009.

► Enquête auprès des dermatologues

Au mois de novembre 2009, le SNDV a adressé un questionnaire à 1 700 dermatologues adhérents du SNDV. 65 % de l'ensemble des dermatologues libéraux et hospitaliers français (soit

2 230) sont adhérents au SNDV (source : site du SNDV, date de mise à jour 6/10/2009, <http://www.syndicatdermatos.org/syndicat-national-des-dermatologues-venereologues-5.html>). 970 réponses ont été reçues en décembre 2009 après relance effectuée par le SNDV (taux de participation de 57 %). L'exploitation de ces questionnaires en termes de saisie et d'analyse statistique a été réalisée par la SFD avec une présentation des résultats fin février 2010.

3.5. Données démographiques

Les données concernant la démographie des dermatologues en fonction de leur secteur d'exercice sont issues d'un rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (10) sur les statistiques au 1^{er} janvier 2010, élaborées à partir du répertoire administratif Adeli auquel tous les médecins sont tenus de s'inscrire.

Argumentaire

1. Actualisation de la littérature

1.1. Épidémiologie du mélanome cutané

► Source des données

L'actualisation des données épidémiologiques françaises est issue des rapports suivants :

- un rapport de l'Institut de veille sanitaire (InVS) sur la projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France dont le mélanome cutané (7) ;
- un rapport d'analyse des données de l'InVS sur l'estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005 (11) ;
- un rapport de l'INCa sur la survie attendue des patients atteints de cancers en France dont le mélanome cutané (12) ;
- un rapport de l'INCa sur la situation du cancer en France en 2010 (13) ;
- un rapport de l'INCa sur la dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France (14) ;
- une expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) sur le pronostic à long terme des cancers dont le mélanome cutané (15).

► Incidence

- En 2011, l'incidence du mélanome cutané est estimée à 9 784 cas (taux standardisé à la population mondiale : 9,7 chez l'homme et 10,1 chez la femme respectivement pour 100 000 personnes-années) dont 47,8 % survenant chez l'homme (le sexe-ratio homme/femme étant de 0,91). L'âge moyen au moment du diagnostic n'est pas disponible pour 2010 mais était estimé en 2005 à 60 ans chez l'homme et à 58 ans chez la femme.
- 11 registres du réseau français des registres des Cancers FRANCIM ont colligé les cas de mélanome entre 2003 et 2005. Que ce soit pour les hommes ou les femmes, 5 registres rapportaient un taux d'incidence standardisé à la population mondiale $\geq 8,8/100\ 000$ personnes-années : le Haut et le Bas-Rhin, le Doubs, la Loire-Atlantique et l'Isère.
- Chez l'homme comme chez la femme, l'incidence du mélanome est en forte augmentation depuis 1980 avec toutefois un ralentissement de cette augmentation depuis 2000. Ainsi, entre 1980 et 2000, le taux d'incidence (standardisé à la population mondiale) a augmenté en moyenne chez l'homme de 4,7 % par an et de 3,4 % chez la femme. Elle n'était plus que de 0,8 % par an chez l'homme et de 0,5 % chez la femme entre 2000 et 2005.

► Mortalité

- En 2011, les projections estiment 1 618 décès liés au mélanome cutané, dont 55,8 % chez l'homme. Les taux de mortalité standardisés à la population mondiale sont de 1,7 chez l'homme et de 1,0 chez la femme, respectivement pour 100 000 personnes-années. L'âge médian au décès en 2005 était de 65 ans chez l'homme et de 69 ans chez la femme.
- 86 % des diagnostics de mélanome cutané avaient lieu à un stade précoce (stade I-II) pour lequel la survie relative à 5 ans était estimée à 88 % ; 3 % au stade III pour lequel la survie des patients était estimée à 15 % ; 6 % au stade IV pour lequel la survie des patients était estimée à 18 %. Les mélanomes cutanés identifiés en 2005 étaient de meilleur pronostic, l'épaisseur (indice de Breslow) au moment du diagnostic diminuant au cours des années.
- L'évolution de la mortalité chez l'homme est assez semblable à celle de l'incidence avec un ralentissement de l'augmentation entre 2000 et 2005 (+ 1,3 % *versus* + 2,3 % par an entre 1980 et 2005). Chez la femme, une diminution de la mortalité de 0,8 %/an est observée sur cette période (*versus* augmentation de 1,3 %/an sur la période 1980-2005).

1.2. Recommandations professionnelles

Sur les 5 recommandations identifiées, une seule a été sélectionnée (recommandation néo-zélandaise publiée en 2008 (3)) malgré sa qualité méthodologique moyenne. Les données d'analyse de cette recommandation confirment les conclusions du rapport HAS 2006 sur les points suivants (2) (pour plus de détails et les références bibliographiques se référer au rapport « Détection précoce du mélanome. Axe parcours de soins. Actualisation de la littérature. » (6)) :

- la non-pertinence d'un dépistage en population générale du mélanome (pas de diminution de la mortalité spécifique) ;
- la toxicité des lampes à bronzer ;
- la prévention du mélanome par la non-exposition au soleil ;
- la nécessité d'examiner le revêtement cutané des sujets à haut risque tous les 6 mois.

La recommandation apportait des précisions sur les points suivants :

- le dépistage du mélanome ne diminue pas la mortalité spécifique liée à ce cancer cutané ;
- il n'y a pas de preuve que les produits de protection solaire diminuent le risque de mélanome ;
- les coups de soleil et les dommages actiniques cutanés multiplient le risque de mélanome cutané par 2 ;
- les UV augmentent le risque de mélanome (risque multiplié par 1,75) notamment si l'exposition a eu lieu avant 35 ans, mais aucun effet/dose n'a pu être démontré ;
- la dermoscopie a une supériorité égale ou supérieure aux autres techniques d'imagerie.

1.3. Méta-analyses

Les 9 méta-analyses sélectionnées (16-24) parmi les 14 publiées depuis le rapport HAS de 2006 (2) confirment les conclusions de ce rapport quant aux facteurs de risque de mélanome cutané. Ces facteurs de risque sont les suivants (pour plus de détails et les références bibliographiques se référer au rapport « Détection précoce du mélanome. Axe parcours de soins. Actualisation de la littérature. » (6)) :

- les éphélides : le risque est multiplié par 1,99 ;
- des cheveux roux ou blonds : le risque est multiplié par 2 ;
- les yeux de couleur claire (bleus ou gris) : le risque est multiplié par 1,75 ;
- le phototype : le risque est multiplié par 2,25 pour le phototype I et par 1,99 pour le phototype II ;
- le nombre de nævus communs (la fraction attribuable est élevée = 42 %) : le risque de mélanome au niveau du torse ou des jambes est multiplié par 1,96 si le nombre est ≥ 40 et par 2,3 si le nombre est ≥ 50 ;
- le nombre de nævus atypiques ;
- les dommages actiniques (risque augmenté en cas d'exposition solaire d'intensité forte) ;
- la présence de kératose actinique (la présence d'une seule lésion de kératose actinique multiplie le risque par 3 pour les mélanomes de la tête, du cou et des membres) ;
- les antécédents familiaux de mélanome cutané : le risque est multiplié par 2 mais la part des mélanomes liés à ce type d'antécédent est faible (fraction attribuable de 4 %) ;
- les coups de soleil, quel que soit l'âge auquel ils sont survenus, le risque étant d'autant plus élevé que le nombre de coups de soleil est grand ou que l'exposition solaire a été à un niveau élevé (l'exposition solaire intermittente n'augmente pas le risque de mélanome cutané à l'inverse des expositions solaires intermittentes à des niveaux élevés et/ou les coups de soleil).

1.4. Revues systématiques

Les 4 revues systématiques (25-28) sélectionnées parmi les 11 publiées depuis le rapport HAS 2006 (2) ne remettent pas en cause les conclusions de ce rapport sur les campagnes d'information sur la prévention du mélanome cutané (pour plus de détails et les références bibliographiques se référer au rapport « Détection précoce du mélanome. Axe parcours de soins. Actualisation de la littérature. » (6)). Elles apportaient des précisions sur les points suivants :

- l'augmentation du risque de mélanome chez les utilisateurs de lampe à bronzer, notamment si l'exposition a eu lieu avant l'âge de 35 ans (les UV artificiels sont des agents cancérigènes certains pour l'homme). L'INCa émet des recommandations visant à réduire les risques en cas d'utilisation des appareils délivrant des UV artificiels et à renforcer l'encadrement réglementaire de cette activité en France (29) ;
- l'augmentation du risque de mélanome chez les enfants ayant un nævus congénital géant, le risque étant corrélé avec le diamètre du nævus dès que ce dernier dépasse 20 cm ;
- la non-augmentation du risque de mélanome chez les sujets ayant un nævus congénital de petite taille (< 20 cm) ;
- le faible impact des campagnes d'information sur le risque solaire et la prévention du mélanome cutané notamment en ce qui concerne la modification des comportements de la population, quel que soit le mode de diffusion des informations de prévention.

1.5. Études randomisées

Dans 11 études randomisées (30-40) sélectionnées sur les 30 publiées depuis le rapport HAS 2006 (2) les principaux résultats montrent que (pour plus de détails et les références bibliographiques se référer au rapport « Détection précoce du mélanome. Axe parcours de soins. Actualisation de la littérature. » (6)) :

- un mélanome cutané sur deux de grande épaisseur (indice de Breslow > 2 mm) est un mélanome nodulaire. Ce type de mélanome est cependant rare (9,2 % de la totalité des mélanomes cutanés identifiés) ;
- les mélanomes cutanés des patients ayant eu un dépistage par un médecin dans les 3 ans qui ont précédé leur découverte ont un indice de Breslow plus bas que ceux des patients qui n'ont pas eu d'examen clinique ;
- les mélanomes cutanés découverts à un stade avancé sont plus fréquemment observés chez les personnes âgées et notamment celles qui sont isolées (personnes ayant perdu leur conjoint par exemple) ;
- le risque de mélanome cutané chez la femme est augmenté en cas d'endométriose ou de traitement par œstrogènes ;
- les enfants au teint très clair qui bronzent développent plus de nævus que les enfants qui ne bronzent pas ;
- l'évaluation des facteurs de risque par autoquestionnaire n'est pas reproductible entre les patients et le dermatologue, remettant en cause l'utilisation d'autoquestionnaire par le patient seul ; en revanche, l'auto-évaluation par questionnaire des facteurs de risque de mélanome cutané lors de deux auto-évaluations successives par le même patient est bonne et n'est pas affectée par l'âge, l'éducation ou la couleur de la peau du patient ;
- l'utilisation de pesticides augmente le risque de mélanome.

1.6. Études de cohortes françaises

Quatre études de cohortes en population française dont une étude publiée en deux parties (41-44) ont été identifiées par la recherche documentaire. Ces études publiées en 2010 avaient pour objet d'évaluer :

- la faisabilité d'utiliser en cabinet de médecine générale un autoquestionnaire cotant le risque de mélanome cutané ;
- la pertinence diagnostique des mélanomes cutanés par le médecin généraliste utilisant comme outil de *prescreening* un autoquestionnaire cotant le risque de mélanome cutané ;

- les circonstances de diagnostic précoce d'un mélanome cutané et d'accès au dermatologue ;
- le rôle du médecin généraliste dans le diagnostic du mélanome cutané.

Les principaux résultats montrent que (pour plus de détails et les références bibliographiques se référer au rapport « Détection précoce du mélanome. Axe parcours de soins. Actualisation de la littérature. » (6)) :

- la concordance entre les réponses des patients aux différents items du questionnaire sur les facteurs de risque de mélanome cutané et les conclusions du médecin généraliste était satisfaisante (l'autoquestionnaire permettait d'identifier les patients à haut risque de mélanome cutané) ;
- pour 10 des 2 228 sujets examinés par les médecins généralistes participant à l'étude (après sélection sur la base de l'autoquestionnaire sur le risque de mélanome cutané), un mélanome cutané avait été identifié, dont 2 *in situ* et pour les 8 autres avec un indice de Breslow médian faible (0,31 mm) ;
- les mélanomes cutanés, lorsqu'ils ont été diagnostiqués par un dermatologue, ont un indice de Breslow plus faible que si le mélanome cutané a été identifié par le patient ou un médecin généraliste. Les populations ayant un mélanome différaient quant à leur âge, la patientèle des médecins généralistes étant beaucoup plus âgée que celle des dermatologues, ce qui pourrait expliquer en partie la différence d'épaisseur des mélanomes cutanés diagnostiqués ;
- les mélanomes cutanés identifiés en cabinet de médecine générale sont fréquemment de type nodulaire, ont un indice de Breslow élevé, sont plus souvent ulcérés et sont identifiés chez des patients âgés de plus de 60 ans. Par comparaison avec une étude similaire réalisée dans les mêmes régions avant la mise en application du parcours de soins coordonné, la proportion de mélanomes cutanés diagnostiqués en cabinet de médecine générale avait augmenté entre 2004 et 2008, de 26 % à 40 %. Enfin, les mélanomes cutanés identifiés par les patients avaient un stade plus avancé et étaient plus épais que ceux identifiés par les médecins généralistes.

1.7. Données médico-économiques françaises

Le diagnostic et le traitement des patients ayant un mélanome cutané ont généré (source : données d'hospitalisation du Programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI] 2008, données de remboursement publiées par la Cnamts concernant les ALD, les actes d'exérèse et les examens dermoscopiques) :

- 486 879 actes d'exérèse de lésions superficielles de la peau (pour un mélanome cutané ou toute autre lésion cutanée suspecte, la codification ne permettant pas de différencier les actes d'exérèse pour suspicion de mélanome cutané) ;
- 32 259 actes de dermoscopie pour les sujets à haut risque (personnes ayant des antécédents familiaux de mélanome cutané et/ou des nævus atypiques et/ou un antécédent personnel de mélanome cutané) ;
- 11 119 hospitalisations ;
- 11 596 séances de chimiothérapie ;
- 1 254 séjours pour soins palliatifs ;
- 13 129 séjours hospitaliers pour complication liée à un mélanome cutané ;
- 39 537 mises en affection de longue durée (ALD).

La prise en charge du mélanome cutané invasif a généré les coûts suivants en 2008 : 42,1 millions d'euros pour les hospitalisations, les séances de chimiothérapie, les soins palliatifs et les hospitalisations pour complications et 194,2 millions d'euros pour les patients en ALD pour mélanome cutané.

1.8. Conclusion de l'actualisation de la littérature

Avec plus de 9 700 nouveaux cas estimés, le mélanome cutané est le plus grave des cancers de la peau. Sa détection précoce permet sa guérison, car elle permet d'intervenir avant la phase d'extension métastatique (forme *in situ* et mélanome cutané de faible épaisseur). En 2006, pour

promouvoir le diagnostic précoce du mélanome cutané, la Haute Autorité de Santé avait préconisé d'identifier les populations à risque de mélanome cutané. La revue de la littérature n'a mis en évidence aucune nouvelle donnée qui pourrait changer les conclusions de ce rapport. Il est de nouveau préconisé la promotion d'un parcours de soins des patients à risque de mélanome et de renforcer l'information des populations, la formation des médecins, la coordination médecin généraliste-dermatologue.

Les données d'actualisation de la littérature confirment celles du rapport HAS 2006 (2) sur les facteurs de risque de mélanome cutané. Le risque de mélanome cutané est augmenté chez les sujets : 1) ayant un phototype cutané de type I ou II, une peau claire, des cheveux roux ou blonds, des yeux de couleur claire, des éphélides, de nombreux grains de beauté (nombre > 40), des nævus atypiques, un nævus congénital géant (de diamètre > 20 cm) ; 2) ayant eu des coups de soleil, quel que soit l'âge auquel ils sont survenus, ou ayant été soumis aux UV artificiels (notamment avant l'âge de 35 ans) ; 3) ayant des dommages actiniques ou des antécédents personnels ou familiaux de mélanome cutané.

Sur l'ensemble de ces facteurs de risque, ceux qui ont le risque relatif le plus élevé sont ceux sur lesquels il n'est pas possible d'agir, étant donné qu'ils sont liés à des caractéristiques phénotypiques ou à des facteurs génétiques. Le risque lié à l'exposition solaire ou aux UV artificiels est le seul facteur de risque sur lequel il est possible d'intervenir en sensibilisant les populations à la protection vis-à-vis de ce risque.

Classiquement il est présumé que les coups de soleil dans l'enfance seraient à l'origine des mélanomes cutanés du fait de la forte réceptivité de la peau des enfants aux UV (il est supposé que le risque de mélanome cutané est donc augmenté). Les données de la littérature montrent que le risque est similaire entre le coup de soleil chez l'enfant et le coup de soleil chez l'adulte (on ne connaît pas le temps de latence entre le coup de soleil et le développement d'un mélanome cutané, si ce temps de latence est long, un coup de soleil même à l'âge adulte peut générer un mélanome cutané).

Sous réserve que les données de la littérature issues des études non randomisées soient confirmées, il apparaît au regard de leurs résultats que :

- le parcours de soins coordonné n'aurait pas un impact négatif sur le diagnostic précoce du mélanome cutané, l'action complémentaire du médecin généraliste venant renforcer les opportunités d'identifier des mélanomes cutanés dans la population à risque ;
- les mélanomes cutanés à croissance rapide auraient des caractéristiques de développement différentes des mélanomes à croissance plus lente comme le mélanome SSM.

2. Enquêtes

2.1. Enquête auprès des médecins généralistes

► Objectif

L'objectif de l'enquête auprès des médecins généralistes était d'évaluer les connaissances et les pratiques de ces professionnels de santé en termes de détection précoce des cancers de la peau.

► Modalités de réalisation

À la demande de l'INCa, une enquête a été réalisée par BVA par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de 604 médecins généralistes, défini par la méthode des quotas appliquée aux variables suivantes : sexe, âge, mode d'exercice, région et habitat.

Après validation du questionnaire par le groupe de travail, 604 médecins ont été interviewés du 12 au 23 octobre 2009.

► Résultats

- Les médecins généralistes déclarent avoir une connaissance qu'ils jugent globalement suffisante à l'égard de la prévention et de la détection précoce des cancers de la peau (76 %) et 86 % se sentent à l'aise pour répondre aux questions des patients. Toutefois, ils ont conscience que cette connaissance est améliorable.
- Ils souhaiteraient se former et s'informer davantage sur la prévention et la détection précoce des cancers de la peau. En effet, près d'un médecin généraliste sur deux (48 %) estime que sa formation initiale sur ce thème n'a pas été bonne et seuls 7 % l'ont estimée très bonne. Dans ce contexte, 55 % des médecins interrogés ont complété leur formation dans ce domaine en participant à une formation médicale continue. Ils sont majoritairement favorables à une formation (77 %) et près d'un tiers souhaiteraient des informations sur le sujet fondées sur une banque d'images d'aide à la détection précoce des cancers de la peau.
- Les médecins déclarent faire déshabiller leurs patients régulièrement mais pas systématiquement et pas toujours entièrement.
- Les médecins demandent aux patients de se déshabiller quand ils jugent cela nécessaire (77 %) mais aussi à la demande du patient (46 %) : deux tiers des médecins généralistes demandent souvent (47 %) ou systématiquement (19 %) à leurs patients de se déshabiller pour un examen cutané. Par contre, seul un médecin sur deux (46 %) demande au patient de se déshabiller entièrement. Par ailleurs, l'examen des organes génitaux n'est réalisé que par un quart des médecins (24 %).
- Les médecins ont une connaissance partielle des facteurs de risque de mélanome cutané.
- Le nombre de grains de beauté est le facteur de risque le plus souvent cité (26 %). Les autres facteurs de risque sont beaucoup moins cités : antécédents familiaux (18 %), présence de lésions suspectes (15 %), peau claire du patient (14 %), antécédents personnels (10 %).
- Les médecins connaissent de façon incomplète les critères ABCDE utilisés lors de la suspicion d'une lésion cancéreuse cutanée.
- Quand les médecins s'inquiètent au sujet d'un grain de beauté, ils citent spontanément comme raison principale d'inquiétude les 5 critères de la règle ABCDE. Malgré cela, les différents critères de la règle ABCDE obtiennent des scores différents : s'ils sont 77 % à citer le fait que le grain de beauté comporte plusieurs couleurs (critère « C »), seule la moitié cite l'évolution (55 % « E »), le diamètre (48 % « D ») ou les bords (46 % « B ») et ils ne sont qu'un tiers à citer l'asymétrie (35 % « A »). D'autres raisons sont aussi avancées par environ un médecin sur 10 dont : le saignement (11 %), l'aspect général (10 %) et les démangeaisons (7 %).
- En cas de détection de lésion cutanée suspecte, pratiquement tous les médecins envoient de manière quasi automatique les patients chez le dermatologue.
- Dès qu'une lésion cutanée est suspectée, 95 % des médecins généralistes envoient le patient chez un spécialiste dont principalement un dermatologue (96 %). Une lettre pour le spécialiste est systématiquement rédigée (97 %).
- En revanche, faisant suite à une demande d'un patient de voir un dermatologue, 75 % des médecins interrogés ne vont pas directement envoyer ce dernier chez un dermatologue et l'examineront au préalable. 44 % des médecins n'envoient pas le patient chez le spécialiste alors qu'il l'a souhaité. Dans ce cas, les principales raisons avancées par les médecins sont le fait qu'ils ne voient pas de lésions cutanées graves (60 %) ou qu'ils peuvent traiter eux-mêmes la lésion cutanée : eczéma, acné, verrue (34 %).
- Le parcours de soins a peu d'incidence sur la pratique des médecins généralistes.
- 84 % des médecins généralistes jugent que le parcours de soins ne provoque pas de changement dans leur pratique. Parallèlement, deux tiers des médecins généralistes déclarent que le parcours de soins est une bonne chose car ce sont eux qui connaissent le mieux le patient. En outre, le parcours de soins n'ajoute pas une charge de travail inutile pour 72 % des médecins et 83 % d'entre eux déclarent qu'il ne retarde pas le diagnostic du mélanome cutané.

2.2. Enquête auprès des dermatologues

► Objectif

L'objectif de l'enquête auprès des dermatologues était d'évaluer la possibilité de mise en place d'une plage horaire spécifique dans le cadre de la consultation dermatologique.

► Modalités de réalisation

À la demande de l'INCa, le SNDV a réalisé une enquête auprès de ses adhérents (ce qui représente 65 % des dermatologues libéraux et hospitaliers français) par e-mail en novembre 2009. Le SNDV a ainsi adressé un questionnaire à 1 700 dermatologues et 970 réponses ont été reçues après relance (taux de participation de 57 %). L'exploitation des questionnaires en termes de saisie et d'analyse statistique a été réalisée par la SFD. Les données ont été analysées en prenant en compte le secteur d'activité (secteur 1, 2 ou hors convention) et le code postal d'exercice.

► Principaux enseignements de cette enquête

À la question « pouvez-vous vous engager à recevoir dans un délai ne dépassant pas trois semaines et en dehors du parcours de soins réglementaire un patient pensant s'être découvert une lésion suspecte de mélanome cutané ? » :

- tous les dermatologues interrogés ont répondu positivement : 65 % dans un délai de moins d'une semaine, le reste dans un délai supérieur à 1 semaine.
- l'analyse statistique des réponses a montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les délais de rendez-vous selon le secteur d'exercice, et la région où exercent les médecins.

3. Données démographiques

3.1. Densité des dermatologues en fonction de la Région et du secteur d'exercice

► Densité des dermatologues en fonction de la Région d'exercice

Selon les sources des données, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) ou Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), la densité des dermatologues-vénérologues en exercice en France varie beaucoup d'un département à l'autre.

Selon les données de la Drees la densité des dermato-vénérologues en nombre de médecins/100 000 habitants était considérée en 2010 comme étant (figure 1) :

- inférieure de plus de 20 % à la moyenne nationale dans les Régions : Picardie, Haute et Basse-Normandie, Lorraine, Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais ;
- inférieure de plus de 10 % et de moins de 20 % à la moyenne nationale dans les régions : Auvergne, Bretagne, Bourgogne, Centre, Franche-Comté, Poitou-Charentes, Pays de Loire, Limousin ;
- supérieure de plus de 10 % et de moins de 20 % à la moyenne nationale dans les Régions : Aquitaine, Pyrénées, Rhône-Alpes et Roussillon ;
- supérieure de plus de 20 % à la moyenne nationale dans les Régions Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA).

Selon les données du CNOM, la répartition des dermatologues-vénérologues serait moins hétérogène, notamment en ce qui concerne les départements ayant une forte densité de dermatologues en exercice (figure 2).

► Densité des dermatologues en fonction du secteur d'exercice

La densité des dermatologues en fonction du secteur d'exercice (secteur 1 ou 2) montre des disparités régionales (figures 3 et 4).

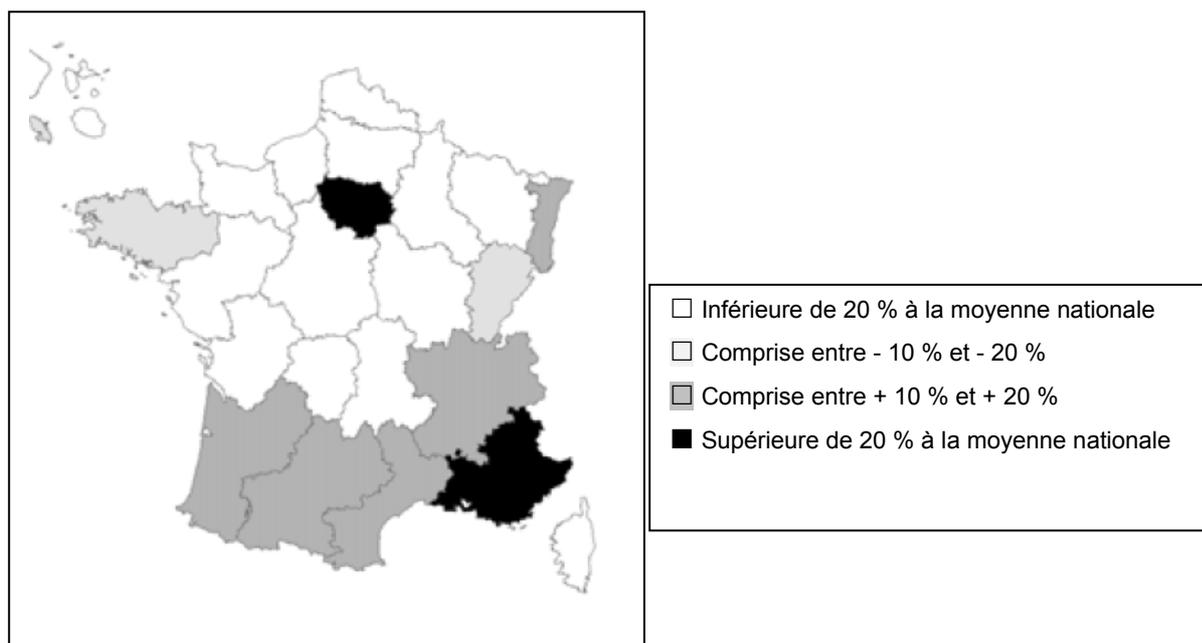


Figure 1. Densité (pour 100 000 habitants) des médecins en dermatologie et vénéréologie en 2010 en France + DOM (source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Sicart D. Les médecins au 1^{er} janvier 2010. Série Statistiques 2011;(152) (10))

Densité des médecins spécialistes en dermatologie et vénéréologie inscrits en activité régulière

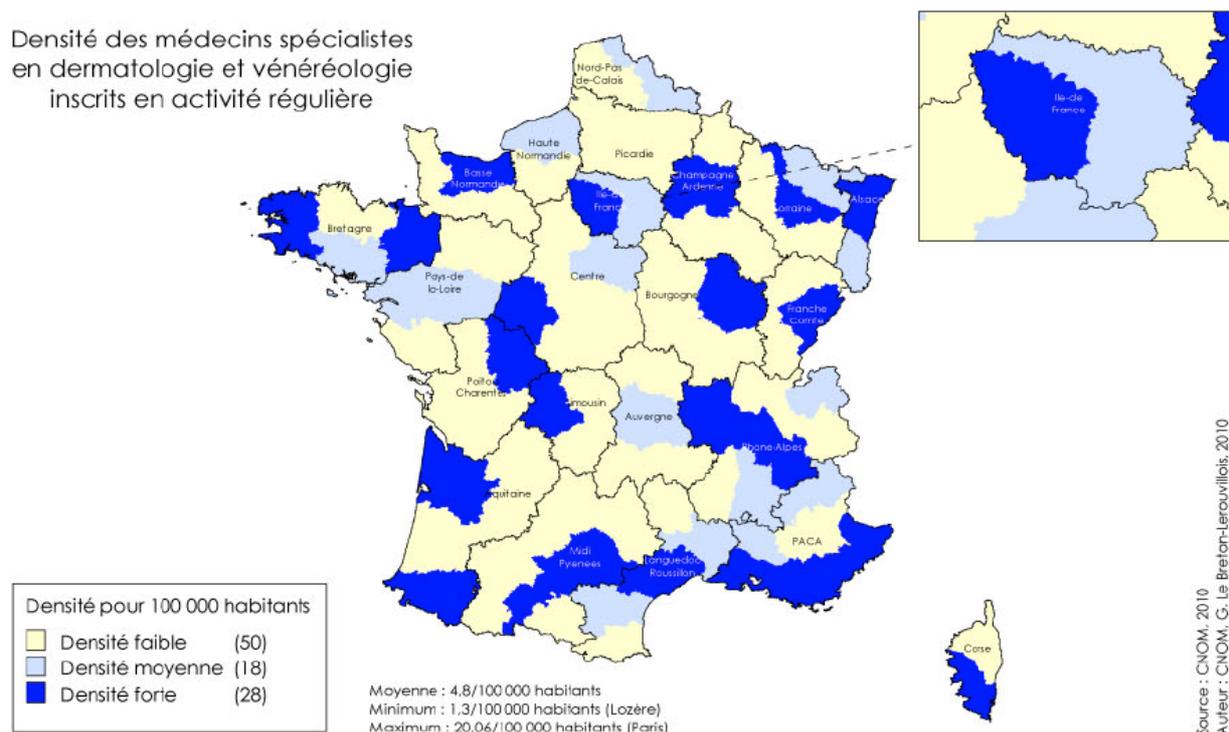


Figure 2. Densité (pour 100 000 habitants) des médecins en dermatologie et vénéréologie au 1^{er} janvier 2010 (source : Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2010. Paris: CNOM; 2010 (46))

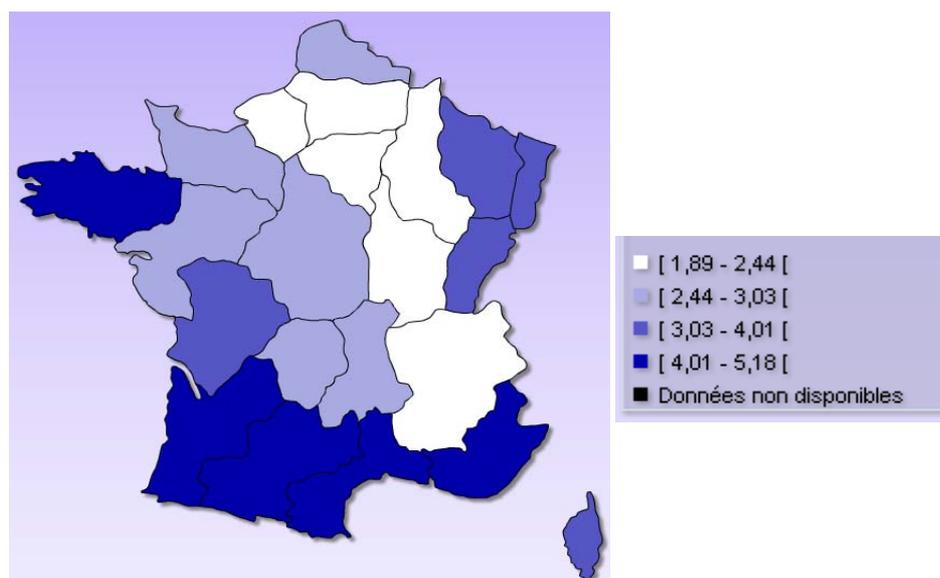


Figure 3. Densité (pour 100 000 habitants) des dermatologues libéraux en secteur 1 en 2011 (source : Eco-Santé Régions & Départements 2011)

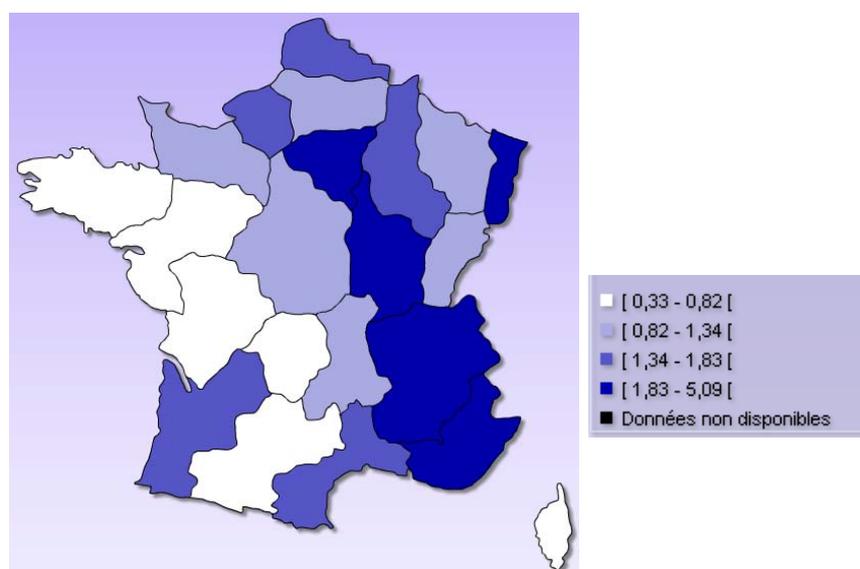


Figure 4. Densité (pour 100 000 habitants) des dermatologues libéraux en secteur 2 en 2011 (source : Eco-Santé Régions & Départements 2011)

3.2. Impact potentiel de la démographie médicale sur l'accès au dermatologue

L'amélioration de la stratégie de diagnostic précoce du mélanome cutané doit prendre en compte l'impact respectif de la démographie des dermatologues et la mise en place du parcours de soins coordonné qui place le médecin traitant comme médecin de premier recours. Les hypothèses suivantes peuvent être avancées :

- Le nombre et la répartition géographique des dermatologues influencent probablement l'accès direct au dermatologue. Les dermatologues étant plus nombreux et plus accessibles dans certaines zones géographiques, les patients peuvent plus facilement en consulter un.
- Compte tenu de la démographie médicale française et du système de soins français, les médecins généralistes ont tendance à voir davantage de patients âgés de plus de 60 ans que les autres spécialistes et ont de ce fait l'opportunité d'identifier plus fréquemment un mélanome cutané dans cette tranche de population que les dermatologues.

- Un patient de plus de 60 ans a une image différente du médecin généraliste par rapport aux patients plus jeunes (le médecin généraliste ayant plus souvent une place de médecin de famille), les sujets âgés iront plus souvent prendre son avis avant de consulter un dermatologue.
- Les médecins généralistes sont d'accès plus facile pour les personnes âgées qui sont plus souvent isolées et ont parfois des difficultés dans leurs déplacements.
- Les personnes âgées ont plus de comorbidités et sont davantage suivies par leur médecin généraliste que les personnes plus jeunes.

4. Avis du groupe de travail

4.1. Objectif

L'objectif du groupe de travail était de confronter l'avis des professionnels de santé (notamment dermatologues et médecins généralistes) sur les modalités d'amélioration du diagnostic précoce du mélanome cutané et les facteurs de retard au diagnostic. À cette fin les 11 points suivants ont été discutés lors de 7 réunions de travail :

- évaluation de l'efficacité différentielle des filières « médecins généralistes » *versus* « dermatologues » ;
- évaluation de l'impact du retard au diagnostic ;
- évaluation de l'identification et du pronostic du mélanome cutané à croissance rapide ;
- évaluation des connaissances et des pratiques des médecins généralistes en termes de détection précoce des cancers de la peau ;
- évaluation par voie d'enquête de la faisabilité d'une plage horaire spécifique auprès des dermatologues adhérents au SNDV ;
- évaluation par une enquête auprès du médecin généraliste du temps d'accès au dermatologue pour ses patients ;
- évaluation par voie d'enquête auprès de la population générale du temps et de la facilité d'accès à une consultation de dermatologie ;
- impact de la démographie médicale sur l'accès aux dermatologues ;
- évaluation de la prise en charge du mélanome cutané avant/après mise en place du parcours de soins ;
- rôle des patients dans le retard au diagnostic ;
- épaisseur du mélanome (indice de Breslow) lorsque le diagnostic a été posé par un dermatologue *versus* un médecin généraliste.

4.2. Évaluation de l'efficacité différentielle des filières « médecins généralistes » *versus* « dermatologues »

► Discussion du groupe de travail

Le groupe de travail a émis des réserves quant à la possibilité d'évaluer l'efficacité différentielle des filières diagnostiques du mélanome cutané étant donné l'absence de données sur les types de médecin à l'origine du diagnostic de mélanome cutané chez un patient (traçabilité des étapes du parcours de soins), ainsi que de connaître par région la densité des dermatologues par secteur d'exercice, la densité des sujets à risque, la densité des patients ayant un mélanome cutané.

Le groupe de travail a préconisé la mise en œuvre d'une étude pilote comparant le parcours de soins en accès direct (patient-dermatologue) *versus* parcours de soins standard (médecin traitant-dermatologue) sur le diagnostic précoce du mélanome cutané.

► Données de la littérature

Aucune étude évaluant l'efficacité différentielle du médecin généraliste par comparaison au dermatologue n'a été identifiée par la recherche documentaire. Pour mémoire, l'analyse de la littérature présentée dans le rapport HAS de 2006 (2) partant d'une observation que la décision

médicale était mieux appropriée et l'épaisseur des mélanomes identifiés plus faible si le patient consultait un dermatologue par comparaison au médecin généraliste montrait que :

- la formation et/ou l'expérience professionnelle amélioreraient la performance diagnostique ;
- les médecins généralistes ayant reçu une formation à l'identification des mélanomes adressaient 5,6 fois plus souvent leurs patients à un dermatologue et identifiaient 3 fois plus de lésions cutanées malignes que ceux n'ayant pas reçu de formation.

4.3. Évaluation de l'impact du retard au diagnostic

► Discussion du groupe de travail

Le groupe de travail s'est interrogé sur l'impact du retard au diagnostic et la notion de temps associé à ce retard. Par exemple, un retard de 6 mois au diagnostic fait-il une différence en termes de pronostic et quel est l'ordre de grandeur de cette différence (en termes de diminution ou d'augmentation de l'indice de Breslow par exemple).

► Données de la littérature

Aucune donnée de la littérature sur la cinétique de croissance ne permet d'évaluer l'impact d'un retard au diagnostic sur le stade de développement du mélanome cutané. Que ce soit pour les mélanomes cutanés dits à croissance rapide ou les mélanomes à croissance plus lente, la vitesse de croissance en semaine, mois ou année, est méconnue.

Pour les mélanomes à croissance rapide, il est probable que le retard au diagnostic ait un impact négatif. Cependant aucune donnée de la littérature n'a évalué cet impact et on ne peut dire en 2010 si ce type de mélanome peut être diagnostiqué précocement ou si sa cinétique de croissance est telle qu'il sera d'emblée toujours identifié à un stade épais.

4.4. Évaluation de l'identification et du pronostic du mélanome cutané à croissance rapide

► Discussion du groupe de travail

Le groupe de travail s'est interrogé sur la part en pourcentage représentée par les mélanomes à croissance rapide et s'ils surviennent chez les sujets à haut risque ou non.

► Données de la littérature

Peu d'études ont été publiées sur les mélanomes à croissance rapide. Les données les plus récentes (cohortes non randomisées) tendent à montrer que les mélanomes cutanés dits à croissance rapide seraient de type nodulaire et que les patients ayant ce type de mélanome auraient une typologie différente de ceux ayant un mélanome à croissance plus lente. Dans ces études, le pourcentage de mélanomes à croissance rapide (croissance > 40 mm/mois) et/ou à indice de Breslow > 3 mm était compris entre 12 % et 31 % de l'ensemble des mélanomes cutanés inclus. Ces données restent à confirmer.

4.5. Évaluation des connaissances et des pratiques des médecins généralistes en termes de détection précoce des cancers de la peau

► Discussion du Groupe de travail

La stratégie de diagnostic précoce du mélanome cutané, telle qu'elle a été préconisée par la HAS en 2006 (2), repose sur :

- le patient qui consulte son médecin pour une lésion suspecte ou parce qu'il s'identifie comme étant un sujet à risque de mélanome cutané ;
- le médecin traitant qui identifie les patients à risque ou qui détecte une lésion cutanée suspecte à l'occasion d'une consultation ;
- le dermatologue qui confirme ou non la suspicion diagnostique de mélanome cutané.

Le médecin généraliste est donc le médecin de premier recours et son implication dans l'amélioration du diagnostic précoce du mélanome cutané est primordiale.

Une évaluation des connaissances des médecins généralistes mais également de leurs pratiques, en matière de diagnostic des cancers de la peau, et notamment du mélanome cutané, a été demandée par le groupe de travail. À cette fin une enquête auprès d'un panel de médecins généralistes a été mise en œuvre.

► **Données de l'enquête**

Une enquête sur les connaissances et les pratiques des médecins généralistes en termes de détection précoce des cancers de la peau commanditée par l'INCa a été réalisée (pour les résultats détaillés se référer au chapitre 2. Enquêtes).

Les médecins généralistes déclarent avoir une connaissance qu'ils jugent globalement suffisante à l'égard de la prévention et de la détection précoce des cancers de la peau. Ils estiment que cette connaissance est améliorable (l'enquête a mis en évidence une méconnaissance des facteurs de risque de mélanome cutané) et souhaitent bénéficier d'une formation complémentaire sur cette thématique.

Concernant les pratiques des médecins généralistes, les résultats de l'enquête mettent en évidence :

- un transfert quasi systématique chez un dermatologue en cas de lésion suspecte ;
- le fait que le parcours de soins n'est pas un frein à l'orientation vers le dermatologue ;
- le déshabillage des patients n'est pas systématique et inclut rarement l'examen des organes génitaux ;
- dans les critères d'identification d'une lésion mélanocytaire suspecte d'évolution, le diamètre, le bord et l'asymétrie sont des critères peu pris en compte en comparaison de la couleur de la lésion cutanée ;
- une incitation à l'auto-examen de la peau non systématique.

4.6. Évaluation par voie d'enquête de la faisabilité d'une plage horaire spécifique auprès des dermatologues adhérents au SNDV

► **Discussion du groupe de travail**

Dans un souci d'accès direct à la consultation dermatologique, le groupe de travail s'est interrogé sur les capacités des dermatologues à être en mesure de recevoir dans un délai court (1 semaine) un patient ayant une lésion cutanée suspecte.

► **Données de l'enquête**

Une enquête sur la mise en place d'une plage horaire spécifique auprès des dermatologues adhérents au SNDV a été réalisée en collaboration entre la Société française de dermatologie et le Syndicat national des dermatologues vénéréologues (pour les résultats détaillés se référer au chapitre 2. Enquêtes).

- L'objet de cette enquête d'acceptabilité auprès des dermatologues était de les sensibiliser à la nécessité de permettre un accès facilité du patient à leur cabinet dans un délai rapide et d'évaluer sa faisabilité.
- Les données de l'enquête montrent que 65 % des dermatologues déclarent pouvoir recevoir un patient dans un délai inférieur à une semaine et 35 % déclarent ne pouvoir le recevoir que dans un délai compris entre 1 et 3 semaines.

4.7. Évaluation par une enquête auprès du médecin généraliste du temps d'accès au dermatologue pour ses patients

► **Discussion du groupe de travail**

Dans l'optique d'explorer les facteurs de retard au diagnostic, une enquête ayant pour objet d'évaluer les délais de rendez-vous auprès des dermatologues libéraux a été proposée par le groupe de travail. Cette enquête devait évaluer les délais de rendez-vous suivants :

- médecin généraliste vers un dermatologue de son réseau ;
- médecin généraliste vers un dermatologue qu'il ne connaît pas.

Cette enquête devait permettre d'évaluer si l'existence d'un réseau informel médecins généralistes-dermatologues faciliterait et raccourcirait le délai d'obtention d'un rendez-vous.

Étant donné la difficulté de mise en place de ce type d'étude, le groupe de travail a décidé de ne pas la mettre en œuvre.

4.8. Évaluation par voie d'enquête auprès de la population générale du temps et de la facilité d'accès à une consultation de dermatologie

► Discussion du groupe de travail

Cette enquête devait permettre d'évaluer une des composantes possibles du retard au diagnostic. Il a été suggéré par le groupe de travail qu'elle se fasse de manière rétrospective sur des patients suivis pour un mélanome cutané. L'enquête devait analyser les délais suivants :

- patient vers le dermatologue issu de sa patientèle ;
- patient vers le dermatologue n'étant pas issu de sa patientèle.

Cette enquête n'a pas été mise en place, du fait de la difficulté de récupération de données relatives aux patients et de la lourdeur méthodologique de ce type d'étude conduisant à des délais de mise en œuvre trop importants.

4.9. Impact de la démographie médicale sur l'accès aux dermatologues

► Discussion du groupe de travail

Pour identifier les difficultés d'accès de la population générale à la consultation dermatologique il conviendrait d'élaborer :

- une cartographie mettant en parallèle la densité de population générale et la démographie des dermatologues (libéraux et hospitaliers) en tenant compte du taux de renouvellement de ces spécialistes (médecins à la retraite/jeunes diplômés) ;
- une cartographie de la densité des dermatologues par sous-type d'activité (en faisant la distinction entre les dermatologues qui font davantage de cosmétologie et ceux qui concentrent leur activité sur les soins de cancérologie) ;
- une cartographie des dermatologues par secteur d'exercice (secteur 1, 2) afin d'évaluer l'impact du tarif de la consultation sur l'accès au dermatologue ;
- une cartographie de la densité des patients ayant été traités pour un mélanome cutané ;
- une cartographie des laboratoires d'anatomopathologie avec la part d'activité associée au mélanome cutané.

Les données n'étant pas disponibles en routine ou très incomplètes d'une part, et le recueil et l'analyse de données de pratique entraînant des délais trop importants d'autre part, le groupe de travail a renoncé à l'élaboration de ces cartographies.

4.10. Évaluation de la prise en charge du mélanome cutané avant/après mise en place du parcours de soins

► Discussion du groupe de travail

Le groupe a émis des réserves quant à la possibilité d'évaluer l'impact du parcours de soins sur la prise en charge du mélanome cutané, du fait des éléments suivants :

- le temps entre la mise en application de la réforme du parcours de soins coordonné et la mesure de son impact en 2010 est trop court pour voir ces effets ;
- les données sont partielles et non exhaustives sur le mélanome cutané en France car les registres des cancers n'enregistrent pas de manière systématique les stades au diagnostic du mélanome cutané et ne couvrent pas l'ensemble du territoire national (11 registres pour le mélanome).

4.11. Rôle des patients dans le retard au diagnostic (analyse des délais d'identification et de prise en charge)

► Discussion du groupe de travail

Différents facteurs concourent au retard au diagnostic du mélanome cutané et notamment la méconnaissance de la population quant à la reconnaissance des lésions cutanées suspectes et à la prévention du risque de mélanome cutané.

► Données de la littérature

Aucune étude évaluant le rôle des patients dans le retard au diagnostic n'a été identifiée par la recherche documentaire. Pour mémoire, l'analyse de la littérature présentée dans le rapport HAS de 2006 (2) montrait que :

- les facteurs ayant retardé la consultation du patient pour une lésion mélanocytaire suspecte 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 ;
- les facteurs ayant retardé l'exérèse d'une lésion mélanocytaire suspecte (patient adressé au dermatologue pour une exérèse) étaient : la négligence, un manque de motivation, une mauvaise information du médecin, le manque de temps, la peur du résultat.

4.12. Épaisseur du mélanome (indice de Breslow) lorsque le diagnostic a été posé par un dermatologue *versus* un médecin généraliste

► Discussion du groupe de travail

Le groupe de travail a soulevé cette question car un des arguments pouvant montrer l'impact du retard au diagnostic lié au passage par le médecin généraliste pourrait être le différentiel d'épaisseur du mélanome cutané au moment de son exérèse.

► Données de la littérature

Aucune étude évaluant l'épaisseur du mélanome lorsque le diagnostic a été posé par un dermatologue *versus* un médecin généraliste n'a été identifiée par la recherche documentaire en dehors d'une étude non randomisée française (43). Cette étude montre que la typologie des patients traités pour un mélanome cutané et les caractéristiques de leur mélanome diffèrent selon qu'ils sont issus d'une consultation par un médecin généraliste ou un dermatologue.

- Patientèle des médecins généralistes : 40 % des consultants ont un âge > 70 ans ; 17,9 % des mélanomes cutanés ont un indice de Breslow > 3 mm ; 20 % des mélanomes cutanés sont de type nodulaire (or les données d'actualisation de la littérature montrent que les mélanomes à croissance rapide sont préférentiellement nodulaires).
- Patientèle des dermatologues : 25 % des consultants ont un âge > 70 ans ; 12,5 % des mélanomes cutanés ont un indice de Breslow > 3 mm ; 15,7 % des mélanomes cutanés sont de type nodulaire.
- Patientèle des dermatologues dans le cadre d'une consultation de surveillance des nævus ; 5 % des consultants ont un âge > 70 ans ; 12,5 % des mélanomes cutanés ont un indice de Breslow > 3 mm ; 15,7 % des mélanomes cutanés sont de type nodulaire.

Cette étude n'est pas une étude comparant la performance diagnostique des médecins généralistes à celle des dermatologues (pour mémoire, l'analyse de la littérature présentée dans le rapport HAS de 2006 (2) montrait que l'épaisseur des mélanomes au moment de l'exérèse était moins liée au délai diagnostique qu'à la vitesse de développement du mélanome). Elle tend à montrer que la population cible des dermatologues n'inclut pas suffisamment les sujets ayant un mélanome à croissance rapide, et que la définition de cette population à risque devrait être précisée pour orienter la consultation des dermatologues également vers cette population cible.

5. Limites du travail

L'étude de l'impact du parcours de soins sur un éventuel retard au diagnostic est indispensable puisqu'elle conditionne la justification de ce travail. Or aucune étude ne vient apporter une réponse à cette hypothèse. L'évaluation de l'impact des délais de consultation devrait être complétée en juxtaposant la cartographie de la densité des patients ayant un mélanome cutané et celle des dermatologues.

Pour des raisons de faisabilité, le groupe de travail a renoncé à l'évaluation du temps d'accès au dermatologue pour les patients consultant directement celui-ci ou pour ceux qui passent par leur médecin généraliste, ce qui limite l'évaluation de l'impact des délais diagnostiques sur le retard au diagnostic du mélanome cutané.

L'enquête téléphonique est par définition déclarative et ne permet pas d'évaluer la qualité des connaissances et des pratiques ; elle permet d'identifier les besoins des médecins et de recueillir leur ressenti quant à leur niveau de connaissances sur le mélanome cutané. Conformément à ce que l'on est en droit d'attendre, l'enquête a montré que les médecins généralistes étaient conscients que leurs connaissances pouvaient être améliorées, mais cette information ne permet pas de conclure quant à l'impact du manque de connaissances sur le retard au diagnostic du mélanome cutané.

Les biais liés à l'enquête d'acceptabilité par les dermatologues d'une consultation dédiée au dépistage du mélanome cutané et un accès facilité à cette consultation dans un délai court limitent la pertinence des résultats (enquête basée sur le volontariat et diligentée par le SNDV donc excluant 35 % des dermatologues libéraux ou hospitaliers).

L'analyse économique des données de prise en charge du mélanome cutané, effectuée par la HAS, soulève une question qui n'a pas été abordée par le groupe de travail : quel est l'impact des dépassements d'honoraires sur l'accès au dermatologue et le diagnostic précoce du mélanome cutané ? Selon les données économiques présentées par la HAS (6), ils représentent 50 % de la masse des honoraires remboursés par l'Assurance maladie pour les actes d'exérèse des lésions cutanées suspectes et 20 % de ceux remboursés pour le suivi des sujets à haut risque. Il aurait été intéressant d'évaluer par une enquête menée auprès des patients l'impact de ces dépassements sur l'accès aux soins et sur le retard diagnostique.

6. Perspectives

Pour améliorer le diagnostic précoce du mélanome cutané, des actions ont été mises en œuvre ou sont toujours en cours de développement.

6.1. Actions ayant été mises en œuvre

Les actions suivantes ont été développées par la HAS en 2006 et l'INCa en 2010 :

- HAS : élaboration d'un guide synthétique de diagnostic précoce du mélanome cutané en direction du médecin traitant suite au rapport sur la stratégie de diagnostic précoce du mélanome cutané avec proposition d'un parcours de soins (2).
- INCa : élaboration de modules de formation à destination des professionnels de santé, outil de formation multimédia à destination des médecins généralistes, des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers². Certaines initiatives régionales ont été mises en place, comme celle du réseau Mélanome Ouest (« Vigie cancer, votre peau est en danger ») (47).

² <http://www.e-cancer.fr/formations-demographie/outils-de-formation/>

6.2. Actions toujours en cours de développement

Un certain nombre d'actions sont mises en œuvre chaque année pour améliorer le diagnostic précoce du mélanome cutané.

- Renforcement des campagnes d'information grand public sur les risques liés à l'exposition au soleil et la prévention (INCa puis Inpes depuis 2009).
- Action du Syndicat national des dermatologues vénéréologues qui organise chaque année une journée nationale d'information et offre un examen cutané aux personnes qui le souhaitent (le soutien à cette action apporté par le ministère de la Santé et des Sports a été poursuivi par l'INCa qui en assure l'évaluation).
- Inscription de la thématique « mélanome cutané » dans les appels à projets de recherche de l'INCa, notamment en santé publique depuis 2007.
- Inscription dans le plan cancer 2009-2013 des objectifs d'amélioration des conditions de détection précoce des cancers de la peau et identification des terrains à risques (action 17.2).
- Amélioration de l'information et de la formation des médecins généralistes au repérage des personnes à risque et des lésions suspectes :
 - élaboration et validation d'une grille d'identification des sujets à risque fondée sur les facteurs de risque identifiés dans le rapport HAS de 2006 (2) ;
 - évaluation de la faisabilité d'un dépistage opportuniste ciblé du mélanome cutané (en accord avec le parcours de soins) par un projet pilote en Région (notamment réseau Mélanome Ouest).

6.3. Actions à venir

Les projets suivants ont été élaborés et devraient être développés prochainement :

- Amélioration de la collecte de données avec le développement d'un programme de surveillance des mélanomes cutanés de la peau pour orienter les mesures de santé publique à partir des registres des cancers (généraux et spécialisés).
- Définition des stratégies à mettre en œuvre pour prolonger dans le temps les effets des campagnes d'information grand public (sur la prévention des effets délétères du rayonnement solaire) en évaluant l'impact de ces campagnes.
- Recherche de données manquantes notamment par le biais d'études spécifiques.
- Étude sur la typologie des patients ayant un mélanome cutané à croissance rapide.
- Étude de faisabilité par les registres des cancers des moyens à mettre en œuvre afin de disposer de tous les indices de Breslow mesurés sur les mélanomes cutanés examinés dans les laboratoires d'anatomopathologie (recueil des stades de développement du mélanome cutané au moment du diagnostic) avec pour objectif l'intégration en routine de ce recueil de données dans l'activité des registres.
- Étude de cohorte par les registres des cancers afin de connaître la survie des patients et leurs caractéristiques cliniques, avec pour objectif d'améliorer la connaissance sur les modalités du parcours de soins dans la détection du mélanome cutané et d'identifier les causes de retard au diagnostic.
- Étude rétrospective en lien avec les laboratoires d'anatomopathologie ayant pour objectif d'évaluer le ratio lésions bénignes/lésions malignes, la décision d'exérèse ayant été posée avec ou sans utilisation du dermoscope.
- Étude à partir des données Cnamts sur le parcours de soins suivi par un patient ayant eu un mélanome cutané (comparaison des dates de mise en ALD et des dates de consultations, comparaison médecin généraliste et dermatologue).

Annexe 1. Composition du groupe de travail

Nom, prénom	Fonction et/ou organisme de tutelle	Lieu d'exercice
ROUSSELET Gérard	SNDV	Paris
BLANCHET-BARDON Claudine	SNDV	Paris
LESSELLIER Dominique	Cnamts	Paris
DESO Elisabeth	Cnamts	Paris
DELAVEYNE Roselyne	HAS	Saint-Denis La Plaine
CLAVERO José	Médecin généraliste	Paris
LEQUEUX Yves	Médecin généraliste	Saint-Père-en-Retz
EISINGER François	FNCLCC	Marseille
VIGNON-PENNAMEN Dominique	Anatomopathologiste	Paris
GROB Jean-Jacques	Représentant SFD, dermatologue, hôpital Sainte-Marguerite	Marseille
DRENO Brigitte	Représentante SFD, dermatologue, Hôtel-Dieu	Nantes
ROBERT Caroline	IGR, dermatologue	Villejuif
VIGUIER Jérôme	INCa	Boulogne-Billancourt
PORTE Arnaud	INCa	Boulogne-Billancourt

Annexe 2. Coordination du projet et élaboration du rapport

Les travaux ont été coordonnés par le Dr Roselyne Delaveyne, chef de projet au service évaluation économique et santé publique (SEESP) de la HAS, et Arnaud Porte, chef de projet au département dépistage de l'INCa. Sept réunions ont été organisées avec le groupe de travail entre décembre 2008 et février 2010 aux dates suivantes :

- 17 décembre 2008 ;
- 05 février 2009 ;
- 02 avril 2009 ;
- 10 juin 2009 ;
- 16 septembre 2009 ;
- 26 novembre 2009 ;
- 25 février 2010.

La rédaction du rapport a été effectuée par Roselyne Delaveyne et Arnaud Porte sous la direction respective de Catherine Rumeau-Pichon, responsable du service évaluation économique et santé publique de la HAS, et du Dr Jérôme Viguier, responsable du département dépistage de l'Inca.

La relecture du rapport a été réalisée par l'ensemble des membres du groupe de travail. Le rapport a été validé par la CEESP, le Collège de la HAS et l'INCa.

Annexe 3. Bibliographie

1. Institut de veille sanitaire, Institut national du cancer, Réseau français des registres des cancers, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Hospices civils de Lyon. Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005. Données par localisation - Mélanome de la peau. Estimations en 2005. Répartition par âge. 2008. <http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/donnees_localisation/melanome_par_age.htm> [consulté en 01/2010].
2. Haute Autorité de Santé. Stratégie de diagnostic précoce du mélanome. Recommandation en santé publique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_strategie_de_diagnostic_precoce_du_melanome.pdf
3. New Zealand Guidelines Group. Clinical practice guidelines for the management of melanoma in Australia and New Zealand. Wellington: Cancer Council Australia; Australian Cancer Network; Ministry of Health, New Zealand; 2008. http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0141/melanoma_guideline_june_2009_update.pdf
4. Geller AC, Greinert R, Sinclair C, Weinstock MA, Aitken J, Boniol M, *et al.* A nationwide population-based skin cancer screening in Germany: proceedings of the first meeting of the International Task Force on Skin Cancer Screening and Prevention (September 24 and 25, 2009). *Cancer Epidemiol* 2010;34(3):355-8.
5. Haute Autorité de Santé. Dermatoscopie [dermoscopie] pour surveillance cutanée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_dermoscopie.pdf
6. Haute Autorité de Santé. Détection précoce du mélanome. Axe parcours de soins. Actualisation de la littérature. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.
7. Institut de veille sanitaire, Institut national du cancer, Réseau français des registres des cancers, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Hospices civils de Lyon. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. Saint-Maurice: InVS; 2011. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2011/Projection-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-en-2011>
8. Le Fur P, Yilmaz E. Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie. Enquêtes Santé Protection Sociale 2004 et 2006. *Questions Econ Santé* 2008;(134).
9. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Gouyon M. Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonné : comportements et opinions. *Dossiers Solidarité Santé* 2009;(11).
10. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Sicart D. Les médecins au 1^{er} janvier 2010. *Série Statistiques* 2011;(152).
11. Institut de veille sanitaire, Institut national du cancer, Réseau français des registres de cancer, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Hospices civils de Lyon. Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005. 2008. <http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/mortalite_1980_2005/default.htm> [consulté en 11/2010].
12. Institut national du cancer. Survie attendue des patients atteints de cancers en France : état des lieux. Boulogne-Billancourt: INCa; 2010. <http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/360/4211-survie-des-patients-atteints-de-cancers-en-france-linca-dresse-un-etat-des-lieux>
13. Institut national du cancer. La situation du cancer en France en 2010. Boulogne-Billancourt: INCa; 2010. <http://www.e-cancer.fr/expertises-publications-de-linca/rapports-et-expertises/sante-publique>

14. Institut national du cancer, Institut de veille sanitaire, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Réseau français des registres de cancer, Hospices civils de Lyon. Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France. Boulogne-Billancourt: INCA; 2010.
- <http://www.e-cancer.fr/expertises-publications-de-l-inca/rapports-et-expertises/sante-publique>
15. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Mélanomes cutanés. In: Institut national de la santé et de la recherche médicale, ed. Cancers : pronostics à long terme. Paris: Inserm; 2006. p. 163-74.
16. Olsen CM, Carroll HJ, Whiteman DC. Estimating the attributable fraction for cancer: a meta-analysis of nevi and melanoma. *Cancer Prev Res* 2010;3(2):233-45.
17. Olsen CM, Carroll HJ, Whiteman DC. Estimating the attributable fraction for melanoma: a meta-analysis of pigmentary characteristics and freckling. *Int J Cancer* 2010;127(10):2430-45.
18. Olsen CM, Carroll HJ, Whiteman DC. Familial melanoma: a meta-analysis and estimates of attributable fraction. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010;19(1):65-73.
19. Caini S, Gandini S, Sera F, Raimondi S, Fagnoli MC, Boniol M, *et al.* Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma according to anatomical site and clinico-pathological variant. *Eur J Cancer* 2009;45(17):3054-63.
20. Chang YM, Barrett JH, Bishop DT, Armstrong BK, Bataille V, Bergman W, *et al.* Sun exposure and melanoma risk at different latitudes: a pooled analysis of 5700 cases and 7216 controls. *Int J Epidemiol* 2009;38(3):814-30.
21. Chang YM, Newton-Bishop JA, Bishop DT, Armstrong BK, Bataille V, Bergman W, *et al.* A pooled analysis of melanocytic nevus phenotype and the risk of cutaneous melanoma at different latitudes. *Int J Cancer* 2009;124(2):420-8.
22. Dennis LK, Vanbeek MJ, Beane Freeman LE, Smith BJ, Dawson DV, Coughlin JA. Sunburns and risk of cutaneous melanoma: does age matter? A comprehensive meta-analysis. *Ann Epidemiol* 2008;18(8):614-27.
23. Vestergaard ME, Macaskill P, Holt PE, Menzies SW. Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of studies performed in a clinical setting. *Br J Dermatol* 2008;159(3):669-76.
24. Ballard T, Lagorio S, de Angelis G, Verdecchia A. Cancer incidence and mortality among flight personnel: a meta-analysis. *Aviat Space Environ Med* 2000;71(3):216-24.
25. Dellavalle R, Drake A, Graber M, Heilig L, Hester E, Johnson K, *et al.* Statins and fibrates for preventing melanoma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005; Issue 4:CD003697.
26. West Midlands Health Technology Assessment Collaboration. Providing public health information to prevent skin cancer. Review of effectiveness and cost-effectiveness. Birmingham: WMHTAC; 2009.
- <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11871/50274/50274.pdf>
27. International Agency for Research on Cancer. The association of use of sunbeds with cutaneous malignant melanoma and other skin cancers: a systematic review. *Int J Cancer* 2007;120(5):1116-22.
28. Krengel S, Hauschild A, Schäfer T. Melanoma risk in congenital melanocytic naevi: a systematic review. *Br J Dermatol* 2006;155(1):1-8.
29. Institut national du cancer. Installations de bronzage UV. Etat des lieux des connaissances sur les risques de cancer. Boulogne-Billancourt: INCa; 2010.
- <http://www.e-cancer.fr/prevention/environnement-et-cancers/exposition-aux-rayonnements-uv/les-reponses-a-vos-questions>
30. Aitken JF, Elwood M, Baade PD, Youl P, English D. Clinical whole-body skin examination reduces the incidence of thick melanomas. *Int J Cancer* 2010;126(2):450-8.
31. Veierød MB, Adami HO, Lund E, Armstrong BK, Weiderpass E. Sun and solarium exposure and melanoma risk: effects of age, pigmentary characteristics, and nevi. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010;19(1):111-20.
32. Clough-Gorr KM, Titus-Ernstoff L, Perry AE, Spencer SK, Ernstoff MS. Exposure to sunlamps,

tanning beds, and melanoma risk. *Cancer Causes Control* 2008;19(7):659-69.

33. Aalborg J, Morelli JG, Mokrohisky ST, Asdigian NL, Byers TE, Dellavalle RP, *et al.* Tanning and increased nevus development in very-light-skinned children without red hair. *Arch Dermatol* 2009;145(9):989-96.

34. Koomen ER, Joosse A, Herings RMC, Casparie MK, Guchelaar HJ, Nijsten T. Estrogens, oral contraceptives and hormonal replacement therapy increase the incidence of cutaneous melanoma: a population-based case-control study. *Ann Oncol* 2009;20(2):358-64.

35. Richtig E, Santigli E, Fink-Puches R, Weger W, Hofmann-Wellenhof R. Assessing melanoma risk factors: how closely do patients and doctors agree? *Public Health* 2008;122(12):1433-9.

36. Fortes C, Mastroeni S, Melchi F, Pilla MA, Alotto M, Antonelli G, *et al.* The association between residential pesticide use and cutaneous melanoma. *Eur J Cancer* 2007;43(6):1066-75.

37. Reyes Ortiz CA, Freeman JL, Kuo YF, Goodwin JS. The influence of marital status on stage at diagnosis and survival of older persons with melanoma. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62A(8):892-8.

38. Veierød MB, Parr CL, Lund E, Hjartåker A. Reproducibility of self-reported melanoma risk factors in a large cohort study of Norwegian women. *Melanoma Res* 2008;18(1):1-9.

39. Han J, Colditz GA, Hunter DJ. Risk factors for skin cancers: a nested case-control study within the Nurses' Health Study. *Int J Epidemiol* 2006;35(6):1514-21.

40. Nijsten T, Leys C, Verbruggen K, Verlinden V, Drieghe J, Stas M, *et al.* Case-control study to identify melanoma risk factors in the Belgian

population: the significance of clinical examination. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005;19(3):332-9.

41. Quéreux G, Nguyen JM, Volteau C, Lequeux Y, Dréno B. Creation and test of a questionnaire for self-assessment of melanoma risk factors. *Eur J Cancer Prev* 2010;19(1):48-54.

42. Quéreux G, Lequeux Y, Nguyen JM, Cary M, Jumbou O, Dréno B. Evaluation de l'efficacité d'un dépistage ciblé du mélanome [poster]. Journées dermatologiques de Paris, 7-11 décembre 2010. Palais des congrès porte Maillot - Paris. *Ann Dermatol Venereol* 2010;137(HS4).

43. Durbec F, Vitry F, Granel-Brocard F, Lipsker D, Aubin F, Hédelin G, *et al.* The role of circumstances of diagnosis and access to dermatological care in early diagnosis of cutaneous melanoma. A population-based study in France. *Arch Dermatol* 2010;146(3):240-6.

44. Mas L. Rôle du médecin généraliste dans le diagnostic du mélanome : étude sur une base de population du nord-est de la France en 2008 [thèse]. Reims: Université-de-Champagne Ardenne; 2010.

45. Kvaskoff M, Mesrine S, Fournier A, Boutron-Ruault MC, Clavel-Chapelon F. Personal history of endometriosis and risk of cutaneous melanoma in a large prospective cohort of French women. *Arch Intern Med* 2007;167(19):2061-5.

46. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2010. Paris: CNOM; 2010. <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas%20National%20CNOM%202010.pdf?download=1>

47. Réseau Mélanome Ouest. Vigie cancer. Le soleil et la peau. Soleil et grain de beauté vous tendent un piège [cédérom]. Nantes: Réseau Mélanome Ouest; 2005.



Toutes nos publications sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr