Place des médecins généralistes dans le dépistage des lésions cutanées malignes dans la région Provence Alpes Côte d'Azur

Brice Belleudi

▶ **To cite this version:**

Brice Belleudi. Place des médecins généralistes dans le dépistage des lésions cutanées malignes dans la région Provence Alpes Côte d'Azur. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02090979

HAL Id: dumas-02090979

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02090979

Submitted on 5 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de Médecine
Aix*Marseille Université

Place des médecins généralistes dans le dépistage des lésions cutanées malignes dans la région Provence Alpes Côte d'Azur.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 30 Octobre 2018

Par Monsieur Brice BELLEUDI

Né le 18 novembre 1986 à Marseille 08ème (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur GAUDY-MARQUESTE Caroline	**Président**
Madame le Docteur HESSE Sylvie	**Directeur**
Monsieur le Professeur SALAS Sébastien	**Assesseur**
Monsieur le Professeur THIRION Xavier	**Assesseur**

Faculté de Médecine
Aix*Marseille Université

Place des médecins généralistes dans le dépistage des lésions cutanées malignes dans la région Provence Alpes Côte d'Azur.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 30 Octobre 2018

Par Monsieur Brice BELLEUDI

Né le 18 novembre 1986 à Marseille 08ème (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur GAUDY-MARQUESTE Caroline	**Président**
Madame le Docteur HESSE Sylvie	**Directeur**
Monsieur le Professeur SALAS Sébastien	**Assesseur**
Monsieur le Professeur THIRION Xavier	**Assesseur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :
* aux Etudes : Jean-Michel VITON
* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
* aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :
* 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
* 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
* 3eme cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
* DU-DIU : Véronique VITTON
* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
* Relations Internationales : Philippe PAROLA
* Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :
* Communication : Laetitia DELOUIS
* Examens : Caroline MOUTTET
* Logistique : Joëlle FRAVEGA
* Maintenance : Philippe KOCK
* Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy

CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
FARNARIER Georges
FAVRE Roger
FIECHI Marius

MM FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs — DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs — MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs — O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs — P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs — C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président — F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs — A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs — H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur — W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs — S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs — E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur — P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs — R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur — P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs — J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs — J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs — H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs — G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs — D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs — C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs — O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs — J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs — D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs — P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs — M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur — T. MARRIE (Canada)
Sir — G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur — M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur — L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur — A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur — S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLIN Robert Surnombre
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon Surnombre
BERNARD Jean-Paul
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle
BOUBLI Léon
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHARPIN Denis Surnombre
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DESSEIN Alain Surnombre
DESSI Patrick
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
ENJALBERT Alain Surnombre
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCES Yves Surnombre
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRILLO Jean-Marie Surnombre
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MARANINCHI Dominique Surnombre
MARTIN Claude Surnombre
MATONTI Frédéric
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE *A TEMPS PARTIEL*

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (disponibilité)
ANGELAKIS Emmanouil
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BARTOLI Christophe
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
COZE Carole
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DEL VOLGO/GORI Marie-José
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVEZE Arnaud Disponibilité
DUBOURG Grégory
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FROMONOT Julien
GABORIT Bénédicte
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GRISOLI Dominique
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
OUDIN Claire
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PERRIN Jeanne
RANQUE Stéphane
REY Marc
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VALLI Marc
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
STEINBERG Jean-Guillaume
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE *5302*

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE *5203*

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

A Madame le Professeur GAUDY Caroline, qui m'a fait l'honneur de présider ce jury. Merci infiniment de m'avoir permis de réaliser cette étude. Vos conseils avisés et votre disponibilité m'ont été d'une aide précieuse.

A Madame le Docteur HESSE Sylvie, ma directrice de thèse. Un immense merci pour votre investissement, votre soutien sans faille et votre gentillesse qui m'ont permis de mener à bien cette étude. Ce travail n'aurait pas été possible sans vous et je vous en suis profondément reconnaissant.

A Monsieur le Professeur SALAS Sébastien, merci de me faire l'honneur de siéger dans mon jury de thèse. Je vous remercie pour vos enseignements et vos compétences qui ont enrichi mon stage en cancérologie dans votre service et qui ont contribué à mon intérêt dans ce domaine.

A Monsieur le Professeur THIRION Xavier, mes sincères remerciements pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Veuillez accepter ma reconnaissance pour l'aide que vous m'avez apporté dans la bonne réalisation de mes analyses statistiques.

Je remercie très sincèrement tous les médecins qui m'ont permis de valoriser au mieux mon internat en m'enseignant leurs compétences avec passion :

Alban Benezech, Muriel Alemy-Carreau, Marjorie Nelly, Pierre Capela, Nathalie Michaud, et toute l'équipe de Gastro-entérologie de Salon, Marie Fichaux, Sophie Mercier, Florence Hentschel, Anne-Sophie Péron, Céline Ayasso, Adeline Chardin, Vincent Rieunier et toute l'équipe des urgences de Manosque.

Je remercie également mes anciens co-internes, Thibaut, Jean Pierre, Aurélie, Céline, Sandra, Florent, qui ont permis que je réalise mes stages d'internes dans l'entente et la bonne humeur.

Je remercie profondément tous mes amis, Alexandre, Nicolas, Jean Christophe, Romain, Anthony, Antoine, Renaud, Alexandra, Sophie, Caroline, Laura, Vincent, Maxence, Ioana et d'autres… qui, parfois sans le savoir, m'ont été d'une aide et d'un soutien précieux pour apporter l'équilibre et la joie de vivre dont j'ai eu besoin au fil de ces longues années.

Je remercie également ma famille, et en particulier ma mère, ma grand-mère et mon regretté grand-père pour m'avoir encouragé et soutenu dans n'importe quelle situation de la vie. Vous avez toujours cru en moi, et je n'en serai pas là sans vous. Vous êtes formidables, je vous dois tout. Je vous aime.

A mes 3 cousines chéries Claire, Laura, et Julie et à mon tonton Jean avec qui j'ai grandi et partagé tant de bons moments.

A toute ma belle-famille, qui m'a si bien accueilli et qui fait partie de ma vie et de mon bonheur, Sylvie, Roger, Antoine, Caroline, Bernadette, Dominique, Hélène, Marie Laure, Franck, Cécile, Hervé, Lucille, Skander.

Et enfin, à ma chérie Elisa, qui fait le bonheur de ma vie chaque jour par son amour, sa gentillesse et sa joie de vivre, je n'en serais pas là sans toi, je t'aime tant. Merci de m'avoir choisi et de faire de moi la personne la plus comblée qui soit.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION 3

2. GENERALITES 5
2.1 Anatomie de la peau 5
2.1.1 L'épiderme 5
2.1.1.1 Les kératinocytes 5
2.1.1.2 Les mélanocytes 6
2.1.1.3 Les cellules de Langerhans 7
2.1.1.4 Les cellules de Merkel 7
2.1.2 La jonction dermo-épidermique 7
2.1.3 Le derme 8
2.1.4 L'hypoderme 9
2.2 Physiopathologie 10
2.2.1 Carcinogénèse cutanée 10
2.2.2 Le mélanome 10
2.2.3 Le carcinome baso-cellulaire 13
2.2.4 Le carcinome épidermoïde 14
2.3 Epidémiologie des cancers cutanés 15
2.3.1 Le mélanome 15
2.3.2 Les carcinomes 17
2.4 Coût de santé publique des cancers de la peau 18
2.5 Historique des plans cancers en rapport à la dermatologie 19
2.6 Recommandations actuelles de dépistage 21

3. MATERIEL ET METHODE 22
3.1 Type d'étude 22
3.2 Population étudiée 22
3.2.1 Critères d'inclusion 22
3.2.2 Critères de non inclusion 22
3.2.3 Critères d'exclusion 22
3.2.4 Modalités de recueil 22
3.2.5 Période de recueil 22
3.3 Le questionnaire 23
3.3.1 Elaboration 23
3.3.2 Contenu 23
3.3.3 Diffusion 24
3.3.4 Réception des données 24
3.3.5 Analyse des données 25

4. RESULTATS 26
4.1 Caractéristiques de la population 26
4.1.1 Répartition selon le sexe 26
4.1.2 Répartition selon le nombre d'années d'exercice 27
4.1.3 Répartition selon le type de lieu d'exercice 27
4.1.4 Répartition en fonction de la formation 28
4.2 Observation des pratiques de dépistage 29
4.2.1 Réalisation des examens de dépistages dermatologiques 29
4.2.2 L'accès au dermatologue 30

4.2.3 Patients adressés chez le spécialiste pour une lésion suspecte 30
4.2.4 Patients adressés pour une lésion cancéreuse avérée 31
4.3 Etude des freins potentiels au dépistage dermatologique 32
4.3.1 Les connaissances 32
4.3.2 Le temps 33
4.3.3 La gêne 34
4.3.4 Peur de rassurer à tort 34
4.3.5 Peur de paraitre incompétent 35
4.3.6 Synthèse des freins au dépistage dermatologique 36
4.4 Attitude face à une lésion dermatologique 37
4.4.1 Résultats concernant les lésions malignes 38
4.4.2 Résultats concernant les lésions bénignes 40
4.4.3 Analyses en sous-groupes 42
4.4.3.1 Réalisation des examens de dépistage 42
4.4.3.2 Fréquence de patients adressés chez le dermatologue 43
4.4.3.3 Accès au dermatologue 43
4.4.3.4 Diagnostics et prises en charges 44
4.5 Les idées d'amélioration 46
4.5.1 La prise en charge à 100 % 46
4.5.2 La télémédecine 47
4.5.3 Les formations 48

5. DISCUSSION 50
5.1 Les forces de l'étude 50
5.2 Les limites de l'étude 51
5.3 La dermatologie en médecine générale 52
5.3.1 Le médecin généraliste, acteur central de l'onco-dermatologie 52
5.3.2 Limites du dépistage des lésions cutanées malignes en médecine générale 53
5.3.3 Freins au dépistage cutané 54
5.3.4 Pistes d'amélioration 57

6. CONCLUSION 61

7. BIBLIOGRAPHIE 62

8. ANNEXES 67

9. LISTE DES ABREVIATIONS 91

1. INTRODUCTION

Parmi les taches relevant de l'exercice de la médecine générale, il en est une majeure : dépister les maladies graves et curables à un stade le plus précoce possible.

Parmi ces maladies, les cancers sont indéniablement les plus redoutés par les patients et les soignants. Les cancers cutanés mélaniques et épithéliaux, souvent négligés, représentent pourtant un tiers des cancers de l'adulte. Selon les Skin Cancer Foundation Statistics [1], un américain sur cinq présentera un cancer cutané au cours de sa vie. Les cancers de la peau sont également les cancers les plus fréquents en France ; Ils représentent ainsi un véritable enjeu de santé publique.

Durant l'année 2011 en France, 9780 nouveaux cas de mélanomes ont été diagnostiqués [2], dont 25 % à un stade avancé (stade III : atteinte ganglionnaire régionale et stade IV : métastases à distance). Ce chiffre, en constante augmentation, est passé à 11 176 nouveaux cas pour l'année 2012 [3] puis 14325 pour l'année 2015 [4]; Les dernières données de projection entre 2013 et 2017 de l'Institut National du Cancer vont dans ce sens et prédisent encore une fois une augmentation d'incidence et de mortalité. Bien que le mélanome soit le cancer cutané le plus grave de par sa capacité à métastaser rapidement, les autres tumeurs cutanées épithéliales représentent 90% des cancers de la peau et sont les plus fréquents des cancers de l'adulte.

L'augmentation du taux d'incidence de ces dernières décennies connaît de grandes disparités en fonction des latitudes des pays (exposition aux UV) et des populations (sujets à peau claire plus à risque), il est maximal chez les populations caucasiennes vivant en Australie, en Nouvelle Zélande et aux Etats Unis, il est élevé dans un grand nombre de pays d'Europe et est considéré comme intermédiaire en France, mais l'augmentation progressive du taux d'incidence dans notre pays tend à majorer ce risque d'années en années. En France, le nombre de nouveaux cas a plus que triplé entre 1980 et 2005 [5], probablement en raison de l'évolution des habitudes d'exposition au soleil au cours des quatre dernières décennies.

Le facteur pronostic le plus important des lésions cutanées malignes, comme dans la plupart des pathologies oncologiques, est le stade précoce de la prise en charge qui conditionne de façon majeure les courbes de survie. Le taux de survie à 5 ans est de 98 % pour un mélanome localisé contre 62 % pour un mélanome avec extension loco régionale [6]. Toutes les recommandations de bonnes pratiques insistent sur la nécessité d'un dépistage visuel fréquent par le médecin généraliste ou par toute personne d'une profession paramédicale amenée à avoir sous les yeux la peau d'un patient (kinésithérapeute, infirmier), ou par le patient lui-même qui doit être éduqué à un auto-dépistage surtout s'il est identifié comme personne à risque de cancer cutané [7].

Ces chiffres justifient de promouvoir la prévention primaire et secondaire des cancers cutanés et encouragent les médecins à dépister le plus précocement possible les lésions cutanées pour traiter de la façon la plus efficace possible tous les nouveaux cas de mélanomes ou d'autres lésions cutanées malignes.

Ainsi, la Haute Autorité de Santé recommande depuis 2006 un dépistage annuel chez les personnes à risques de mélanome [7] [8], mais ne donne pas de recommandations précises concernant les populations non classées à risque ni concernant les carcinomes épidermoïdes et basocellulaires. Bien qu'il soit accessible à un simple examen visuel du tégument, plusieurs études ont montré qu'il est sous pratiqué [9] malgré le rôle majeur et établi du médecin généraliste dans ce dépistage [10]. Plusieurs freins ont été mis en évidence : manque de temps, frein au déshabillage, mais surtout peur de manquer de connaissances.

En effet, le niveau des connaissances en onco-dermatologie est variable entre chaque médecin et ceci en raison de plusieurs facteurs : avoir effectué un stage en service de Dermatologie pendant ses études médicales, réaliser des formations médicales continues, selon la pratique personnelle de chaque médecin, le lieu d'exercice et la démographie médicale du secteur notamment en terme d'accès à un spécialiste. Le reflet de sa propre capacité à réaliser un dépistage dermatologique de lésions cutanées suspectes sera donc impacté par ces variantes singulières à chacun. Cependant, il n'est pas demandé aux médecins généraliste un diagnostic précis ni une prise en charge spécialisée qui effectivement relèvent de connaissances poussées; Le simple fait d'observer le tégument de ses patients en se basant sur quelques règles simples de dépistage semble accessible à tous.

Dès lors qu'un médecin généraliste est alerté sur une lésion dermatologique qui lui paraît suspecte, il enverra son patient chez un spécialiste dans les plus brefs délais qui lui-même réalisera une exérèse voir une biopsie en fonction de l'aspect de la lésion et de la suspicion clinique. Dès cet instant le patient se retrouve dans un parcours de soins adapté qui lui permettra au mieux de bénéficier d'une prise en charge optimale et rapide lui offrant le maximum de chance de guérison lié à une réduction du délais entre l'apparition d'une lésion et sa prise en charge [11].

L'objectif principal de cette étude est de décrire la pratique des médecins généralistes de la région Provence Alpes Côte d'Azur lorsqu'ils sont confrontés à une lésion cutanée maligne.

Cette étude permettra également d'observer le niveau d'implication des médecins généralistes de la région dans le dépistage des cancers cutanés (fréquence du dépistage, fréquence d'orientation vers un dermatologue).

Enfin, il sera tenté d'analyser les éventuels freins au dépistage cutané des lésions malignes, et de trouver des pistes de sensibilisation à ce problème de santé publique telle que la télémedecine ou la prise en charge intégrale par la sécurité sociale des consultations de dépistage chez les sujets à risque.

2. GENERALITES

2.1 Anatomie de la peau [12] [13] [14]

La peau est l'organe le plus important du corps humain en raison de sa surface d'environ 2 m² et de sa masse de près de 5 kg chez un adulte. C'est un organe complexe dont le but est de former une barrière naturelle avec l'extérieur afin de protéger notre organisme des agressions externes mais aussi d'assurer de multiples échanges avec le milieu environnant.

Sur le plan anatomique, la peau se divise en 4 couches superposées qui sont de l'extérieur vers l'intérieur : l'épiderme, la jonction dermo-épidermique, le derme et l'hypoderme. La peau est considérée comme fine ou épaisse en fonction de l'épaisseur de son épiderme, elle est ainsi plus épaisse au niveau des paumes des mains et des plantes des pieds. De façon indépendante à l'épaisseur de l'épiderme, le derme et l'hypoderme ont aussi des épaisseurs très variables.

2.1.1 L'épiderme

L'épiderme, en constant renouvellement, est la structure de revêtement la plus externe de la peau, il est constitué de 4 types cellulaires différents : les kératinocytes, les mélanocytes, les cellules de Langerhans, les cellules de Merkel. C'est un épithélium pavimenteux, stratifié et kératinisé. A l'état normal, l'épiderme n'est pas vascularisé et contient de très nombreuses terminaisons nerveuses sensitives.

2.1.1.1 Les kératinocytes

Ils constituent 80 % des cellules épidermiques. Ce sont des cellules d'origine ectodermique qui assurent la cohésion de l'épiderme. Ils ont un rôle de barrière entre le milieu intérieur et extérieur de l'organisme et un rôle protecteur contre les agressions mécaniques et les radiations lumineuses. Ils ont également une activité immunologique à part entière en tant que cellules présentatrices d'antigènes et en produisant de nombreuses cytokines.

En migrant de la profondeur vers la surface, ils vont former 4 couches superposables : la couche basale, la couche spineuse, la couche granuleuse et la couche cornée. Au fil de leur migration les cellules passent progressivement d'une fonction de prolifération importante vers une fonction de différenciation. Cette migration dure entre 3 et 4 semaines pour une peau normale.

La couche basale est formée d'une assise de cellules directement en contact avec la jonction dermo-épidermique sur laquelle ils s'accrochent. Parmi les

kératinocytes de cette couche se trouvent les cellules basales souches qui assurent le renouvellement de l'épiderme, le nombre de mitoses y est très important. Leur forme est cylindrique en microscopie optique avec un noyau et un cytoplasme allongé de grand axe perpendiculaire à la jonction dermo-épidermique. En migrant vers la couche spineuse, les kératinocytes prennent une forme polygonale, leur noyau s'arrondit et leur cytoplasme, en se rétractant, va leur donner une forme épineuse visible en microscopie optique, d'où le nom de couche spineuse. Ces épines sont en fait les desmosomes des kératinocytes où la paroi cellulaire adhère à une cellule adjacente pour former une architecture solide. Progressivement, le cytoplasme et le noyau cellulaire va s'aplatir, leur grand axe va devenir parallèle à la jonction dermo-épidermique et l'apparition de granulations basophiles dans le cytoplasme va donner son nom à la couche granuleuse. La suite de leur différenciation va aboutir à une perte de leur noyau, les kératinocytes deviennent des cornéocytes, qui forment une assise de cellules aplaties compactes en profondeur au contact de la couche granuleuse et desquamante en superficie. Les desmosomes se sont transformés en cornéodesmosomes. La couche cornée assurant ainsi un rôle de barrière cutanée grâce à son architecture cellulaire ainsi qu'à un film hydrolipidique constitué de sueurs et de sébum, véritable ciment extracellulaire qui rend la peau presque imperméable à l'eau.

Ce sont les kératinocytes qui sont à l'origine des carcinomes.

2.1.1.2 Les mélanocytes

Ils constituent la deuxième grande population cellulaire de l'épiderme et ont pour rôle de synthétiser 2 types de mélanine : la phéomélanine et la eumélanine. Cette fonction est assurée dans des organites spécialisés : les mélanosomes, qui seront ensuite transférés aux kératinocytes pour que la peau puisse assurer son rôle photoprotecteur contre les radiations ultra violettes. Les phéomélanines sont des pigments jaune-rouge et les eumélanines des pigments brun-noir. La pigmentation constitutive de la peau est ainsi déterminée en fonction de la répartition entre les 2 types de mélanines, elle s'oppose à la pigmentation facultative communément appelée bronzage qui apparaît sous l'action des rayonnements ultra-violets. Les eumélanines ont un rôle de photoprotection alors que les phéomélanines deviennent carcinogènes sous l'action des UV.

La répartition entre phéomélanine et eumélanine est déterminé par des composantes génétiques propres à chaque individu et conditionne le phototype cutané qui définit la couleur constitutive de la peau et sa capacité à développer une pigmentation sous l'effet des UV. Cette classification va du type 1, le plus à risque de développer des mélanomes, au type 6, le plus résistant à la carcinogénèse des mélanocytes.

C'est aux dépends des mélanocytes que naissent les mélanomes.

2.1.1.3 Les cellules de Langerhans

Les cellules de Langerhans représentent 3 à 8 % des cellules épidermiques. Ce sont des cellules transépithéliales, qui font partie du groupe des cellules dendritiques présentatrices d'antigènes aux lymphocytes T [18].
Produites au niveau des organes hématopoïétiques, elles vont ensuite migrer vers l'épiderme où leur rôle sera de capturer des antigènes exogènes pour les ré-exprimer à leur surface grâce à des molécules du complexe majeur d'histocompatibilité de classe II. Elles vont ensuite présenter ces antigènes aux lymphocytes T CD4 en migrant dans le réseau lymphatique jusqu'aux ganglions les plus proches.

Les cellules de Langerghans interviennent directement par leur prolifération dans les rarissimes histiocytoses cutanées; elles interviennent également dans la défense immunitaire entre autres contre les cancers

2.1.1.4 Les cellules de Merkel

Ce sont des cellules neuro-épithéliales qui ont un rôle de mécanorécepteurs à adaptation lente de type I, elles ont également des fonctions inductives et trophiques sur les terminaisons nerveuses périphériques et les annexes cutanées (phanères, poils, glandes sudoripares). Elles sont plus nombreuses dans les zones où la discrimination tactile est la plus grande comme au niveau des paumes des mains, pulpe des doigts, lèvres ou dos des pieds. C'est aussi dans ces zones là que l'on peut les retrouver en amas de 10 à 80 cellules pour former un corpuscule de Merkel, aussi appelé disque de Pinkus ou corpuscule tactile, afin de conférer au tégument une sensibilité encore plus fine.

Elles peuvent être à l'origine des carcinomes à cellules de Merkel [19] qui sont des tumeurs neuro-endocrines très rares (incidence d'environ 0,3 pour 100 000 personnes années) mais cependant en forte augmentation, et significativement corrélées à une immunodépression qu'elle qu'en soit la cause (médicamenteuse, liée à une hémopathie, au VIH, ou au vieillissement de la population). Ces carcinomes sont observés dans les populations à peau claire et leur potentiel métastatique est élevé.

Un polyomavirus est présent dans environ 80 % des carcinomes de Merkel.

Les carcinomes de Merkel ne seront pas abordés dans cette étude.

2.1.2 La jonction dermo-épidermique

La jonction dermo-épidermique sépare le derme de l'épiderme. Véritable membrane basale, elle est une entité complexe avec des caractéristiques fonctionnelles à part entière. Elle se présente comme une ligne fine, ondulée et homogène où se succèdent des saillies de l'épiderme dans le derme appelés crêtes épidermiques et du derme dans l'épiderme appelées papilles dermiques.

Sa structure complexe se visualise en microscopie électronique, qui laisse apparaître de la superficie vers la profondeur : la membrane cytoplasmique des cellules basales de l'épiderme, suivie de la *lamina lucida*, claire aux électrons et de la *lamina densa*, dense aux électrons.

Elle diffère des autres membranes basales de l'organisme par des structures spécifiques d'ancrage dermo-épidermique constituées d'hémidesmosomes, de filaments et fibrilles d'ancrage et de plaques d'ancrage dermique. Ces structures étant constituées de différentes protéines spécifiques à cette entité et visualisables en immunohistochimie.

Des anomalies génétiques ou auto-immunes de ces molécules d'adhésion sont la cause de certaines dermatoses bulleuses sous-épidermiques par une altération de la cohésion dermo-épidermique au niveau de la lumina lucida ou de la lumina densa. Par ailleurs la reconstruction de l'épiderme en cas de traumatisme cutané ne peut se faire si la lamina densa n'est pas intacte.

La membrane basale joue un rôle clef en onco-dermatologie : tant qu'elle n'est pas franchie par la dysplasie, le cancer est dit « in situ » et donc n'a aucun potentiel métastatique.

2.1.3 Le derme

Tissu conjonctif situé juste en dessous de la jonction dermo-épidermique, il est une véritable charpente de la peau. Son épaisseur est variable (1 à 2 mm en moyenne) en fonction des localisations du corps, il est le plus fin au niveau des paupières et du prépuce (environ 0,6 mm) et le plus épais au niveau de la plante des pieds et de la paume des mains (environ 3 mm). C'est une structure richement innervée et vascularisée.

Il se compose de deux types de cellules : les fibroblastes qui sont des cellules fixes d'origine mésenchymateuse, et des cellules sanguines qui sont mobiles et d'origine hématopoïétique. Il est constitué de plusieurs types de fibres qui font sa structure : les fibres de collagène, les fibres du réseau élastique constituées de 3 sous types de fibres distinctes (les fibres oxytalanes, les fibres d'eulanine, les fibres élastiques proprement dites), et les fibres de réticuline. La cohésion de l'ensemble de cette structure est assurée par ce que l'on appelle la « substance fondamentale » qui est un ensemble de mucopolysaccharides tel que l'acide hyaluronique.

Sur le plan anatomo-fonctionnel il est séparé en 2 parties.

- Une première étant le derme papillaire qui se situe entre les crêtes épidermiques. C'est une zone fine et superficielle, constituée d'un tissu conjonctif plutôt lâche fait de fibres de collagènes, de fibres de réticuline et de la portion terminale du réseau élastique. On y trouve des fibroblastes, des cellules sanguines provenant des anses capillaires terminales et des terminaisons nerveuses.

- La deuxième partie est le derme réticulaire, d'une épaisseur variable, il est constitué d'un tissu conjonctif plus dense fait de fibres de collagène épaisses qui s'entrecroisent avec les fibres élastiques pour former un réseau fibrillaire structuré et solide dans un plan sensiblement parallèle à la surface de la peau. On y trouve des artérioles, des veinules, des vaisseaux lymphatiques, ainsi que des structures d'innervation sensitive et du système nerveux autonome. Il contient aussi les follicules pilosébacés, les muscles arrecteurs du poil et les canaux excréteurs des glandes sudoripares.

2.1.4 L'hypoderme

L'hypoderme est en continuité directe avec le derme ; ils forment ainsi une entité anatomo-fonctionnelle commune. Il s'étend jusqu'aux plans aponévrotiques ou périostés. Il est absent au niveau des paupières, des oreilles et des organes génitaux masculins.

C'est la couche la plus profonde de la peau qui est constituée de la même structure fibrillaire que le derme à laquelle s'ajoutent des lobules graisseux d'une épaisseur variable en fonction des individus, des parties du corps et du sexe.

L'hypoderme assure ainsi une fonction d'amortisseur contre les chocs mécaniques externes ainsi qu'une fonction d'isolation thermique.

2.2 Physiopathologie

2.2.1 Carcinogénèse cutanée

Bien que d'origine multifactorielle la carcinogénèse cutanée est étroitement liée à l'exposition chronique aux radiations ultra-violettes [15].
Celles-ci sont également la cause principale du vieillissement cutané extrinsèque aussi appelé héliodermie. Le vieillissement cutané extrinsèque peut être aggravé par d'autres facteurs exogènes que l'exposition solaire qui sont : le tabac, l'alcool, certaines carences alimentaires, des maladies inflammatoires chroniques, certaines maladies endocriniennes ou une corticothérapie au long cours.

L'héliodermie s'additionne au vieillissement cutané intrinsèque lié à l'âge pour favoriser l'apparition de lésions cutanées malignes ou susceptibles de le devenir en tant que précurseurs.

Les rayonnements UV sont à l'origine de modification de la structure de l'ADN des cellules de l'épiderme. Ils génèrent également des espèces réactives de l'oxygène toxiques pour les cellules. La susceptibilité génétique de chacun conditionne le nombre de dommages cellulaire en zone photo exposée. En effet, le phototype cutané témoigne de la photoprotection naturelle propre à chaque individu, et permet de définir un risque de survenue de lésion cutanée maligne.

Bien que les radiation UV soient clairement identifiées comme le facteur de risque principal de cancers cutanés, d'autres éléments ont été mis en évidence comme pouvant être directement responsables d'une carcinogénèse cutanée : les radiations ionisantes, les dermatoses inflammatoires (tel le lupus cutané), une immunosuppression acquise, certains agents chimiques (arsenic, goudrons, tabac, hydrocarbures), ou de façon plus générale toute cause entraînant une inflammation ou une plaie chronique de la peau (plaie, ulcère, cicatrice de brûlure). Certains génotypes de virus de la classe des papillomavirus humains peuvent également avoir un pouvoir oncogène en intégrant leur génome et induisant ainsi des modifications de la structure ADN des cellules hôtes de la peau ou des muqueuses [16].

2.2.2 Le mélanome

Tumeur cutanée qui se développe aux dépens des mélanocytes, il est le plus rare (environ 10 %) mais aussi le plus grave des 3 types principaux de cancer de la peau [4], et ce en raison de son fort pouvoir métastatique.

De façon générale, le mélanome semble être directement lié aux expositions solaires intermittentes et intenses, avec un rôle prépondérant des brûlures solaires reçus dans l'enfance mais aussi tout au long de la vie [17]. Comme vu précédemment, le risque est pondéré en fonction du phototype de l'individu qui caractérise un risque maximal pour les types I et II, puis progressivement dégressif pour être le plus faible chez les personnes à phototype VI.

Une très grande proportion (environ 80 %) des mélanomes apparaissent « de novo » en zone apparemment saine, c'est-à-dire sans lésions de la peau préexistante à ce niveau-là. Le risque de transformation maligne des nævi communs est extrêmement faible et ne justifie en aucun cas une exérèse systématique préventive. Ils s'intègrent en revanche dans une surveillance générale et sont considérés comme un marqueur de risque de mélanome en fonction de certaines de leurs caractéristiques.

Ainsi, sont à prendre en compte les marqueurs suivants pour définir des patients à risque de mélanomes [7] :

- Des antécédents familiaux de mélanome
- Des antécédents personnels de mélanome
- Phototype I et II (cheveux roux, éphélides, blond vénitien)
- Les antécédents de brûlures solaires, surtout dans l'enfance
- Un nombre élevé de naevi
- Le syndrome du naevus atypique défini par des naevi en grand nombre (plus de 50), de taille souvent supérieure à 6 mm, avec aspects atypiques en terme de forme ou de couleur, et pouvant siéger en zone non exposée au soleil.

Il existe des formes familiales de mélanomes qui représentent jusqu'à 10 % des cas, selon les populations ; ces formes sont définies par l'atteinte d'au moins deux personnes dans l'entourage familial proche. Le risque d'avoir alors plusieurs mélanomes primitifs est grand. Il existe plusieurs gènes impliqués dans ces formes familiales, le plus fréquent étant le gêne CDKN2A qui est un gêne suppresseur de tumeur, muté dans 10 à 30 % des cas de formes familiales.

La suspicion clinique de mélanome doit être évoquée en fonction des caractéristiques d'une tache mélanocytaire, en appliquant la règle ABCDE, très largement répandu, et qui permet de suspecter une malignité potentielle en présence d'au moins 3 critères sur 5 parmi :

- A : asymétrie
- B : bords irréguliers
- C : couleur inhomogène
- D : diamètre supérieur à 6 mm
- E : évolution récente

Cette règle est un outil d'aide diagnostic simple et accessible à tous. De façon plus générale toute lésion pigmentée qui ne ressemble pas aux autres, aussi appelé *« vilain petit canard »,* chez un individu donné doit alerter sur un potentiel risque de malignité et nécessite au minimum un avis spécialisé, un examen au dermatoscope et une exérèse complète si besoin.

Sur le plan anatomo-clinique, il existe 4 principaux groupes de mélanomes :

- Le mélanome superficiel extensif représente entre 60 et 70 % des mélanomes. Il est lié aux expositions solaires intermittentes et intenses, notamment celles reçues dans l'enfance. Il se présente sous la forme d'une tache pigmentée, asymétrique, à contours irréguliers, de couleur inhomogène, et dépassant souvent 5 mm. Il a tout d'abord une évolution horizontale superficielle qui peut durer de quelques mois à plusieurs années puis s'étend secondairement de façon verticale vers la profondeur en dépassant la jonction dermo-épidermique et atteignant ainsi les vaisseaux du derme entraînant un risque d'apparition de métastases à distance.

- Le mélanome nodulaire présente une évolution d'emblée verticale invasive rendant son pronostic plus sombre puisqu'il a en moyenne une extension plus importante au diagnostic que les autres types de mélanomes. Il est moins fréquent que le superficiel extensif mais représente tout de même 10 à 20 % des cas de mélanomes. Il est également lié aux expositions solaires intenses reçues dans l'enfance et se présente comme une lésion pigmentée noire ou brun foncé, voire rosée, nodulaire et bien arrondi. Il peut avoir tendance à saigner au frottement et possède une évolutivité rapide, qui sont deux critères d'alarme.

- Le mélanome de Dubreuilh représente environ 10 % des cas de mélanome, il présente également une phase initiale d'extension horizontale longue. Il siège sur les zones photo-exposées, et en particulier sur le visage des sujets de plus de 60 ans. Il est plutôt lié à une exposition solaire chronique cumulative.

- Le mélanome acral-lentigineux représente 2 à 5 % des cas, il siège au niveau des extrémités, paumes des mains, plantes des pieds, bords latéraux des doigts et des orteils et sous les ongles où il apparaît alors comme une bande pigmentée sous unguéale. Il est proportionnellement plus fréquent chez les sujets à peau foncée. Son rapport avec la photoexposition n'est pas évident.

- Le mélanome des muqueuses buccales et génitales, forme la plus rare, n'est pas lié à l'exposition solaire. Il apparaît lui aussi préférentiellement chez les sujets à peau foncée et se diagnostique généralement à un stade très avancé du fait de sa localisation.

A noter que pour un indice de Breslow (échelle mesurant l'extension en profondeur de la tumeur) identique, toutes ces formes anatomo-cliniques présentent le même pronostic.

2.2.3 Le carcinome baso-cellulaire [17] [20]

Il se développe aux dépens de l'épiderme et plus précisément des kératinocytes, en formant un amas compact de cellules issues de la zone basale ou des follicules pileux. Il est corrélé aux expositions solaires intermittentes aiguës reçues en particulier pendant l'enfance et l'adolescence, c'est pourquoi environ 80 % d'entre eux surviennent sur des zones photo-exposées. Son risque de survenue est également plus élevé chez des personnes au phototype clair. Il n'existe pas de lésion précurseur au carcinome baso-cellulaire.

Cette tumeur ne possède pas de pouvoir métastatique (ou de façon exceptionnelle), que ce soit au niveau ganglionnaire ou viscéral. Elle a par contre une extension locale progressive qui peut engendrer une destruction tissulaire importante et entraîner de graves lésions esthétiques, fonctionnelles voire vitales. Sa prise en charge consiste en une exérèse chirurgicale complète en marge saine.

Il existe 3 formes cliniques différentes :

- Le carcinome baso-cellulaire nodulaire, forme la plus fréquente, il se présente comme une lésion papuleuse ou nodulaire, lisse, bien limitée, de consistance ferme, généralement translucide et grisâtre, son extension est centrifuge avec succession de lésions perlées en périphérie.
- Le carcinome baso-cellulaire superficiel ou pagétoïde se présente comme une lésion plane, bien limitée, érythémato-squameuse. Il a une extension très lentement centrifuge et son bord est généralement constitué de petites lésions perlées à peine visible à l'œil nu. Il siège de façon prédominante sur le tronc et les membres et peut être d'emblée multifocal.
- Le carcinome baso-cellulaire sclérodermiforme est une lésion plane indurée ressemblant à une cicatrice blanchâtre, mal limitée, avec parfois un aspect atrophique. Il évolue de façon lentement centrifuge également, et peut rester longtemps méconnu en raison de son aspect trompeur et atteindre ainsi une taille importante, infiltrante, avec des bords spiculés et très étendus. Il est souvent localisé au niveau de la face.

Toutes ces formes peuvent également s'ulcérer ou se pigmenter, prenant alors des aspects variés et parfois difficiles à discerner d'une lésion mélanocytaire. L'analyse histologique permettra alors d'affirmer le diagnostic.

A noter que l'exérèse totale d'emblée est la règle si le diagnostic est cliniquement évident. En revanche une biopsie préalable sera effectuée lorsque la lésion présente des critères cliniques d'incertitude et à fortiori si elle est de grande taille, localisée près d'une zone anatomique fonctionnellement importante ou lorsque la rançon chirurgicale cicatricielle prévue est très délabrante.

2.2.4 Le carcinome épidermoïde [17] [22]

Cette appellation regroupe toutes les tumeurs épithéliales malignes ayant une différenciation malpighienne. Au niveau du tissu cutané, il est aussi appelé carcinome spinocellulaire, terme qui regroupe les carcinomes cutanés autres que les carcinomes baso-cellulaires. Plusieurs études ont mis en évidence le rôle d'une exposition aux radiations ultra-violettes de façon cumulative tout au long de la vie. Il est en effet plus fréquent sur les zones photo-exposées comme le visage, le dos des mains et les avant-bras comme l'a démontré une étude espagnole avec 92 % des carcinomes épidermoïdes dans ces zones [21]. Il apparaît plus fréquemment chez les personnes à phototype clair et les travailleurs exposés aux radiations UV.

Il résulte le plus souvent de la transformation maligne de lésions précancéreuses comme les kératoses actiniques qui sont des lésions de la peau photo-induites où l'épiderme a accumulé des mutations géniques infra cliniques consécutive à l'exposition aux UV. Ces lésions se présentent comme des plaques érythémato-squameuses ou croûteuses souvent multiples dans une zone donnée, pouvant saigner au grattage et légèrement rugueuses à la palpation. Ces lésions sont des précurseurs de carcinomes épidermoïdes et doivent être considérées comme un marqueur de risque, leur potentiel de transformation maligne reste limité mais elles justifient une surveillance cutanée accrue voire une destruction par cryothérapie.

L'alcool, le tabac et les papillomavirus humain jouent un rôle important dans l'apparition des carcinomes épidermoïdes au niveau des muqueuses orales ; les papillomavirus influent également dans l'apparition de carcinomes épidermoïdes cutanées chez des patients immunodéprimés et des muqueuses génitales.

La cancérogénèse se fait le plus souvent au niveau de la couche spineuse de l'épiderme. Lorsque la lésion est intra-épithéliale et n'a pas encore franchi la membrane basale (jonction dermo-épidermique) elle se nomme maladie de Bowen ou carcinome *in situ*, elle a l'aspect d'une lésion unique, bien limitée, érythémato-squameuse plus ou moins croûteuse et pigmentée.

Lorsque le carcinome épidermoïde franchit la membrane basale et devient invasif, il prend un aspect végétant et bourgeonnant avec une lésion croûteuse jaunâtre souvent indurée et ulcérée en son centre. Sur le plan histologique, les cellules kératinocytaires sont organisées de façon anarchique en lobule ou en travées mal limitées.

2.3 Epidémiologie des cancers cutanés

2.3.1 Le mélanome [5]

Le mélanome ne représente que 10 % des tumeurs cutanées mais il reste le cancer de la peau ayant la mortalité la plus importante de par sa facilité à métastaser et son évolution potentiellement rapide. En 2011, en France, il se situait à la 6ème place des cancers les plus fréquents en termes d'incidence chez la femme et à la 11ème place chez l'homme avec respectivement 5100 et 4680 nouveaux cas.

Son incidence connaît de grandes disparités en fonction des latitudes et des phototypes des populations, en effet son incidence atteint des sommets en Australie, Nouvelle Zélande et Etats-Unis, elle se situe aux alentours de 40 nouveaux cas pour 100 000 personnes/années chez les sujets à peau blanche en Australie. Elle est quasiment 100 fois plus faible dans les populations à peau foncée d'Afrique et dans certaines régions d'Asie. En Europe, il existe aussi un gradient Nord-Sud d'incidence avec un taux intermédiaire en France qui se situe environ à 11 cas pour 100 000 personnes/années (taux standardisés sur la population mondiale) [23].

Cependant, on note une tendance mondiale à l'augmentation du nombre de nouveaux cas par an depuis plus de 40 ans, ceci en raison d'une modification des habitudes comportementales. En France le taux d'incidence standardisé a augmenté en moyenne de 4.7 % par an chez l'homme et 3.2 % par an chez la femme entre 1980 et 2012. Cette augmentation connaît un ralentissement depuis 2005 mais la tendance reste toujours à la hausse pour les chiffres prévisionnels de 2017 avec une augmentation moyenne de 7,5 % entre 2015 et 2017 [24] (14 325 nouveaux cas en 2015 et 15404 en 2017). A noter que toutes les valeurs après 2013 ne sont pour l'instant que des prévisions éditées par l'Institut National du Cancer.

Figure 1. Nombre de cas et de décès selon l'année en France – Mélanome [5]

		Année					
	Sexe	1980	1990	2000	2005	2010	2012
Incidence	Homme	786	1 617	2 987	3 919	4 984	5 429
	Femme	1 493	2 464	3 822	4 653	5 456	5 747
Mortalité	Homme	299	480	701	815	920	954
	Femme	323	491	644	694	720	718

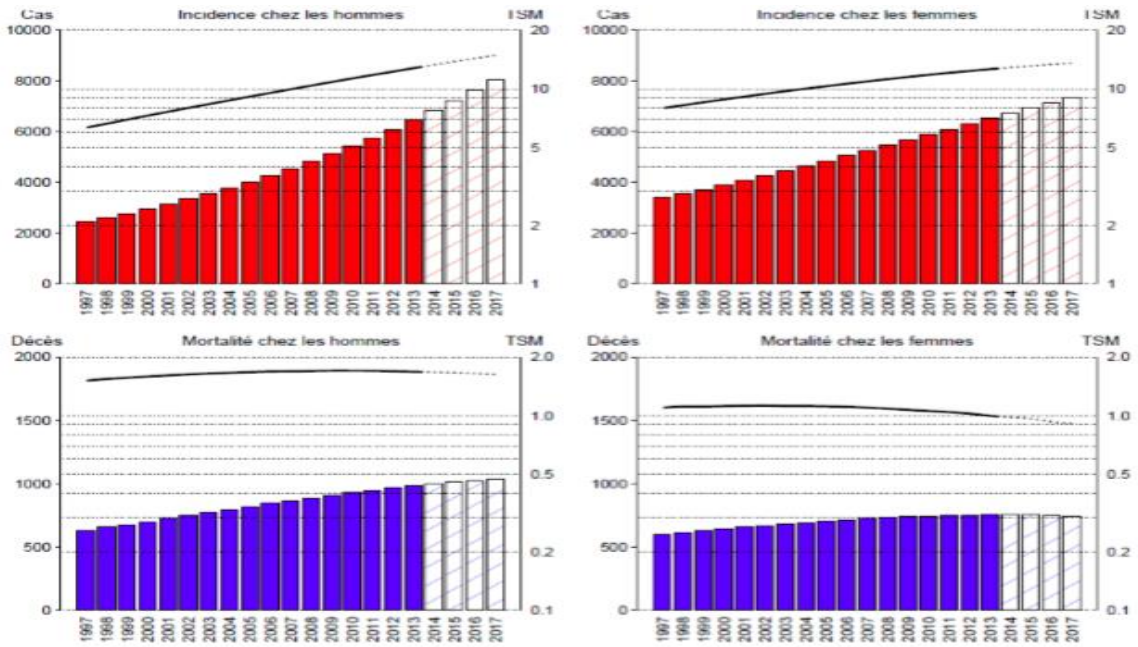
L'âge médian au diagnostic se situe entre 50 et 60 ans mais toutes les tranches d'âge peuvent être touchées. Les personnes atteintes avant 35 ans ont un risque accru de mélanome avec atteinte d'une aire ganglionnaire de drainage, mais de façon générale les tranches d'âges les plus âgées ont un pronostic plus sombre.

Figure 2. Nombre de nouveaux cas et de décès en 2017 en France métropolitaine par classe d'âge chez l'homme et chez la femme [24]

Classe d'âge	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00 ; 14]	7	9	0	0
[15 ; 49]	1 579	2 070	116	80
[50 ; 64]	2 177	2 039	225	141
[65 ; 74]	2 104	1 420	267	147
[75 ; 84]	1 475	1 042	247	165
[85; ++]	719	763	181	214
Total	8 061	7 343	1 036	747

Le mélanome de la peau se situe au 15 ème rang des décès par cancer en France en 2012 avec 1672 décès. Les taux standardisé de mortalité sont de 1.7 pour 100 000 personnes/années chez l'homme et 1.0 chez la femme pour cette année-là. Ce taux est stable chez l'homme pour les chiffres prévisionnels de 2017 et en légère diminution à 0.9 pour 100 000 personnes/années chez la femme. La majoration de l'incidence n'a pas son strict corolaire en terme de mortalité en raison d'un effet bénéfique de l'amélioration du dépistage précoce au cours de ces dernières années et des nouvelles thérapies utilisées dans les mélanomes métastatiques (thérapies ciblées, immunothérapie).

Figure 3. Évolution du nombre de nouveaux cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbes, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1997 à 2017 en France métropolitain



Les chiffres de taux de survie à 5 ans varient très légèrement en fonction des études et des pays mais ils sont inévitablement corrélés au stade de la maladie au moment de son diagnostic et de sa prise en charge initiale.

La société Canadienne du cancer relève d'un taux de survie à 5 ans de 98 % pour un stade localisé, 62 % pour un cancer avec atteinte loco-régionale ganglionnaire, et 18 % pour un mélanome avec métastase d'organes à distance [6]. Les données américaines du programme SEER sont très proches aussi [25].

Selon le Collège des Enseignants en Dermatologie de France [17], le taux de survie à 5 ans pour un mélanome stade T1a (Breslow inférieur ou égal à 1 mm sans ulcération ni mitose) est de 97%. Progressivement dégressif avec l'augmentation de niveau du mélanome, le taux de survie à 5 ans passe à 70 % pour un Breslow > 4 mm sans ulcération ou entre 2 et 4 mm avec ulcération, puis à 54% pour un Breslow >4mm avec ulcération, 57% si micro métastase ganglionnaire et 38% si macro métastases ganglionnaires.

2.3.2 Les carcinomes

Ils sont de loin les plus fréquents des cancers de la peau puisqu'ils représentent environ 90 % des tumeurs cutanées [17]. Leur incidence est bien souvent sous-évaluée car mal référencée dans les études épidémiologiques de cancer, ceci notamment en raison d'une évolution strictement locale du carcinome baso-cellulaire qui représente à lui seul 70 % de tous les cancers de la peau. Ils sont les néoplasies les plus fréquentes dans les pays à population à peau claire, en France l'incidence est supérieure à 150 cas pour 100 000 personnes/années pour le carcinome baso-cellulaire et d'environ 30 cas pour 100 000 personnes/années pour le carcinome épidermoïde.

Une étude parue dans la revue médicale suisse en 2009 [26] indique que les carcinomes cutanés représentent plus d'un tiers de tous les cancers en Suisse, et que, chaque année, plus de 10 millions de carcinomes baso-cellulaires et près de 2,9 millions de carcinomes épidermoïdes sont diagnostiqués dans le monde [27]. En France, l'Institut National du Cancer (INCa) recense entre 80 000 et 100 000 nouveaux cas de carcinomes cutanés tous les ans, ce qui représente environ un quart de tous les cancers. En 2010, les données du PMSI MCO en France ont comptabilisé plus de 65 200 patients traités et pris en charge dans les établissements publics ou privés pour un carcinome de la peau.

Ils apparaissent le plus souvent sur des zones photo-exposés et ont une progression lente et sont ainsi de bon pronostic : 99 % des patients chez qui on découvre un carcinome cutané vont y survivre et moins de 10 % des décès par cancer de la peau sont imputables à des carcinomes. Les décès par carcinomes cutanés sont très largement imputables aux carcinomes épidermoïdes qui sont en général les seuls à pouvoir métastaser.

De par leur forte incidence, ils causent un nombre absolu de décès non négligeable et plus élevé que certaines tumeurs beaucoup plus rares et beaucoup plus agressives. On estime environ à 17 000 le nombre de décès annuel dans le monde dû aux carcinomes cutanés dont 80 % imputables au seul carcinome épidermoïde [28].

Ces tumeurs connaissent également une augmentation significative de leurs incidences depuis 40 ans en raison des modifications des habitudes d'exposition au soleil et du vieillissement de la population. Une étude de l'INPES en 2012, étudiant les registres départementaux du Doubs et du Haut-Rhin [29], a mis en évidence une augmentation des taux standardisés d'incidence entre 1983 et 2002. En effet dans le Doubs, sur cette période le taux d'incidence du carcinome baso-cellulaire a été multiplié par 2,3 chez l'homme et par 2 chez la femme et respectivement par 1,7 et 2,7 pour les carcinomes épidermoïdes. Ces tumeurs ont une incidence qui augmente avec l'âge, sur cette même étude, l'âge moyen au diagnostic était de 66,7 ans chez l'homme et 66,5 ans chez la femme pour les carcinomes baso-cellulaires, et 74,4 ans chez l'homme et 77 ans chez la femme pour les carcinomes épidermoïdes.

2.4 Coût de santé publique des cancers de la peau

Les tumeurs cutanées, en raison de leur incidence représentent un coût de santé publique considérable. En France, les données PMSI estiment à environ 225 millions d'euros pour l'année 2004 et 236 millions d'euros pour l'année 2008 le coût lié à la prise en charge des mélanomes. En Australie, pays où l'incidence des cancers de la peau est la plus forte, les carcinomes cutanés représentent la plus grosse dépense de santé en cancérologie [30].

D'après une étude Américaine de 2003 [31], les carcinomes cutanés coutent environ 562 millions de dollars par an, soit environ 20 fois plus que les mélanomes.

Une autre étude Américaine [32], pays où l'incidence du mélanome est environ 2 fois plus forte qu'en France, estime que le coût du mélanome pour l'année 2011 se chiffre à 457 millions de dollars et que les projections d'incidence devraient faire augmenter ce coût à 1,6 milliard de dollars en 2030. Cette même étude évalue à 230 000 cas de mélanomes évités et 2,7 milliards de dollars économisés entre 2020 et 2030 grâce à la mise œuvre d'un programme complet de prévention du cancer de la peau.

Toutes les études sur les coûts de santé publique des cancers de la peau montrent une majoration progressive continue à l'instar d'une augmentation des incidences de ces cancers.

Il est important de préciser que la prise en charge précoce des tumeurs cutanées est capitale dans l'amélioration des courbes de survie, mais une augmentation des biopsies ou exérèses par excès est aussi à l'origine d'une majoration des coûts de santé publique et de la morbidité liée aux effets secondaires des interventions inutiles.

Cependant l'augmentation des coûts liés au dépistage est aussi corrélée à l'augmentation de l'incidence, et le rapport coût bénéfice est en faveur d'un dépistage précoce. Par ailleurs le dépistage cutané par examen visuel de la peau est d'un grand intérêt car non invasif et peu coûteux [33].

2.5 Historique des plans cancers en rapport à la dermatologie

Depuis 2003, le gouvernement Français est à l'origine d'une succession de mesures et de dispositifs visant à améliorer la santé de la population face aux pathologies oncologiques, ces mesures sont mises en œuvre et successivement améliorées à travers des stratégies de santé publique à l'échelle nationale appelé « plan cancer ».

Le premier plan cancer, qui a duré 4 ans, de 2003 à 2007, visait essentiellement à mobiliser les acteurs de santé pour lutter contre le cancer. Il a initié les campagnes de lutte contre le tabac avec augmentation du prix des paquets de cigarettes et interdiction à la vente aux moins de 16 ans. Il a aussi permis d'instaurer en 2004 le dépistage organisé du cancer du sein par des mammographies et a expérimenté sur 23 départements pilotes le dépistage du cancer colo-rectal qui a pu être instauré en 2009. Ce plan cancer est à l'origine de la création de l'INCA, l'Institut National du Cancer, qui depuis sa création en 2005, est un organisme capital dans la coordination des actions de lutte contre le cancer. Dans le descriptif de ce premier plan cancer on retrouve notamment des mesures de prévention dermatologique qui conseillent d'éviter d'exposer les enfants au soleil sans protection, ainsi que des mesures visant à améliorer le dépistage carcinologique notamment les conditions de détection précoce des mélanomes. Il recense 3 objectifs parmi 70 en rapport avec notre travail :

- L'objectif 20 « Développer les actions de prévention du mélanome par des campagnes d'information sur le risque d'exposition solaire des petits enfants »
- L'objectif 27 « développer des campagnes d'information grand public sur la détection des mélanomes »
- L'objectif 28 « Sensibiliser les professionnels au dépistage précoce (kinésithérapeute, coiffeurs, esthéticiennes) »

Le deuxième plan cancer, entre 2009 et 2013, ouvre de nouvelles voies et consolide les acquis précédents, parmi 5 grands axes, on retrouve dans son axe « prévention-dépistage » la mesure 12.5 qui vise à renforcer la prévention de l'exposition aux rayonnements UV. Cette mesure a permis en 2009, la mise en place d'un dispositif d'information et de prévention sur les risques liés aux rayonnements UV solaire et lié à l'utilisation des cabines de bronzage. Elle vise à restreindre la mise sur le marché des crèmes solaires offrant une protection limitée aux UVB. Elle a permis une évolution de la réglementation européenne et nationale en encadrant l'offre en

matière de bronzage artificiel, en rendant obligatoire le remplissage d'un formulaire de consentement éclairé des usagers et en imposant l'information sur un support écrit.

Par ailleurs, la mesure 17.2 de ce 2ème plan cancer vise à améliorer la détection précoce des cancers de la peau et comporte les éléments suivants qui ont une corrélation importante avec la justification de cette étude. Ils sont :

« Analyser l'évolution des stades au moment du diagnostic des mélanomes et de la prise en charge des patients (parcours avant le diagnostic, de la détection jusqu'à la prise en charge) pour identifier les pistes d'amélioration. »

« Développer des partenariats avec les professionnels de santé concernés afin d'améliorer, par une approche intégrée, la cohérence et l'articulation entre les campagnes de prévention et les actions de détection précoce du mélanome ainsi que la compréhension des messages par le public. »

« Élaborer et diffuser auprès des professionnels de santé (médecins généralistes, paramédicaux) des outils d'information, de formation initiale et continue sur la détection précoce des cancers de la peau, sur l'identification des terrains à risque et les modalités spécifiques de prévention et de surveillance nécessitant notamment la consultation anticipée du dermatologue. »

« Informer le grand public sur la détection précoce des mélanomes et sensibiliser les professionnels au dépistage précoce. »

Enfin, nous en sommes actuellement au troisième plan cancer depuis 2014 (et qui finira en 2019), qui reprend évidemment les dispositions antérieures. Il comporte 17 objectifs, dont l'objectif n°1 qui est de « favoriser des diagnostics plus précoces », ainsi que l'objectif 12.8 qui porte sur la diminution de l'exposition aux rayonnements ultra-violets artificiels et naturels.

2.6 Recommandations actuelles de dépistage

En France, les tumeurs cutanées ne rentrent pas dans le cadre de dépistage systématique organisé comme cela est le cas pour le cancer du sein chez la femme ou le cancer colo-rectal. Les recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé vont dans le sens d'un dépistage individuel orienté en fonction du risque de chaque individu.

Le guide du médecin traitant sur la stratégie de dépistage précoce du mélanome datant de 2006 (annexe 1) indique que le rôle du médecin généraliste est d'identifier les patients à risque de mélanome en s'aidant notamment de la classification des différents phototypes. Le médecin doit inciter les patients à risque à consulter un dermatologue une fois par an pour une consultation de dépistage de lésions cutanées malignes, il doit également éduquer son patient à un auto dépistage trimestriel et l'informer des risques liés à une exposition solaire. Ces recommandations n'émettent pas de directives claires quant à la fréquence nécessaire au dépistage cutané par les médecins traitants ni sur la nécessité de réaliser un examen de dépistage chez les patients qui ne sont pas considérés comme étant à risque.

Ce rapport insiste sur la nécessité de dépister un mélanome de façon précoce car l'extension locale conditionne le risque de métastase, les courbes de survie et car le diagnostic de mélanome in situ ou de faible épaisseur peut diminuer la mortalité liée à ce cancer.

Au cours d'un examen clinique, les médecins peuvent s'aider de la règle ABCDE et de l'aspect « du vilain petit canard », puis ensuite adresser son patient chez un dermatologue dans les plus brefs délais pour une exérèse et examen anatomo-pathologique si la suspicion est confirmée.

La HAS a émis en 2012 une actualisation des recommandations de 2006 qui vont dans le même sens que ces dernières en insistant sur l'intérêt d'un dépistage précoce qui est le facteur essentiel influençant les courbes de survie. Ce rapport renouvelle la nécessité d'identifier les patients à risque et précise que les médecins généralistes, en complément des dermatologues qui ne voient pas la totalité de la population, peuvent intervenir dans l'amélioration du diagnostic précoce des mélanomes.

En revanche, la HAS n'émet pas de recommandations particulières concernant le dépistage des carcinomes cutanés, les médecins généralistes et autres professionnels de santé disposent des recommandations de prise en charge diagnostique et thérapeutique qui datent de 2004 pour le carcinome baso-cellulaire et de 2009 pour le carcinome épidermoïde.

3. MATERIEL ET METHODE

3.1 Type d'étude

Notre étude est une enquête de pratique transversale réalisée auprès d'une cohorte de médecins généralistes de la région Provence Alpes Côte d'Azur.

3.2 Population étudiée

3.2.1 Critères d'inclusion

Les critères nécessaires pour être participant à cette étude étaient d'être un médecin généraliste exerçant dans la région Provence Alpes Côte d'Azur, thésé ou non, installé ou remplaçant et disposant d'une adresse mail valide.

3.2.2 Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans cette étude les médecins n'exerçant pas dans la région PACA, les médecins retraités et les internes non titulaire d'une licence de remplacement pour l'année 2017.

3.2.3 Critères d'exclusion

Une personne sur les 104 réponses a été exclue de l'étude car elle avait renvoyé le questionnaire sans répondre aux questions posées.

3.2.4 Modalités de recueil

Cette étude a été menée en fabriquant un questionnaire via la plateforme google form, qui permet de générer des questionnaires, de les diffuser par adresse mail et de réceptionner les réponses des participants sur un espace personnel administrateur.

3.2.5 Période de recueil

L'envoi du questionnaire s'est fait entre le 1er et le 10 octobre 2017, et les réponses des participants ont été reçues de la période d'envoi jusqu'au mois de décembre 2017.

3.3 Le questionnaire (annexe 2)

3.3.1 Elaboration

Le questionnaire de l'étude a été élaboré en concertation avec plusieurs médecins dermatologue exerçant dans le service du Pr Grob à la Timone : le Professeur Gaudy Caroline, le Docteur Hesse Sylvie, et le Docteur Mallet Stéphanie. Il a été successivement modifié entre le mois de juin et de septembre 2017 afin qu'il soit à la fois concis pour obtenir le plus grand nombre de répondant possible mais aussi assez informatif pour les différents points qu'il nous semblait important de traiter dans cette étude.

Le questionnaire comprend une succession de 16 photos de lésions cutanées qui ont nécessité un travail de recherche sur des dossiers de patients pris en charge dans le service de dermatologie du CHU Timone. Les images de lésions dermatologiques ont été sélectionnées en concertation également avec des internes de dermatologie et de médecine générale, en stage dans le service à cette période, pour que le panel d'images proposées corresponde au maximum à ce que peuvent voir les médecins généralistes dans leur pratique courante et pour choisir également des images non ambigües. Les images montrant des pathologies dermatologiques non cancéreuses mais qui nécessitaient de façon évidente un avis spécialisé n'ont pas été retenues car pouvant créer un biais de confusion dans les réponses.

3.3.2 Contenu

Le questionnaire s'articule en plusieurs parties :

Une première partie recense les différentes données personnelles des participants (tranche d'âge ; sexe ; mode d'exercice rural, urbain ou mixte ; passage en service de dermatologie au cours de leur formation).

Une seconde partie évalue les pratiques (fréquence du dépistage cutané, chez tous les patients ? Uniquement ceux à risque ? À quelle fréquence adressent ils un patient chez un spécialiste pour une lésion dermatologique suspecte ?).

Une troisième partie vise à étudier les éventuels freins au dépistage dermatologique (est-ce que les médecins pensent avoir des connaissances suffisantes en dermatologie ? manquent-ils de temps au cours d'une consultation ? ont-ils peur de rassurer ou d'alerter à tort ? ont-ils peur de paraitre incompétent en alertant pour rien ? sont-ils gênés pour déshabiller complètement leur patient ?).

Nous avons ensuite proposé une série de 16 photos de lésions dermatologiques malignes ou bénignes en demandant pour chacune d'elles de répondre bénin/malin / Je ne sais pas ce que c'est, ainsi que la prise en charge adaptée selon eux entre

J’adresse / Je n’adresse pas et je surveille / Je n’adresse pas et pas de surveillance nécessaire.

Une dernière partie recueille les avis des médecins concernant des idées d’amélioration concernant le dépistage dermatologique par les médecins généralistes (davantage de formations DU ou FMC, une consultation dédiée remboursée à 100% par la sécurité sociale pour les patients à risque, développement de la télémédecine).

3.3.3 Diffusion

La diffusion s’est faite par mail, les médecins recevaient une invitation à répondre à un questionnaire de thèse de médecine générale avec le nom de la personne réalisant le travail de thèse ainsi que son titre, il était spécifié que le questionnaire était anonyme, prenait environ 5 minutes, et comportait un quizz de lésions dermatologiques avec envoi possible d’une correction détaillée pour les participants qui laissent leur adresse mail en fin de questionnaire. Les données ont dans tous les cas été traitées de façon anonyme.

L’envoi s’est fait auprès d’environ 2000 médecins généralistes, à l’aide de la liste de médecins généralistes inscrits dans les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) de la région, la liste des médecins remplaçants inscrit au Conseil de l’Ordre des Médecins des Bouches du Rhône, les médecins généralistes référencés auprès du réseau Onco-PACA, ainsi que plusieurs réseaux de formation médicale continue de médecins généralistes de la région. La diffusion a été aussi large que possible pour éviter des biais de sélection liés au type de lieu d’exercice urbain ou rural, ou à une tranche d’âge précise. Ces données ont été recueillies dans le questionnaire pour pouvoir analyser ces valeurs démographiques.

3.3.4 Réception des données

Sur environ 2000 médecins qui ont reçu l’invitation à répondre à ce travail de thèse, nous avons comptabilisés 104 réponses soit un taux de participation de 5.2 % sur une période de 3 mois. 1 réponse a été exclue car le médecin n’avait pas répondu aux questions du questionnaire. Lors de la réception, un mail a été renvoyé aux médecins qui avaient laissé leur adresse mail pour pouvoir recevoir la correction (annexe 3), cette correction reprenait les images dermatologiques du questionnaire avec pour chacune d’entre elle le nom de la lésion en photographie, sa prise en charge souhaitée ainsi que des rappels importants pour la pratique de la dermatologie en médecine générale. Cette correction a été réalisé grâce au support « Collège des Enseignants en Dermatologie de France » 6ème édition de chez Elsevier Masson, et a été relue et complétée par des Praticiens Hospitaliers Dermatologue du service du Professeur Grob à la Timone.

3.3.5 Analyse des données

Les données ont été extraites de la plateforme Google Form sous forme de tableau Excel, puis analysées à l'aide du logiciel R. Les tests du Chi-2, test de Fisher et test de Person ont été utilisés pour les analyses statistiques entre les différents sous-groupes étudiés.

4. RESULTATS

Cette étude a pu être menée sur 103 réponses au questionnaire diffusé. Comme nous l'avons dit précédemment 1 réponse a été exclue de l'analyse des résultats car le médecin avait renvoyé le questionnaire sans répondre aux questions. Le taux de participation des médecins qui ont reçu le questionnaire est estimé à environ 5.2 %.

4.1 Caractéristiques de la population

4.1.1 Répartition selon le sexe

Sur la population des 103 médecins généralistes participants, 53 (51.5 %) était des hommes et 50 (48.5 %) était des femmes. Les données du conseil de l'Ordre des Médecins concernant la démographie médicale pour 2016 indiquent que la répartition des médecins est la suivante : 47.2 % de femmes dans les Bouches du Rhône ; 42.8 % dans le Vaucluse ; 38.3 % dans le Var ; 40.7 % dans les Alpes de Hautes Provence ; 44.8 % dans les Hautes Alpes ; 44.1 % dans les Alpes-Maritimes. Au total, d'après le conseil de l'ordre, les médecins de la région PACA étaient en 2015 représentés par 43% de femmes et 57% d'hommes.

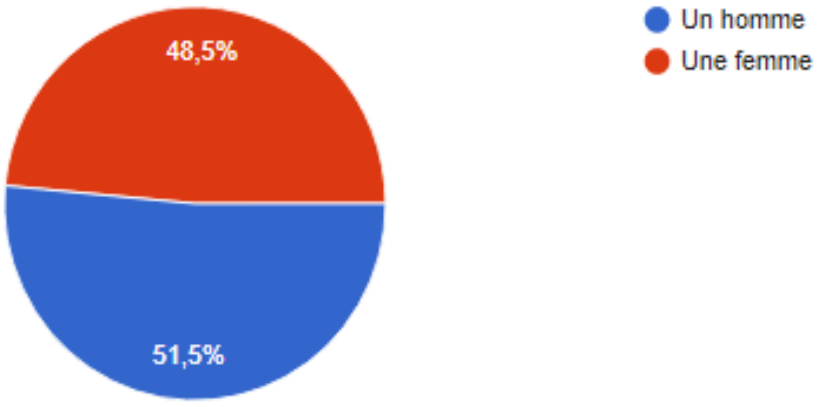


Figure 4. Répartition des participants selon le sexe

4.1.2 Répartition selon le nombre d'années d'exercice

La répartition des médecins participants selon le nombre d'années d'étude s'est faite par tranche de 10 ans avec trois propositions de tranches d'années : moins de 10 ans, entre 10 et 20 ans et plus de 20 ans. La répartition est la suivante : 53 médecins (51.5 %) exerçaient depuis moins de 10 ans, 14 médecins (13.6 %) exerçaient depuis une période comprise entre 10 et 20 ans, et 36 médecins (35 %) exerçaient depuis plus de 20 ans.

Ainsi 51.5 % des médecins exerçait depuis moins de 10 ans et 48.5 % des médecins exerçait depuis plus de 10 ans.

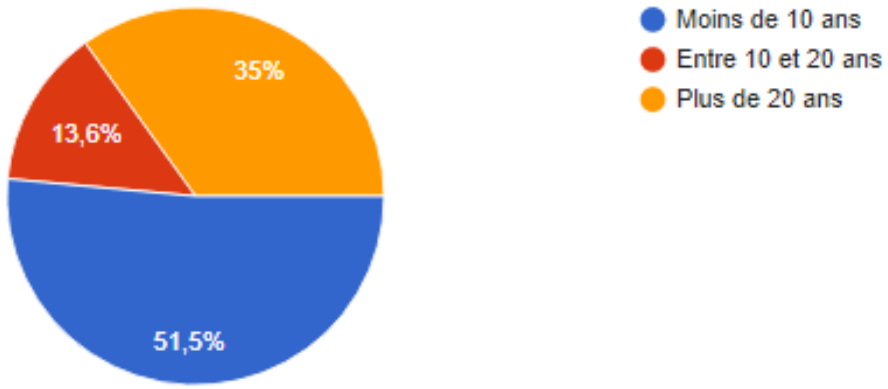


Figure 5. Répartition des participants en fonction du nombre d'années d'exercice

4.1.3 Répartition selon le type de lieu d'exercice

Les médecins généralistes de cette étude étaient interrogés sur leurs type d'exercice car les pratiques de dépistage et le recours à un spécialiste peuvent varier en fonction de la démographie médicale qu'elle soit urbaine, rurale ou mixte.

Sur les 103 médecins généralistes interrogés, 54 (52.4 %) avaient un mode d'exercice urbain, 40 (38.8 %) un mode d'exercice mixte, et 9 (8.7 %) un mode d'exercice rural.

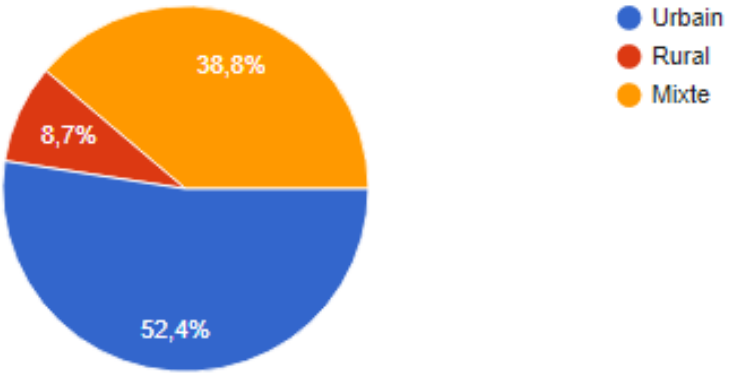


Figure 6. Répartition selon le type de lieu d'exercice

4.1.4 Répartition en fonction de la formation

Les participants étaient également interrogés par une question fermée (oui/non) sur le fait d'avoir effectué un stage dans un service de Dermatologie pendant leur formation. La question ne permettait cependant pas de savoir à quel moment du cursus ce stage avait été éventuellement effectué ni sa durée.

Sur les 103 participants, 26 (25.2 %) avait effectué un stage dans un service de dermatologie et 77 (74.8 %) n'avaient pas effectué de stage en dermatologie. Cette variable a servi dans la suite de l'étude à interpréter les résultats obtenus concernant l'attitude des médecins face à une lésion dermatologique.

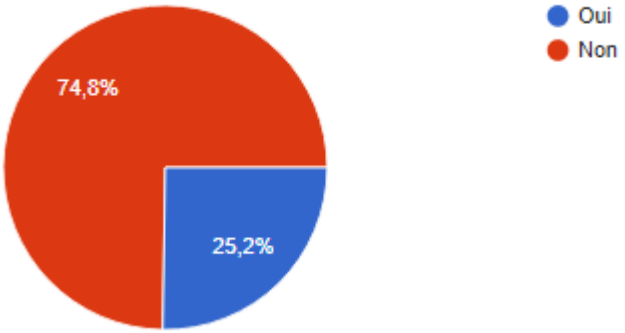


Figure 7. Répartition en fonction de la formation des médecins

4.2 Observation des pratiques de dépistage

La deuxième partie du questionnaire correspond à une observation des pratiques de dépistage dermatologique de lésions cutanées suspectes.

4.2.1 Réalisation des examens de dépistages dermatologiques

Sur les 103 participants, seuls 18 médecins déclarent réaliser un dépistage dermatologique pouvant être considéré comme satisfaisant : 6 praticiens (5.8 %) déclarent examiner la peau de tous leurs patients au cours de consultation dédiées, 12 (11.7 %) disent examiner spécifiquement la peau uniquement chez les patients à risque.

Cette étude révèle que 83 praticiens, soit 80.6 % des participant n'examinent jamais aucun patient de façon spécifique à la recherche d'une lésion cutanée et regardent seulement au cours des examens cliniques habituels le tégument qui est sous leur yeux.

Enfin 2 médecins (1.9 %) déclarent ne pas examiner du tout la peau de leurs patients.

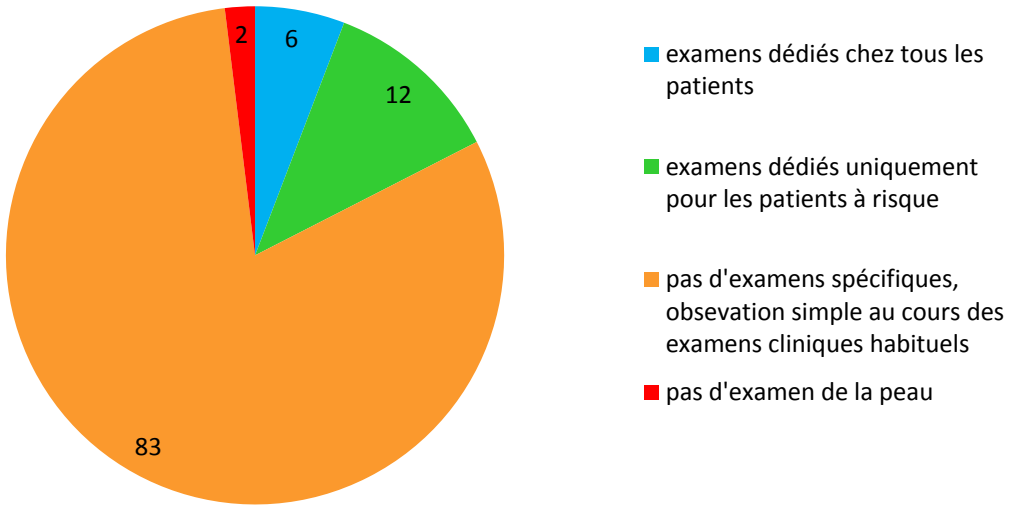


Figure 8. Réalisations d'examens dermatologiques de dépistage

4.2.2 L'accès au dermatologue

Les médecins ont été interrogés par une question fermée (oui/non) sur le fait d'avoir un accès facile à un dermatologue pour adresser leur patient si besoin. La réponse est subjective car il n'a pas été demandé de préciser les délais d'attente, mais rappelons que l'objectif principal de cette étude est de déterminer l'attitude du médecin généraliste face à une lésion cutanée suspecte et non pas un délai de prise en charge. Cependant on peut supposer qu'une lésion pour laquelle la suspicion clinique est faible risque d'avoir une prise en charge différente en fonction de la démographie locale en dermatologue, bien que cela ne devrait pas être le cas.

Ainsi à la question « Diriez-vous que vous avez facilement accès à un dermatologue ? », les médecins ont répondu « oui » à 62.1 % soit 64 personnes, et « non » à 37.9 % soit 39 personnes.

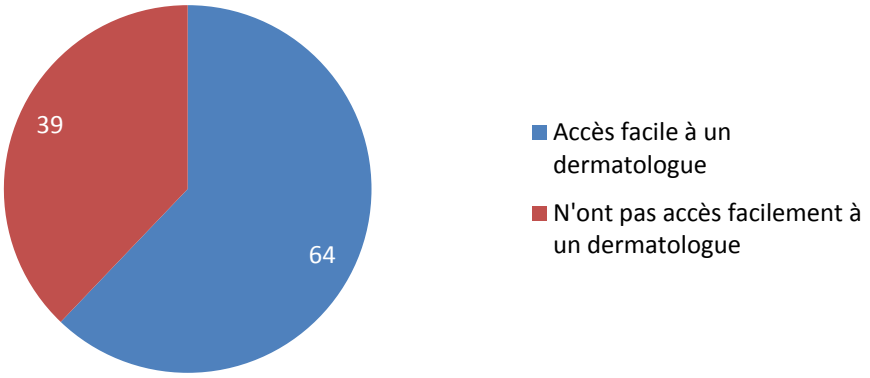


Figure 9. Accès au dermatologue

4.2.3 Patients adressés chez le spécialiste pour une lésion suspecte

Les médecins ont été interrogés sur la fréquence à laquelle ils adressent un patient chez le dermatologue pour une lésion cutanée suspecte. Ils ont eu le choix entre quatre propositions distinctes :

- Plus de cinq fois par an
- Entre deux et cinq fois par an
- Moins de deux fois par an
- Jamais

Ainsi, 67 (65 %) médecins adressent un patient pour une lésion cutanée suspecte plus de 5 fois par an, 27 (26.2 %) adresse un patient entre 2 et 5 fois par an, 8 (7.8 %) adresse un patient moins de 2 fois par an, et 1 (1 %) n'adresse jamais de patient chez un dermatologue pour une lésion cutanée suspecte.

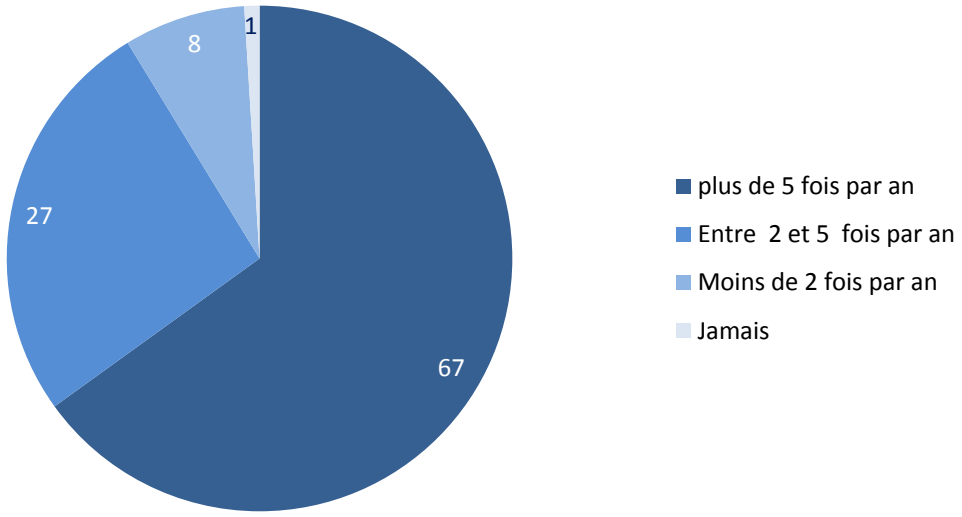


Figure 10. Patients adressés pour une lésion suspecte

4.2.4 Patients adressés pour une lésion cancéreuse avérée

Les médecins ont été ensuite interrogés sur la fréquence à laquelle ils adressent des patients chez le dermatologue pour des lésions cutanées qui se sont avérées être une tumeur cutanée maligne.

Sur les 103 médecins participants, 19 (18.4 %) adressent un patient plus de 3 fois par an pour une tumeur cutanée avérée, 40 (38.8 %) le font entre 1 et 3 fois par an, 27 (26.2 %) moins de 1 fois par an, et 17 (16.5 %) n'ont jamais adressé un patient chez le dermatologue pour une tumeur cutanée avérée.

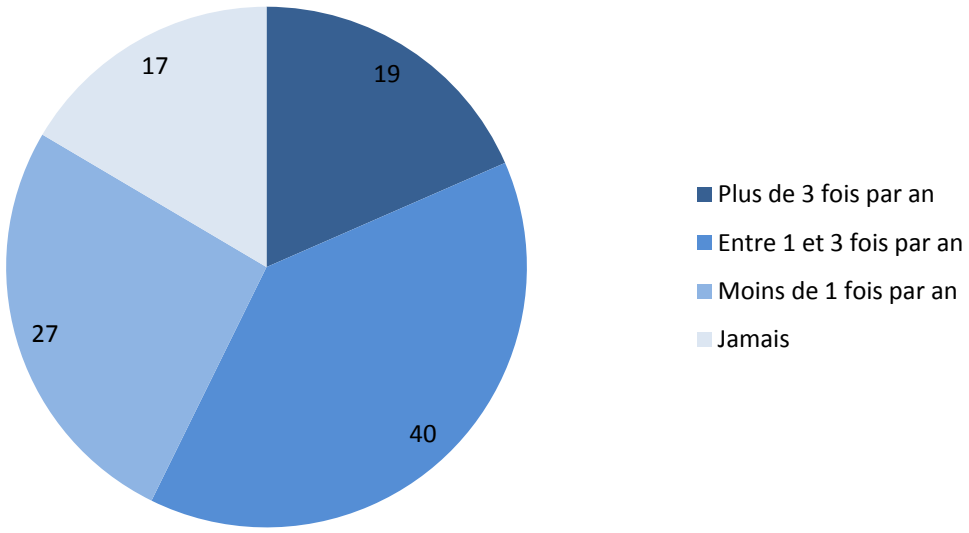


Figure 11. Patients adressés pour une tumeur cutanée maligne avérée

4.3 Etude des freins potentiels au dépistage dermatologique

Nous avons voulu dresser une liste non exhaustive de facteurs pouvant être un frein potentiel à un dépistage dermatologique bien mené, basée sur l'analyse de la littérature à ce sujet.

Ces différents facteurs sont explicités ci-après. Ils ont été présenté dans le questionnaire afin d'évaluer si les médecins interrogés les considéraient effectivement comme des freins dans leur pratique quotidienne. Les pourcentages relatifs à un frein potentiel sont représentés en rouge pour chacun des diagrammes.

4.3.1 Les connaissances

Les médecins ont été interrogés pour savoir s'ils pensaient avoir des connaissances suffisantes en dermatologie pour dépister des lésions cutanées suspectes. A cette question, 55 médecins, soit 53.4 %, pensent ne pas avoir des connaissances suffisantes et identifient donc le manque de connaissances en dermatologie comme un frein au dépistage cutané de lésions suspectes. Cependant, 48 médecins, soit 46.6 %, pensent avoir des connaissances suffisantes en dermatologie pour effectuer un dépistage satisfaisant.

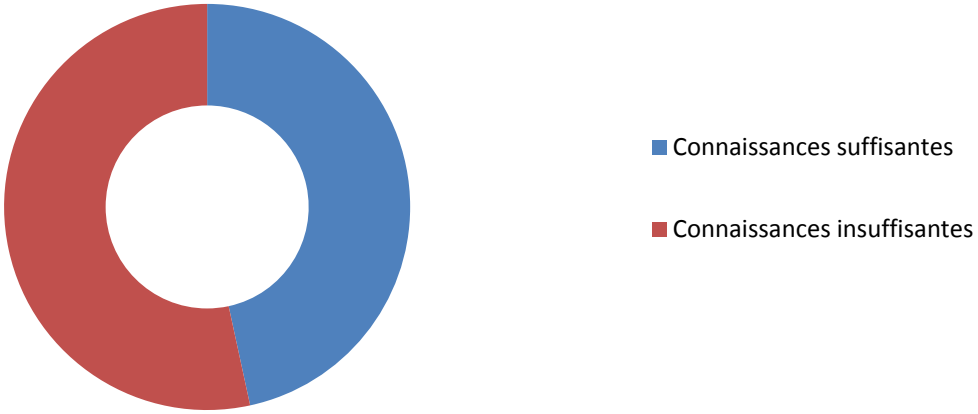


Figure 12. Les connaissances

4.3.2 Le temps

Les médecins ont été questionnés sur le fait de manquer de temps au cours d'une consultation pour pratiquer un dépistage dermatologique correct. Sur les 103 répondants, 75.7 % (n=78) déclarent manquer de temps. 24.3 % (n=25) disent ne pas manquer de temps en consultation pour pratiquer un dépistage cutané correct.

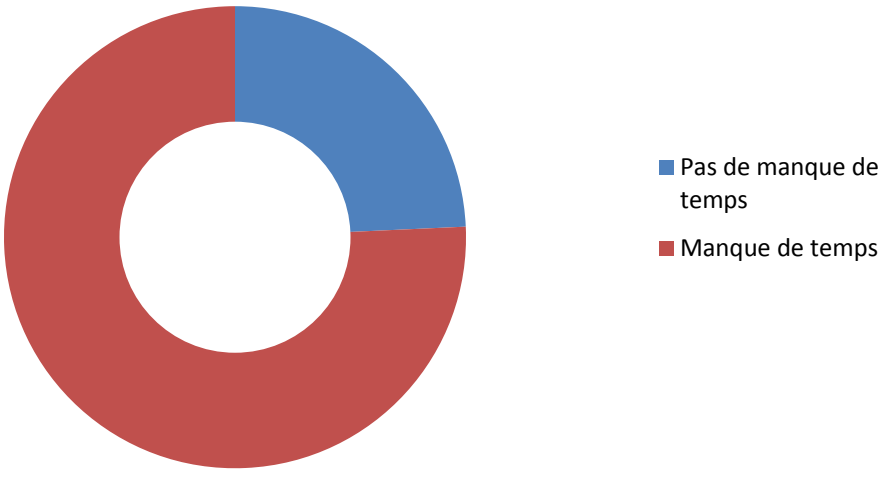


Figure 13. Le temps de consultation

4.3.3 La gêne

Cette question vise à évaluer si les médecins ressentent une gêne pour déshabiller entièrement leur patient afin de réaliser un examen dermatologique de bonne qualité. A cette question, 36 médecins, soit 35 %, disent ressentir une gêne pour déshabiller complètement leur patient afin de réaliser un examen dermatologique de dépistage de lésions suspectes, et 67 médecins, soit 65 %, déclarent ne pas ressentir de gêne à faire déshabiller complètement leurs patients.

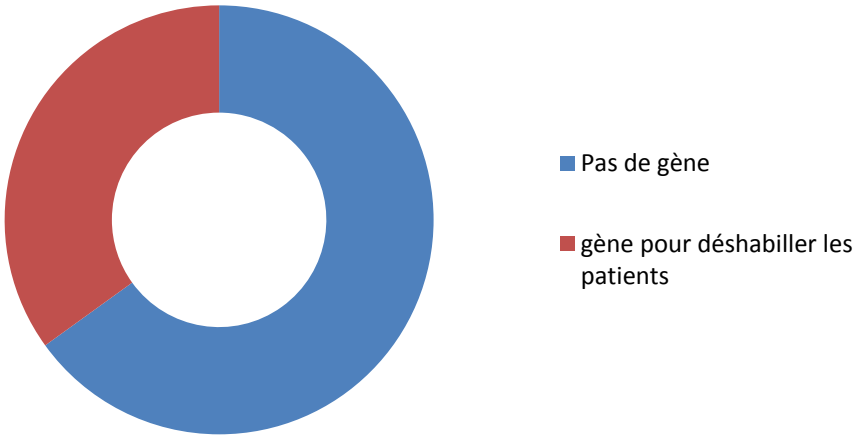


Figure 14. La gêne pour déshabiller les patients

4.3.4 Peur de rassurer à tort

Nous avons demandé aux médecins interrogés si la peur de rassurer un patient à tort pouvait être un frein à la réalisation d'un examen de dépistage dermatologique. A cette question, 72 médecins, soit 70.6 %, ont répondu « oui » et 30 médecins, soit 29.4 %, ont répondu « non ». A noter que 1 des médecins n'a pas répondu à cette question.

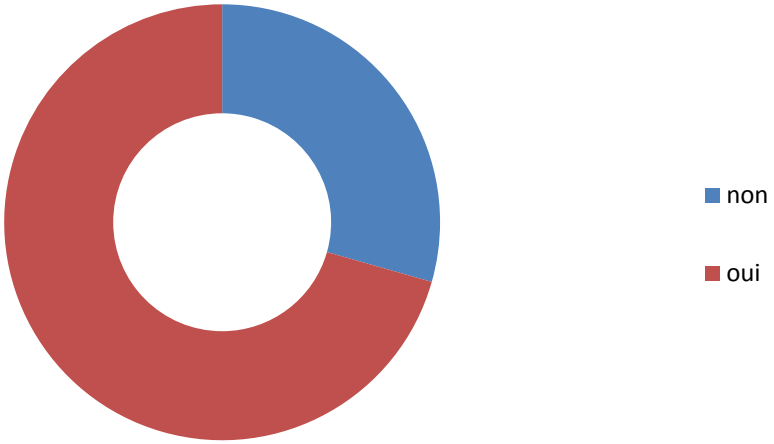


Figure 15. La peur de rassurer à tort

4.3.5 Peur de paraitre incompétent

Les médecins ont été interrogés à l'aide de deux questions séparées sur la peur de paraître incompétent, en alarmant à tort, auprès du patient ou auprès du spécialiste qui recevrait un patient pour une lésion bénigne.

A la question « avez-vous peur de paraître incompétent auprès du patient en alarmant sur une lésion bénigne ?», sur 102 médecins ayant répondu à la question, 17 médecins (16.7 %) ont répondu « oui », et 85 médecins (83.3 %) ont répondu « non ».

A la question « avez-vous peur de paraître incompétent auprès du spécialiste en alarmant sur une lésion bénigne ?», sur 101 répondants, 19 (18.8 %) ont répondu « oui », et 82 (81.2 %) ont répondu « non ».

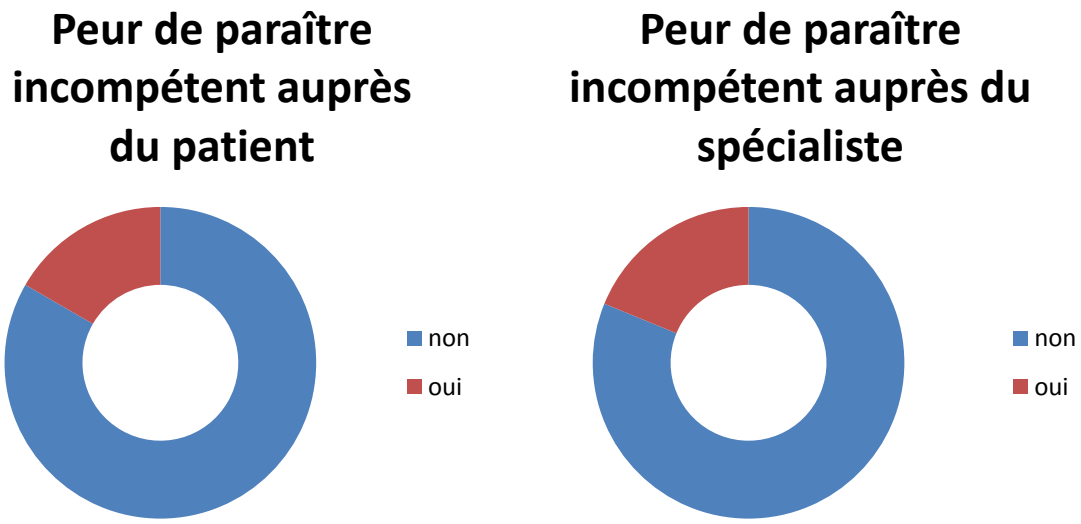


Figure 16. La peur de paraître incompétent

4.3.6 Synthèse des freins au dépistage dermatologique

Voici un diagramme représentant la proportion de chaque frein potentiel au dépistage cutané de lésions suspectes étudié dans cette étude. En rouge est représenté la proportion de médecins qui perçoit les facteurs étudiés comme un frein à la réalisation d'un dépistage dermatologique à la recherche de lésions cutanées malignes. En bleu, la proportion de médecins qui ne pensent pas que les facteurs étudiés soient un frein au dépistage.

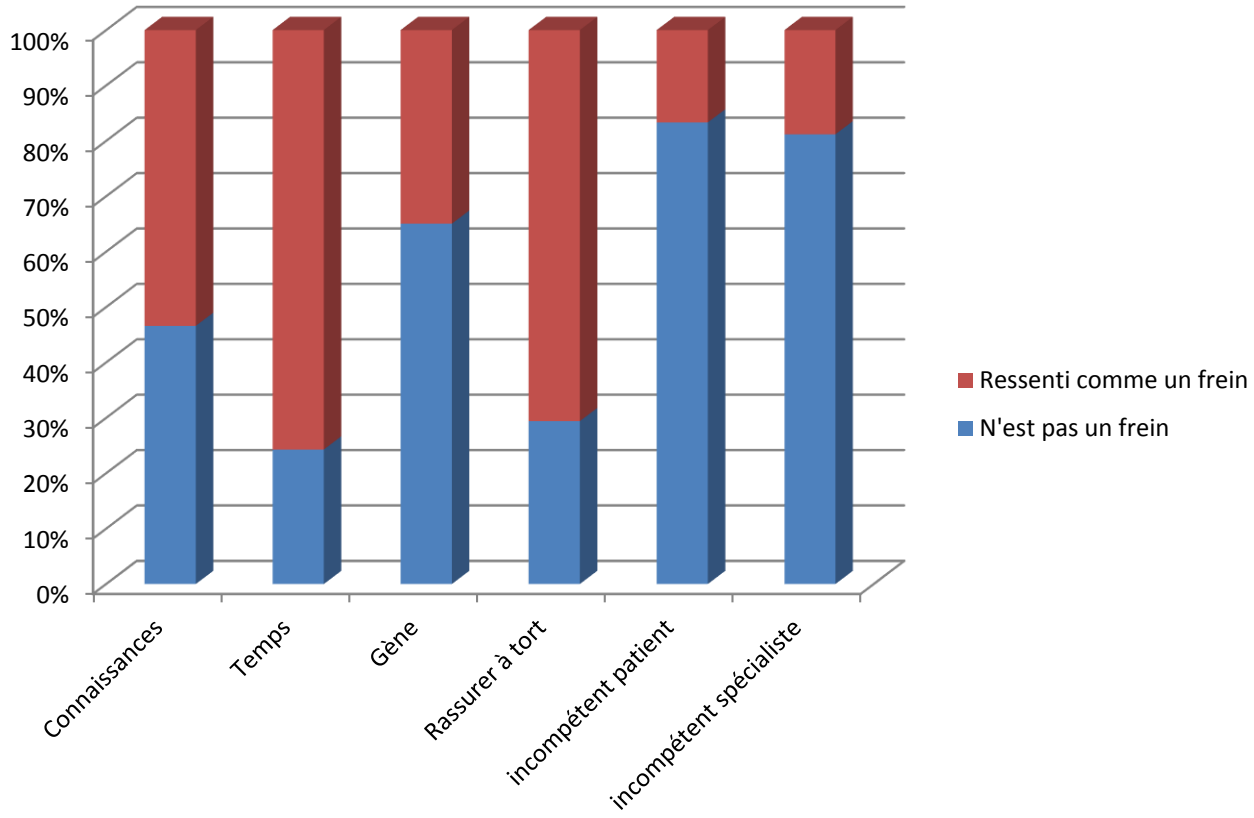


Figure 17. Synthèse des freins

4.4 Attitude face à une lésion dermatologique

Cette partie de l'étude a été réalisée grâce à un questionnaire de 16 photos de lésions dermatologiques diverses, bénignes ou malignes :

- 9 d'entre elles présentaient des lésions bénignes
- 7 autres correspondaient à des lésions malignes : 3 mélanomes ; 1 carcinome épidermoïde ; 1 carcinome in situ ou maladie de Bowen ; 1 carcinome baso-cellulaire ; 1 photo de métastase cutanée en transit

Pour chaque photo le médecin devait choisir deux réponses :

- Une réponse parmi les propositions de 1 à 3 : je pense que c'est bénin (réponse 1) / je pense que c'est malin (réponse 2) / je ne sais pas ce que c'est (réponse 3) /
- Et une réponse parmi les propositions de A à C : J'adresse à un spécialiste (réponse A) / je n'adresse pas à un spécialiste mais je surveille (réponse B) / je n'adresse pas à un spécialiste, pas de surveillance nécessaire (réponse C).

Cependant pour des raisons liées à la plateforme google form qui a été choisi pour la conception et la diffusion du questionnaire, il n'était pas possible d'obliger les répondants à cocher deux réponses sur une question à choix multiples comme celles-ci, et certains des répondants n'ont validé qu'une réponse sur certaines questions photos.

Au total 103 médecins ont répondu à 16 questions photos, soit 16x103 = 1648 réponses ; Dans 90.78 % des cas (1496 réponses sur 1648) les médecins ont répondu aux deux séries de réponses proposées (1 choix parmi les réponses 1/2/3 et 1 choix parmi les réponses A/B/C), et dans 9.22 % des cas (152 réponses sur 1648) les médecins n'ont validé qu'une seule réponse. Il n'a pas été décidé d'exclure les médecins qui avaient une ou plusieurs réponses incomplètes car cela se serait appliqué à 28 médecins sur 103 soit 27.2 % des répondants en moins dans l'analyse, réduisant considérablement la puissance de l'étude.

De plus l'objectif principal de notre étude étant de savoir si un médecin généraliste adresse chez un spécialiste une lésion cutanée maligne, il était plus important de comptabiliser des réponses A/B/C que des réponses 1/2/3. Dans seulement 1.76 % des réponses (29 réponses sur 1648) il n'a pas été coché de prise en charge entre A, B ou C, les 7.46 % restant des réponses incomplètes concernaient seulement un choix entre les réponses 1, 2 ou 3.

4.4.1 Résultats concernant les lésions malignes

Cette analyse vise à répondre à l'objectif principal de cette étude qui est d'observer l'attitude des médecins généralistes lorsqu'ils visualisent une lésion cutanée maligne sur la peau de leur patient. Comme nous l'avons dit au début de ce travail, le bénéfice pour un patient est d'être adressé le plus rapidement possible chez un spécialiste pour bénéficier d'une prise en charge adaptée précoce. Ainsi le diagnostic exact ne doit pas nécessairement être fait par le médecin généraliste pour que le patient soit pris en charge correctement. Nous analysons donc ici uniquement le fait qu'un patient soit adressé chez un spécialiste, sans prendre en compte la suspicion clinique du médecin généraliste.

Sur les 16 images présentées dans le questionnaire, les images de lésions dermatologiques malignes étaient les numéros 4 ; 7 ; 10 ; 11 ; 13 ; 15 ; 16.

La photo numéro 4 présente une image de mélanome superficiel extensif et a comptabilisée 100 réponses « A » (J'adresse à un spécialiste). La prise en charge est donc adaptée dans 100 cas sur 103 soit dans 97.1 % des cas.

La photo numéro 7 présente une image de carcinome épidermoïde et a comptabilisée 101 réponses « A ». La prise en charge est également adaptée dans 101 cas sur 103 soit dans 98.1 % des cas.

La photo numéro 10 montre un mélanome nodulaire, cette photo a recueilli 101 réponses « A », soit une prise en charge adaptée dans 98.1 % des cas.

La photo numéro 11 illustre un carcinome épidermoïde in situ appelé maladie de Bowen ; cette lésion a comptabilisé 101 réponses « A », avec là encore une prise en charge adaptée dans 98.1% des situations.

La photo numéro 13 montre un mélanome superficiel extensif, sur 103 médecins, 97 ont répondu réponse « A », soit une prise en charge adaptée dans 98 cas sur 103 correspondant à 94.2 % des cas.

La photo numéro 15 présente un carcinome baso-cellulaire, cette lésion a comptabilisé 100 réponses « A », soit une prise en charge adaptée dans 100 cas sur 103 soit 97.1 % des cas.

La photo numéro 16 illustre des lésions de métastases cutanées en transit ; cette image a recueilli 94 réponses « A », soit une prise en charge adaptée dans 95 cas sur 103 correspondant à 91.3 % des situations.

Nous observons donc via cette étude que dans 694 cas sur 721, **soit 96.26% des cas**, l'attitude du médecin généraliste est adaptée face à une lésion cutanée maligne, c'est-à-dire que le patient sera adressé à un dermatologue.

De plus, l'analyse des réponses « 2 » (Je pense que c'est malin) sur les lésions malignes montre que les médecins généralistes interrogés ont évoqué la malignité

dans 485 cas sur 721 soit 67.27 % des cas.
Dans 47 cas, soit 6,52%, les médecins ont considéré que la lésion présentée était bénigne. Dans 151 cas, soit 20,94%, les médecins ne savaient pas si cette lésion était bénigne ou maligne.
Parmi les médecins qui ont coché la réponse « 3 » (Je ne sais pas ce que c'est), nous avons cherché à savoir si leur prise charge a été adaptée ou au contraire délétère pour le patient. Sur les 151 fois où les médecins ont répondu « je ne sais pas ce que c'est, le médecin a choisi la réponse « A » dans 144 des cas (J'adresse à un spécialiste), ce qui représente 95.36%. On peut résumer ce chiffre en disant que dans notre étude, un médecin confronté à une lésion maligne sans avoir d'avis tranché entre la malignité ou la bénignité, enverra son patient chez le spécialiste dans 95.36 % des cas.

L'étude des médecins ayant répondu la réponse « 1 » (Je pense que c'est bénin) en voyant une image de lésion maligne montre que Sur 47 réponses « 1 » les médecins y ont associés 33 fois la réponse « A » (j'adresse à un spécialiste). Ainsi, dans notre étude, un médecin confronté à une lésion maligne et qui pense que la lésion est bénigne enverra malgré tout son patient chez un spécialiste dans 70.21 % des cas.

Par ailleurs, la question ayant généré la moins bonne moyenne parmi les 7 questions que nous venons d'analyser est la question 16 qui illustre des métastases cutanées en transit. Seulement 38,8% des médecins interrogés ont identifié ces lésions comme étant malignes, 43,68% ont répondu ne pas savoir ce que c'était et 9,7% ont répondu que c'était bénin. Dans 91.3 % des cas, la prise en charge aurait été adaptée puisque la réponse « j'adresse à un spécialiste » a été cochée.

Dans le sous-groupe des lésions mélanocytaires malignes, représentées par les questions 4, 10 et 13, la prise en charge aurait été adaptée dans 298 cas sur 309 soit dans 96.4 % des cas. Le diagnostic de malignité a été évoqué dans 222 cas sur 309 soit 71.8 % des cas.

Dans le sous-groupe des lésions malignes à risque métastatique, soit les questions montrant un mélanome ou un carcinome épidermoïde (questions 4/7/10/11/13), la prise en charge aurait été adaptée dans 500 cas sur 515 soit dans 97.1 % des situations.

Dans le sous-groupe des lésions carcinomateuses (photos 7 et 11 pour les carcinomes épidermoïdes et photo 15 pour le baso-cellulaire), les médecins auraient eu une prise en charge adaptée dans 97.7 % des situations avec 302 lésions adressées sur 309. Le diagnostic de malignité a été évoqué dans 223 cas sur 309 soit 72.17 % des cas.

4.4.2 Résultats concernant les lésions bénignes

Les images illustrant des lésions bénignes étaient au nombre de 9, ce sont les questions numéro 1 ; 2 ; 3 ; 5 ; 6 ; 8 ; 9 ; 12 ; 14. Les lésions présentées étaient de nature très diverses dont voici le détail.

La photo numéro 1 représentait un halo nævus de Sutton, le diagnostic de bénignité a été évoqué dans 49 cas soit 47.6 % et la lésion a été adressée chez un spécialiste dans 54 cas sur 103 soit 52.4 %.

La photo numéro 2 illustrait une lésion chéloïde du lobe d'oreille, le diagnostic de bénignité a été évoqué dans 77 cas soit 74.8 % et la lésion a été adressée chez un spécialiste dans 69 cas sur 103 soit 67 %.

La photo numéro 3 illustrait une verrue séborrhéique, le diagnostic de bénignité a été évoqué dans 83 cas soit 80.6 % et la lésion a été adressée chez un spécialiste dans 41 cas sur 103 soit 39.8 %.

La photo numéro 5 illustrait également une verrue séborrhéique, le diagnostic de bénignité a été évoqué dans 44 cas soit 42.7 % et la lésion a été adressée chez un spécialiste dans 70 cas sur 103 soit 68 %.

La photo numéro 6 illustrait une verrue virale, le diagnostic de bénignité a été évoqué dans 38 cas soit 36.9 % et la lésion a été adressée chez un spécialiste dans 88 cas sur 103 soit 85.4 %.

La photo numéro 8 illustrait une kératose actinique, le diagnostic de bénignité a été évoqué dans 71 cas soit 68.9 % et la lésion a été adressée chez un spécialiste dans 68 cas sur 103 soit 66 %.

La photo numéro 9 illustrait un histocytiofibrome, le diagnostic de bénignité a été évoqué dans 14 cas soit 13.6 % et la lésion a été adressée chez un spécialiste dans 92 cas sur 103 soit 89.3 %.

La photo numéro 12 illustrait un nævus, le diagnostic de bénignité a été évoqué dans 64 cas soit 62.1 % et la lésion a été adressée chez un spécialiste dans 62 cas sur 103 soit 60.2%.

La photo numéro 14 illustrait un comédon ouvert, le diagnostic de bénignité a été évoqué dans 72 cas soit 69.9 % et la lésion a été adressée chez un spécialiste dans 66 cas sur 103 soit 64.1 %.

Au total, le diagnostic de bénignité sur la visualisation d'une lésion bénigne (réponses « 1 » sur une lésion bénigne) a été porté dans 512 cas sur 927 soit 55.23 % des cas.

Les lésions bénignes ont été adressées chez un spécialiste (réponses « A » sur une lésion bénigne) dans 610 cas sur 927 soit 65.8 %.

A la visualisation d'une lésion bénigne, les médecins interrogés ont choisi de ne pas adresser le patient chez un spécialiste dans 294 cas sur 927 soit 31.72 % des cas.

A noter que dans 229 cas soit 24.70 % des cas, les médecins ont décidé de ne pas adresser le patient mais surveillent la lésion, et dans 65 cas soit 7.01 % le médecin n'adresse pas le patient et déclare ne pas surveiller la lésion.

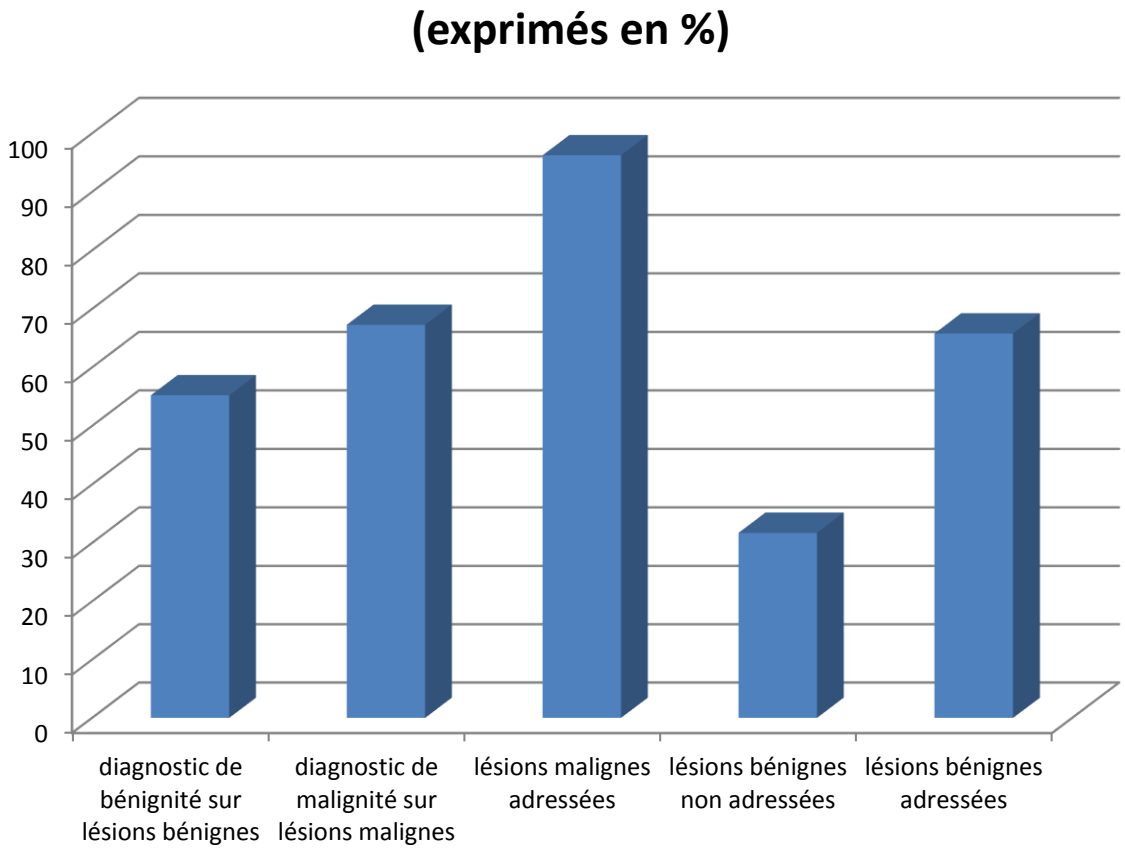


Figure 18. Diagnostics et prises en charge des participants

Au total, devant une photo de lésion cutanée, les médecins généralistes ont su en évoquer correctement le caractère bénin ou malin dans 60,5% des cas.

4.4.3 Analyses en sous-groupes

Nous avons ensuite analysés les résultats selon différents sous-groupes de médecins interrogés en fonction : de leur tranche d'âge, de leur lieu d'exercice et du fait d'avoir effectué un stage en dermatologie pendant leurs études médicales. Pour des raisons de comparabilité des groupes et pour une meilleure puissance des chiffres obtenus, nous avons analysé les résultats des médecins qui exercent depuis moins de 10 ans (53 médecins) versus ceux qui exercent depuis plus de 10 ans (50 médecins). De même pour les lieux d'exercice nous avons analysé le groupe « urbain » (54 médecins) versus « rural » + « mixte » (40+9=49) appelé groupe « extra-urbain ».

4.4.3.1 Réalisation des examens de dépistage

Les réponses à la question « réalisez-vous des examens dermatologiques de dépistage de lésions cutanées malignes » se répartissaient selon 4 choix différents et nous avons analysé les résultats dans les sous-groupes suivants :

	< 10 ans d'exercice	+ de 10 ans d'exercice	urbain	Extra-urbain	Stage en dermato	Pas de stage en dermato
Consultations dédiées chez tous les patients	5.7% (3/53)	6% (3/50)	5.6% (3/54)	6.1% (3/49)	7.7% (2/26)	5.2% (4/77)
Uniquement chez les patients à risque	11.3% (6/53)	12% (6/50)	14.8% (8/54)	8.2% (4/49)	15.4% (4/26)	10.4% (8/77)
Jamais de façon spécifique, je regarde juste la peau au cours des examens cliniques habituels	81.1% (43/53)	80% (40/50)	75.9% (41/54)	85.7% (42/49)	76.9 % (20/26)	81.8% (63/77)
Je n'examine pas la peau des patients	1.9% (1/53)	2% (1/50)	3.7% (2/54)	0% (0/49)	0% (0/26)	2.6% (2/77)

Tableau 1

4.4.3.2 Fréquence de patients adressés chez le dermatologue

Nous avons analysé ici les résultats de la question « vous arrivent-ils d'adresser un patient à un dermatologue pour une lésion cutanée suspecte ? ». Les résultats se répartissent entre 4 tranches de fréquences différentes que nous avons analysé dans différents sous-groupes de population de médecins ayant répondu au questionnaire.

	< 10 ans d'exercice	+ 10 ans d'exercice	urbain	Extra-urbain	Stage en dermato	Pas de stage en dermato
Plus de 5x/an	60.4 % (32/53)	70 % (35/50)	64.8 % (35/54)	65.3 % (32/49)	69.2 % (18/26)	63.6 % (49/77)
Entre 2 et 5 x/an	28.3 % (15/53)	24 % (12/50)	25.9 % (14/54)	26.5 % (13/49)	26.9 % (7/26)	26 % (20/77)
Moins de 2x/an	9.4 % (5/53)	6 % (3/50)	7.4 % (4/54)	8.16 % (4/49)	3.8 % (1/26)	9.1 % (7/77)
Jamais	1.9 % (1/53)	0% (0/50)	1.9 % (1/54)	0 % (0/49)	0 % (0/26)	1.3 % (1/77)

Tableau 2

L'analyse de ces données ne montre pas d'association statistique significative entre :

- La durée d'exercice et le nombre de patient adressé chez un dermatologue par an (p = 0,5)
- La réalisation d'un stage en dermatologie et le nombre de patient adressé chez un dermatologue par an (p=0,6)
- Le type d'exercice (urbain ou extra urbain) et le nombre de patient adressé chez un dermatologue par an (p=1)

4.4.3.3 Accès au dermatologue

Nous analysons ici les réponses à la question « Diriez-vous que vous avez facilement accès à un dermatologue pour un avis spécialisé ? », l'analyse en sous-groupe a porté sur les lieux d'exercice uniquement. Le groupe « exercice urbain » compte 54 médecins, le groupe « exercice mixte » compte 40 médecins et le groupe « exercice rural » compte 9 médecins. Pour améliorer la puissance et la comparabilité

des groupes nous regroupons les médecins exercice « mixte » et « rural » dans le groupe « extra-urbain ».

Accès facile au dermato	Urbain	Extra-urbain
Oui	63 % (34/54)	61.2 % (30/49)
Non	37 % (20/54)	38.8 % (19/49)

Tableau 3

L'analyse de ces données ne montre pas d'association statistique significative entre le lieu d'exercice et l'accès au dermatologue (p=0,9)

4.4.3.4 Diagnostics et prises en charges

Nous avons analysé dans ce chapitre les fréquences de résultats considérés comme adaptés à la situation, l'analyse a été faite pour chacun des sous-groupes suivants :

- Moins de 10 ans d'exercice
- Plus de 10 ans d'exercice
- Stage en dermatologie durant le cursus du praticien
- Pas de stage en dermatologie durant le cursus du praticien

Les résultats adaptés sont les diagnostics de bénignité (réponse 1) et patient non adressé (réponse B ou C) sur une lésion bénigne ainsi que les diagnostics de malignité (réponse 2) et patients adressés chez le spécialiste (réponse A) pour une lésion maligne.

	< 10 ans d'exercice (n=53)	+ de 10 ans d'exercice (n=50)	Stage en dermatologie (n= 26)	Pas de stage en dermatologie (n=77)
Diagnostic de bénignité sur lésions bénignes	56.2 % (268/477)	54.2 % (244/450)	60.7 % (142/234)	53.4 % (370/693)
Diagnostic de malignité sur lésions malignes	69.8 % (259/371)	64.6 % (226/350)	74.2 % (135/182)	64.9 % (350/539)
Lésions malignes adressées	97.3 % (361/371)	95.1 % (333/350)	97.3 % (177/182)	95.9 % (517/539)
Lésions bénignes non adressées	37.1 % (177/477)	26 % (117/450)	37.2 % (87/234)	29.9 % (207/693)

Tableau 4

L'analyse de ces données permet de mettre en évidence une association statistique significative entre :

- La durée d'exercice et la bonne prise en charge des lésions bénignes (p=0,002)
- La réalisation d'un stage en dermatologie et la bonne prise en charge des lésions bénigne (p=0,02)

A l'inverse, notre étude ne permet pas de mettre en évidence une association statistique significative entre :

- La durée d'exercice et le diagnostic des lésions bénignes (p=1)
- La réalisation d'un stage en dermatologie et le diagnostic de lésions bénignes (p=0,4)
- La durée d'exercice et la prise en charge de lésions malignes (p=0,4)
- La durée d'exercice et le diagnostic de lésions malignes (p=0,3)
- La réalisation d'un stage en dermatologie et la prise en charge des lésions malignes (p=1)
- La réalisation d'un stage en dermatologie et le diagnostic de lésions maligne (p=0,1)

4.5 Les idées d'amélioration

Dans le dernier chapitre du questionnaire les médecins généralistes étaient invités à répondre par oui ou par non concernant leur avis à propos de trois propositions visant à améliorer le dépistage cutané de lésions malignes par les médecins généralistes.

4.5.1 La prise en charge à 100 %

La première question de ce chapitre visait à recueillir leur avis sur l'intérêt d'une consultation annuelle de dépistage dermatologique prise en charge à 100 % par la sécurité sociale pour les patients à risque de lésions cutanées malignes. Les médecins ont répondu favorablement à cette proposition pour 68.9 % d'entre eux (n=71). Les médecins ayant répondu « non », qui pensent donc que cette mesure ne serait pas utile sont au nombre de 32 soit 31.1 %.

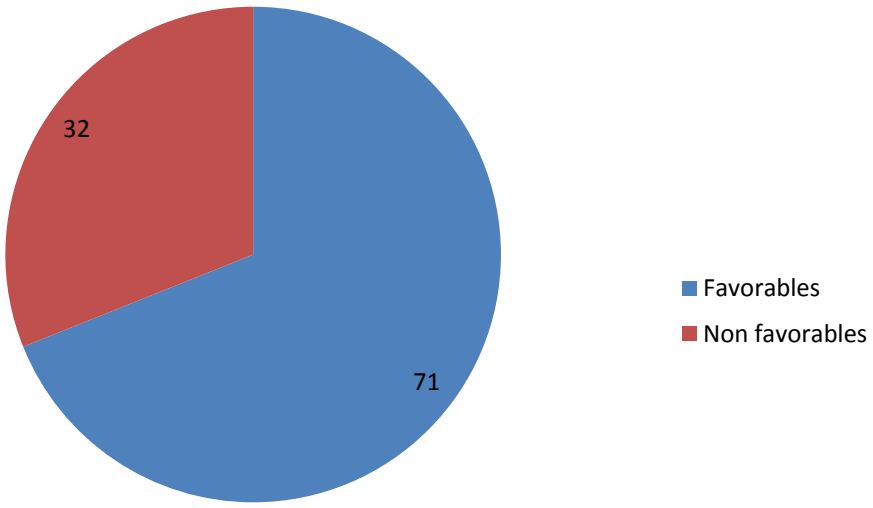


Figure 19. Prise en charge à 100% d'une consultation annuelle de dépistage

4.5.2 La télémédecine

La seconde question de ce dernier thème permettait de recueillir l'avis des participants concernant l'intérêt de la télémédecine dans le dépistage cutané avec envoi par mail d'une photo et réponse rapide par un spécialiste. Les médecins ont répondu être favorable à cette proposition à 88.3 % (n=91), les médecins ayant répondu ne pas être favorable à cette idée d'amélioration représentent les 11.7 % restants (n=12).

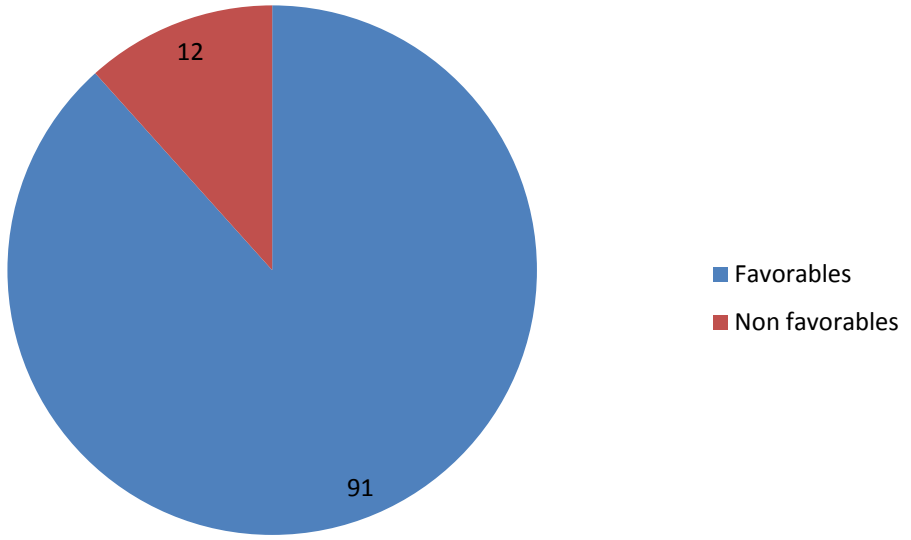


Figure 20. La télémédecine dans le dépistage cutanée

Il n'existe pas d'association statistique significative entre le lieu d'exercice (urbain/extra urbain) et l'avis des médecins sur la télémédecine (p=0,2)

	Avis favorable sur la télémédecine	Avis défavorable sur la télémédecine
Extra urbain	83,7 % (n=41)	16,3% (n=8)
Urbain	92,6 % (n=50)	7,4% (n=4)

Tableau 5

De même, il n'existe pas d'association statistique significative entre l'accès ressenti au dermatologue et l'avis des médecins sur la télémédecine (p=0,5)

	Avis favorable sur la télémédecine	Avis défavorable sur la télémédecine
Accès facile au dermatologue	85,9% (n=55)	14,1% (n=9)
Accès difficile au dermatologue	92,3% (n=36)	7,7% (n=3)

Tableau 6

4.5.3 Les formations

La dernière question de ce chapitre et du questionnaire interrogeait les médecins sur la nécessité d'améliorer les compétences dermatologiques des médecins généralistes en proposant d'avantages de DU ou FMC, afin de pratiquer un meilleur dépistage des lésions cutanées malignes. Cette proposition d'amélioration a également recueilli une très grande proportion d'avis favorable à 91.3 % (n=94), et seulement 8.7 % (n=9) d'avis non favorables.

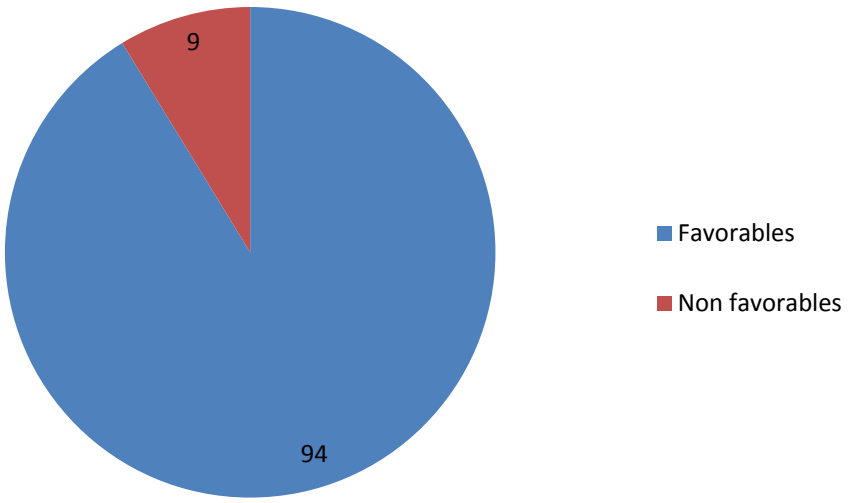


Figure 21. Amélioration des compétences avec d'avantages de formation médicales

Il n'existe de pas d'association statistique significative entre la durée d'exercice et le ressenti sur la nécessité d'améliorer la formation des médecins généralistes en dermatologie (p=0,3%)

	Avis défavorable à l'amélioration de la formation	Avis favorable à l'amélioration de la formation
Exercice depuis moins de 10 ans	5,7% (n=3)	94,3% (n=50)
Exercice depuis plus de 10 ans	12% (n=6)	88% (n=44)

Tableau 7

5. DISCUSSION

Notre étude est la première à décrire la pratique et les compétences des médecins généralistes français via des photos dermatologiques permettant une mise en situation clinique reflétant leur pratique courante. Le critère de jugement principal de notre étude était de voir dans quelle proportion les médecins enverraient chez un dermatologue une lésion cutanée suspecte – c'est-à-dire quelle proportion ont une attitude adaptée- ce qui a été le cas dans 96.26 % des cas.

Cependant notre étude a également permis de mettre en évidence que les médecins généralistes interrogés adressent 65.8 % des lésions bénignes chez le dermatologue ce qui représente un nombre considérable de consultations spécialisés à priori inutiles. Cette tendance des médecins généralistes à sur-adresser les patients au dermatologue permet de ne pas méconnaitre une lésion maligne, mais engendre également une sollicitation injustifiée d'un avis spécialisé entraînant ainsi une surcharge dans le système de soin, et allongeant les délais des rendez-vous chez le dermatologue.

Plus globalement, notre étude montre que l'attitude d'un médecin généraliste face à une lésion dermatologique (maligne ou bénigne) serait adaptée dans 59,9% des cas.

5.1 Les forces de l'étude

Notre étude s'est faite grâce à un questionnaire de recueil d'information diffusé par mail. L'envoi du questionnaire s'est fait via des *« mailing list »* de plusieurs réseaux notamment celui des médecins référencés auprès d'URPS ou auprès du réseau Onco-PACA, des médecins remplaçants inscrits à l'ordre des médecins, des médecins participants à des FMC, des maitres de stage ou des médecins contactés au hasard par téléphone et qui ont bien voulu recevoir le questionnaire par mail.

Nous avons volontairement démarché des médecins généraliste via différents réseaux afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population cible de notre étude. La taille de l'échantillon de notre étude a permis une répartition correcte selon le sexe, les tranches d'âge, et le mode d'exercice urbain ou extra urbain.

Le questionnaire était anonyme ce qui permet de limiter le biais d'évaluation liée à une enquête déclarative.

Lors de la diffusion du questionnaire il a été précisé que les médecins pouvaient, s'ils le souhaitaient, recevoir une correction détaillée apportant ainsi des rappels intéressants dans la pratique d'un examen cutanée en médecine de ville. Pour cela ils devaient remplir en fin de questionnaire une ligne prévue à cet effet avec leur adresse mail, ce qui ne modifiait en rien l'anonymat du questionnaire réalisé. Cette correction détaillée a permis de rendre l'étude attractive aux médecins généralistes, et ne pas sélectionner uniquement ceux qui se jugeaient comme compétant en la matière.

Nous pouvons supposer que cet argument a pu servir à générer des réponses supplémentaires car sur les 104 répondants 89 ont laissé leur adresse mail pour recevoir la correction aux photos dermatologiques.

Le taux de réponse de 5.2 % est relativement faible mais la large diffusion a environ 2000 médecins a permis d'obtenir 104 réponses ce qui est correct pour une analyse qualitative de ce type. Une seule réponse a été exclue ce qui fait moins de 1 % des réponses obtenues.

Par ailleurs le questionnaire comporte 16 lésions dermatologiques, ce qui nous a permis d'observer (103x16) 1648 mises en situation clinique différentes, dont 7 photos de lésions dermatologiques malignes soit (7x103) 721 mises en situation ; ce qui représente une quantité importante de données pour une étude de ce type.

5.2 Les limites de l'étude

Il existe un biais de sélection lié au volontariat puisque la décision d'inclusion dans l'étude était liée à la décision du médecin généraliste. En effet on remarque que dans notre étude 51.5 % des médecins exerçaient depuis moins de 10 ans et 48.5 % des médecins exerçaient depuis plus de 10 ans. Cependant, d'après les données du conseil de l'ordre des médecins, les médecins de moins de 40 ans exerçant en activité régulière dans la région PACA représentent seulement 15,4% de l'ensemble des actifs réguliers, et 16% sur le plan national. La population étudiée de notre étude n'est donc probablement pas représentative de la population cible concernant le nombre d'années d'exercice [34][35].

Il existe également un biais de recueil des données lié au taux de réponse faible d'environ 5.2 %. 94.8 % de médecins ayant reçu l'invitation à répondre n'y ont donc pas répondu. De plus certains médecins ont répondu de façon incomplète aux lésions dermatologiques, mais ce biais reste faible notamment sur les lésions malignes et comme aucune déduction n'a été faite sur les réponses des médecins, les chiffres obtenues dans cette étude auraient tendance à être sous évalués et non pas sur estimés. En effet, il serait légitime de penser qu'un médecin qui a répondu « Je pense que c'est malin » sur une lésion dermatologique et qui n'a pas rempli de prise en charge aurait adressé son patient chez un spécialiste. Cette majoration de fréquences de patient adressé s'appliquerait alors aussi bien aux lésions malignes que bénignes.

Cette étude de pratique est une étude déclarative, ce qui engendre plusieurs types de biais. D'abord, lorsque les médecins sont interrogés sur leur pratique quotidienne de manière rétrospective, il existe un biais de mémorisation. Pour limiter ce biais nous avons proposé des fourchettes de fréquence permettant aux médecins de situer plus facilement leurs pratiques dermatologique.

Ensuite, il existe un biais de classement lié au recueil des données : on peut supposer que les médecins généralistes s'attendaient à voir des lésions malignes étant donné le titre de l'étude, ce qui a pu augmenter le nombre de lésions adressés chez le spécialiste. Le fait que le questionnaire ait un aspect déclaratif fait que certains médecins ont pu également fausser une partie de leur réponse qui ne reflète alors plus exactement leur pratique quotidienne. De même sur la question de la réalisation du dépistage dermatologique il est légitime de penser que la réponse « je ne pratique jamais d'examen cutané » puisse être sous-évaluée et engendrer également un biais de déclaration.

On peut relever également un biais d'interprétation notamment pour la question « diriez-vous que vous avez un accès facile au dermatologue », en effet l'interprétation de la réponse « oui » ou « non » garde à une part de subjectivité et peut varier selon les médecins. De plus il n'a pas été demandé dans quels délais les médecins généralistes parviennent à obtenir un avis dermatologique spécialisé pour une lésion suspecte.

Enfin, notre étude manque de puissance pour l'analyse de nos critères secondaires puisque les analyses menées en sous-groupes sont majoritairement non significatives.

5.3 La dermatologie en médecine générale

5.3.1 Le médecin généraliste, acteur central de l'onco-dermatologie

Le parcours de soins en France s'articule autour du médecin généraliste qui en constitue la porte d'entrée. Ils jouent notamment un rôle majeur dans le dépistage dermatologique des lésions cutanées malignes [36].

Ce dépistage repose sur l'examen complet du tégument des patients. C'est un examen indolore et facile à entreprendre [37]. L'étude d'Aitken JF, et al. réalisé en Australie [38] montre que la réalisation d'un dépistage cutané régulier en soins primaires permet l'augmentation de diagnostic de mélanomes in situ et réduit le taux de mélanomes d'indice de Breslow élevé et, par voie de conséquence, permet de réduire le taux de mortalité par mélanome.

Notre étude met en évidence la capacité des médecins généralistes à réaliser un dépistage efficace puisqu'ils identifient une lésion cutanée potentiellement maligne dans 67.27 % des cas et surtout les adressent chez un spécialiste dans plus de 96 % des cas.

Ces résultats sont cohérents par rapport aux données de la littérature [39]. Une étude belge datant de 2001 évaluant la suspicion clinique de médecins généralistes face à des mélanomes a montré que les médecins généralistes avaient reconnu les lésions pigmentées malignes dans 72 % des cas. Cette étude avait également montré que ce chiffre était directement et positivement corrélé au nombre de lésions mélanocytaires vues et recherchées dans la pratique courante.

Les études encourageantes pour la promotion du dépistage cutané par les médecins généralistes sont nombreuses.

L'étude de Fleming NH et al. réalisée aux Etats Unis et publiée en 2018 montre une corrélation entre le nombre de médecins généralistes dans une région et le taux diagnostic précoce de mélanome [40].

L'étude d'Epstein DS et al. [41] réalisée sur 102 patients montre que 46% des mélanomes repérés par un médecin sont in situ, contre seulement 8% des mélanomes repérés par le patient lui-même. Elle montre également que la pratique d'un dépistage cutané régulier est associée à une augmentation de la probabilité de détecter des mélanomes d'indice de Breslow mince.

Aucune étude n'a été trouvée dans la littérature sur une évaluation des médecins généralistes face à des lésions cutanées carcinomateuses qui représentent pourtant la plus grande proportion de lésions cutanées malignes.
Notre étude a permis de montrer que les médecins généralistes possèdent également des compétences correctes dans le dépistage de ces lésions avec un taux de reconnaissance de malignité de 72.17 % dans le sous-groupe des photos de lésions carcinomateuses et une moyenne de 97.7 % de ces lésions qui sont adressées chez le spécialiste.

5.3.2 Limites du dépistage des lésions cutanées malignes en médecine générale

Malgré l'importance d'un diagnostic précoce, les examens dermatologiques de dépistage sont sous pratiqués par les médecins généralistes. L'étude de Epstein DS et al, montre que une majorité des mélanomes sont détecté par le patient lui-même ou son conjoint (67%) et seulement 24% par un médecin.

Une méta-analyse datant de 2008 [42] a permis d'observer dans le monde entier les tendances de pratique du dépistage de mélanome par les médecins de soins primaires. Cette étude révèle une diminution progressive du pourcentage d'examen cutané complet depuis les années 1995 notamment en France et aux Etats unis, et ce parallèlement à l'augmentation du taux d'incidence du mélanome. En revanche, la tendance est inversée en Australie.

Dans notre étude 80.6 % (n=83) des médecins généralistes interrogés déclarent ne pas examiner spécifiquement la peau de leurs patients et uniquement regarder le tégument qui est sous leurs yeux au cours des examens cliniques habituels, 1.9 % (n=2) affirment ne jamais examiner la peau de leurs patients, et seulement 11.7% (n=12) des médecins déclarent examiner la peau des patients à risque au cours de consultations dédiés et 5.8 % (n=6) le font chez tous leurs patients.

Dans une enquête réalisée dans le Val-de-Marne [43], 47,15% des médecins généralistes interrogés ne pratiquaient pas de dépistage cutané.

Ces résultats alarmants montrent à quel point le dépistage des cancers cutanés est sous pratiqué, notamment chez les sujets à risque.

Dans les cas où les médecins généralistes examinent la peau de leur patient, notre étude révèle que les médecins interrogés auraient adressé 65.8 % de lésions bénignes chez le spécialiste.
Ce taux important est à l'origine d'un surnombre de consultations spécialisées potentiellement inutiles qui surchargent le système de soin et allongent le temps d'attente pour des lésions qui nécessitent une prise en charge rapide.
Nous avons également mis en évidence que le diagnostic de bénignité sur lésion bénigne était évoqué dans 55.23 % des cas, ce qui implique qu'un grand nombre de médecins adressent leurs patients pour avis spécialisé y compris sur des lésions qu'ils pensent bénignes. Il serait intéressant d'étudier les raisons de ce recours au dermatologue dans ces cas précis.

5.3.3 Freins au dépistage cutané

Nous avons cherché à comprendre à travers notre étude quels étaient les freins au dépistage des cancers cutanés par les médecins généralistes.

Nous avons interrogés les médecins concernant des causes potentielles pouvant représenter des freins à un dépistage dermatologique bien mené. Notre liste de questions n'était pas exhaustive car le questionnaire devait être assez court pour faciliter le nombre de répondant. Les causes de frein par ordre de fréquences évoquées dans les réponses étaient :

- Le manque de temps au cours d'une consultation (75.7 %)
- La peur de rassurer à tort (70.6 %)
- Le sentiment de connaissances dermatologiques insuffisantes (53.4 %)
- La gêne au déshabillage (35 %)

Les autres causes comme la peur de paraître incompétent auprès du patient ou auprès du spécialiste en alarmant inutilement étaient évoquées moins fréquemment mais leur addition peut contribuer à une part non négligeable des raisons freinant le dépistage cutanée.

Une étude de 2011 [44] a mis en évidence que les principaux freins au dépistage cutanée étaient :

- Les contraintes de temps
- Les comorbidités
- La gêne des patients

Pour mémoire, notre questionnaire a mis en évidence que 53.4 % des médecins interrogés pensent ne pas avoir des connaissances suffisantes en dermatologie pour pratiquer un dépistage dermatologique correct.

Un autre travail de thèse sur des médecins généralistes en Haute vienne [45] a montré que 94 % des médecins interrogés ne se sentaient pas compétents et pensaient manquer de formation dans le dépistage du mélanome.

Une thèse de médecine générale de 2015 réalisée auprès de 425 médecins généralistes français [46] a montré que les médecins évaluaient en moyenne à 5/10 leurs compétences pour diagnostiquer des lésions cutanées malignes.

Ces différents résultats de la littérature s'accordent pour affirmer que les médecins généralistes ont une mauvaise opinion de leur propre capacité de dépistage cutané ce qui impacte négativement leur pratique quotidienne.

Notre étude révèle que les médecins généralistes ont plus de facilité à reconnaitre une lésion maligne qu'une lésion bénigne. En effet, ils ont évoqué la malignité devant un cancer cutané dans 67.27 % des cas. En revanche, dans 44,77% des cas de lésions bénignes, les médecins généralistes pensent que ce sont des lésions malignes ou ne savent pas ce que c'est.

Par ailleurs, nous avons montré que les médecins généralistes ayant effectué un stage en dermatologie au cours de leur formation ont tendance à réaliser plus de dépistage cutané mais sans pour autant que ces chiffres soit satisfaisant. En effet 15.4 % réalisent des examens cutanés au cours de consultations dédiées chez les patients à risque (versus 10.4 % dans le groupe « pas de stage en dermatologie ») et 7.7 % font des examens cutanés au cours de consultations dédiées chez tous leurs patients (versus 5.2 % dans le groupe « pas de stage en dermatologie »). Ainsi, 76.9% des médecins de ce sous-groupe n'examinent jamais la peau de façon spécifique.

De même, le groupe « stage en dermatologie » a obtenu de meilleurs résultats sur les lésions dermatologiques avec une plus forte proportion de réponses considérées comme adaptées. Ils diagnostiquent dans 60.7 % des cas les lésions bénignes (contre 53.4 % pour le groupe « pas de stage en dermatologie), et dans 74.2 % des cas les lésions malignes (contre 64.9 % pour le groupe opposé). Egalement, ils adressent 97.3% des lésions malignes (95.9 % pour le groupe « pas de stage en dermatologie »), et n'adressent pas 37.2 % des lésions bénignes (contre 29.9 % pour le groupe opposé).

Ces résultats sont insuffisants mais le fait d'avoir effectué un stage en dermatologie au cours de sa formation médicale semble être positivement corrélé à une prise en charge adaptée des lésions cutanées. Il aurait été intéressant d'analyser ces chiffres également en fonction de la période et de la durée de la formation dermatologique.

D'autres études dans la littérature ont établi un lien entre une formation médicale dermatologique et la capacité de reconnaissance de lésions cutanées malignes. Dans une étude de 2005 [47] les médecins généralistes amélioraient de 59 % à 84 % leur capacité à reconnaitre des mélanomes après une campagne de formation sur le dépistage dermatologique. Cette étude mettait également en évidence que l'attitude des médecins face à une photographie de mélanome était considérée comme adaptée dans 86 % des cas avant formation et ce chiffre était majoré à 94 % après formation. Pour 96 % des médecins de cette étude, la formation dermatologique leur permettait également de mieux identifier les sujets « à risque ».

Dans l'étude belge de 2001 précédemment cité, la sensibilité des médecins généralistes à reconnaitre une lésion cutanée maligne est passée de 72% à 84% après une conférence sur le mélanome [39].

Dans l'étude du val de marne de 2012 [43] les médecins généralistes ayant déjà participé à une formation de cancérologie cutanée avaient un taux de confirmation des diagnostics dermatologiques adressés chez un spécialiste de 68.5% contre 42 % pour les médecins n'ayant pas reçu de formation.

Un travail de thèse en 2013 a montré que seulement 15.6 % des médecins généralistes considéraient comme satisfaisante leur formation dans le dépistage du mélanome, 56.3 % comme moyenne, et 28.1 % considéraient avoir une formation insuffisante [48].

Une autre enquête de 2015 [49] réalisées auprès de médecins généralistes du département du Cher a montré que les freins principaux au dépistage cutanée étaient le manque de temps au cours d'une consultation et la difficulté d'accès au dermatologue.

Le manque de temps apparait également comme un frein pour 37 % des médecins généralistes interrogés dans l'étude mené dans le val de marne en 2012 [43]. Une enquête auprès des médecins généralistes de Picardie de 2005 a montré que les médecins généralistes sont réceptifs à la prévention primaire et secondaire des cancers mais qu'ils rencontrent des difficultés dans son application en pratique quotidienne également par manque de temps et manque d'observance des patients.

Pourtant, dans une étude réalisée en 2008 par Zalaudek et al, [37] il avait été mis en évidence qu'un examen cutané corps entier prenait en moyenne 70 secondes sans dermoscope et 142 secondes avec un dermoscope. Globalement, il était apparu dans cette étude qu'examiner la peau d'un patient dans sa totalité n'excédait pas 3 minutes.

Cependant plusieurs obstacles au déshabillage systématique des patients peuvent être intriqués entre eux comme le suggère le Pr Grob dans une revue de 2009 [50] : la durée de la consultation en médecine générale, le temps passé à se dévêtir et se revêtir notamment pour les personnes âgées, la réticence des patients à montrer des zones intimes…

Ces différents facteurs peuvent potentiellement expliquer un des résultats de l'étude Zalaudek et al, qui constate que la plupart des patients atteints d'un mélanome ont eu au moins une visite médicale dans l'année précédant le diagnostic mais que seulement 20 % d'entre eux déclarent avoir eu un examen clinique de la peau au cours de cette visite.

5.3.4 Pistes d'amélioration

Depuis le 1er novembre 2017 l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) a revalorisé certains des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. Ces nouvelles cotations relatives aux « consultations complexes » et « très complexes » s'appliquent dans des cadres précis dont ne fait pas parti les consultations dédiés aux dépistages de pathologies graves.

Nous avons cherché auprès des médecins généralistes interrogés des pistes d'amélioration de la pratique du dépistage de cancers cutanés. Il est apparu que 68,9% d'entre eux sont favorables à une prise en charge à 100% d'une consultation dédiée à la prévention et au dépistage des cancers cutanés pour les patients à risque.

Un autre moyen de sensibilisation au dépistage des lésions cutanées malignes étudié dans notre enquête est la formation des médecins généralistes à la dermatologie.

Durant leur cursus universitaire, chaque futur médecin reçoit une formation à la dermatologie à travers le programme de l'examen classant national (ECN). Lors du deuxième cycle des études médicales, l'enseignement théorique de la dermatologie se fait via le collège des enseignants de dermatologie qui consacre un seul item, le numéro 299, aux tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques. A la faculté d'Aix-Marseille par exemple, l'enseignement magistral de dermatologie s'articule autour de 22 heures de cours dispensées en quatrième année d'étude (DFASM1) dont deux uniquement consacrées aux tumeurs cutanées.

Les stages hospitaliers en service de dermatologie ne sont pas obligatoires, et leurs places sont limitées. La grande majorité des étudiants en médecine n'y ont donc pas accès durant leur cursus. Dans notre étude, on observe que 74,8% des médecins interrogés n'avaient pas fait de stage en dermatologie durant leur formation.

Le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en Médecine Générale ne comprend pas de stage obligatoire en dermatologie et ne propose pas d'unité d'enseignement de la discipline.

A travers ces observations, on ne peut que constater que la formation des médecins généralistes est insuffisante en dermatologie.

Ce manque de formation donc de connaissances participe à la sur sollicitation des dermatologues par les médecins généralistes devant une lésion cutanée. Par exemple, une étude réalisée auprès de 140 médecins généralistes du Val de Marne en 2012 [43] montre que 92,8% des patients adressés pour suspicion de mélanome ont en réalité une lésion bénigne.

Dans notre étude, 91,3% des médecins interrogés jugent nécessaire l'amélioration de leur formation en dermatologie.

Depuis le décret du 30 décembre 2011, chaque médecin a une obligation de formation médicale continue en participant de façon annuelle ou pluri annuelle à un programme de développement professionnel continu (DPC) validé par la Haute autorité de santé (HAS).

Ces programmes de formation peuvent associer des médecins de mêmes spécialités ou de spécialités différentes, hospitaliers ou libéraux, ainsi que d'autres professionnels de santé.

Cependant, peu de ces formations s'adressant aux médecins généralistes concernent la dermatologie.

La dernière idée d'amélioration du dépistage cutané par les médecins généralistes développée dans notre étude concerne la télémédecine.

La télémédecine, terme vaste, de plus en plus employé en politique et dans les médias est définie par la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HSPT) du 21 juillet 2009 comme une « forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet, d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients » (Article L.6315) [51].

Différentes prestations sont considérées comme des actes de télémédecine :

- La téléconsultation permet à un médecin de donner une consultation à distance du patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient afin d'assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.

- La télé-expertise permet à un médecin de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs confrères en raison de leurs compétences particulières.

- La télésurveillance médicale a pour objectif de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient.

- La téléassistance médicale et la réponse médicale (apportée dans le cadre de la régulation médicale des urgences-centres 15) sont également considérées comme des actes de télémédecine.

Souvent considérée comme une technologie d'avenir, la télémédecine pourrait apporter une réponse aux défis actuels et à venir de notre système de santé notamment l'accès aux soins de façon égale sur l'ensemble du territoire. Elle permettrait également de prendre en charge des patients âgés et peu mobiles dont l'accès au spécialiste est parfois restreint. L'importance de l'examen visuel en dermatologie et la diminution des dermatologues sur le territoire en fait une application de choix.

En effet, la France compte 3000 dermatologues à l'heure actuelle avec des taux variant de un dermatologue pour 20 000 patients en zone urbaine à un dermatologue pour 400 000 patients dans les déserts médicaux [52].

Toutefois, la télémédecine n'est pas une technologie récente. En effet, la communication vidéo interactive a été utilisée pour la première fois dans le domaine de la santé dans les 1950 années au Nebraska (USA).

Cependant, le développement de la télémédecine connait en France et dans le reste du monde plusieurs obstacles notamment techniques, économiques et médico légaux [53].

La télé dermatologie fait l'objet de nombreuses études depuis plus d'une décennie. La revue de la littérature montre que c'est une technique fiable et facilement reproductible [54]. La télédermatoscopie a elle aussi été de nombreuses fois évaluée, et semble être aussi sensible et spécifique qu'un examen classique [55].

De plus, la télé dermatologie pourrait impacter favorablement le pronostic des mélanomes [56] notamment grâce aux délais réduits de prise en charge des patients [57].

Enfin, une étude multicentrique contrôlée randomisée réalisée en Allemagne montre que l'utilisation de la télé médecine en dermatologie permettrait de désengorger les consultations des dermatologues en réduisant de près de 20% les patients adressés pour des consultations « classiques » [58].

Après près de 10 ans d'expériences et de projets pilotes la sécurité sociale vient de s'engager dans le développement de cette nouvelle technologie [59].

Depuis le 15 septembre 2018, la téléconsultation est prise en charge par la sécurité sociale au même tarif qu'une consultation classique, et de nombreux moyens sont développés dans le territoire pour faciliter sa mise en place (cabine de téléconsultation par exemple). Tout patient et tout médecin pourra y accéder.

La télé expertise sera également prise en charge par l'assurance maladie d'ici février 2019. Elle sera quant à elle réservé dans un premier temps à des cas précis : les patients en affection longue durée (ALD) ou atteints de maladies rares, les patients résidant en zones dites sous denses, en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou dans des structures médico-sociales, ainsi que les détenus. La télé expertise devrait être généralisée à tous les patients d'ici 2020.

Le développement de la télé dermatologie devrait améliorer considérablement le dépistage précoce des lésions cutanées malignes.

Cependant, la télémédecine n'est pas toujours acceptée par les professionnels de santé et les patients. En effet, beaucoup craigne que son usage mette l'aspect humain de la médecine de côté. De plus, la télémédecine relaye au second plan l'aspect clinique d'une consultation dont l'importance est majeure. En dermatologie par exemple, l'inspection d'une lésion est évidemment essentielle mais la palpation peut être tout aussi source d'informations capitales au diagnostic.

6. CONCLUSION

L'incidence des cancers cutanés est en augmentation dans la majorité des pays du monde, notamment dans les pays industrialisés, principalement à cause des changements de comportement de la population vis-à-vis de l'exposition solaire.

Dans leur globalité, ils représentent les cancers les plus fréquents de notre époque. Ainsi leur prévention et leur dépistage sont des enjeux majeurs de santé publique.

Leur prise en charge précoce dépend majoritairement de deux acteurs : les médecins généralistes et les dermatologues.
A l'heure actuelle, on ne peut que constater une pénurie de dermatologues en France ce qui renforce malgré lui la place du médecin généraliste dans ce dépistage.

Nous avons voulu étudier les différents aspects du rôle des médecins généralistes dans le dépistage des lésions cutanées malignes.

Notre étude a permis de mettre en évidence la capacité des médecins généralistes à participer de façon efficiente au dépistage des lésions cutanées malignes.

Cependant, nous avons également relevé de nombreuses limites à ce dépistage.

En premier lieu il parait évident que ce dépistage est sous pratiqué malgré le rôle clef du médecin généraliste dans le système de soin.

Ensuite, dans le cas où ce dépistage est réalisé, le manque de formation des médecins généralistes à la dermatologie entraîne une sur sollicitation déraisonnable de l'avis du spécialiste.

Plusieurs options pourraient être envisagées de façon simultanée pour améliorer le dépistage des lésions cutanées malignes en soins primaires.

D'abord, promouvoir la formation en dermatologie des médecins généralistes et ainsi sensibiliser à cette facette de la médecine trop souvent mise de côté.

Ensuite, envisager une prise en charge par la sécurité sociale d'une consultation dédiée au dépistage et à la prévention des pathologies potentiellement mortelles, consultation qui pourrait alors s'appliquer à tous types de cancers.

Enfin, poursuivre le développement de la télémédecine en créant des emplois dédiés à la télé expertise en dermatologie, permettant aux médecins généralistes un accès rapide, fiable et ne surchargeant pas le système de soin, à l'avis d'un spécialiste devant toute lésion suspecte.

Cette étude s'inscrit dans un projet global dans le but d'améliorer et promouvoir le dépistage des lésions cutanées malignes.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Skin Cancer Foundation. Skin Cancer Facts and statistics.[En ligne].https://www.skincancer.org/skin-cancer-information/skin-cancer-facts. Consulté le 27 septembre 2018.

2. Institut National du Cancer, INCa. Détection précoce des cancers de la peau. [En ligne]. http://doc.hubsante.org/doc_num.php?explnum_id=12787. Consulté le 27 septembre 2018.

3. Guillot B, Dalac S, Denis M, Dupuy A, Emile J-F, Fouchardière A, et al. Actualisation des recommandations de prise en charge du mélanome stade I à III. Vol. 103. 2016.

4. Epidémiologie des cancers cutanés. Institut National du Cancer. [En ligne]. http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Detection-precoce-des-cancers-de-la-peau/Epidemiologie. Consulté le 27 septembre 2018.

5. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012.InVS. Santé publique. [En ligne]. http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2013/Estimation-nationale-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012. Consulté le 27 septembre 2018.

6. Société Canadienne du Cancer. Statistiques de survie pour le mélanome. [En ligne]. http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/skin-melanoma/prognosis-and-survival/survival-statistics/?region=qc. Consulté le 27 septembre 2018.

7. HAS, Haute Autorité de Santé. Stratégie de diagnostic précoce du mélanome, guide du médecin traitant. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/gmed._melanome_231106.pdf. Consulté le 27 septembre 2018.

8. Haute Autorité de Santé, HAS. Actualisation de la revue de la littérature d'une recommandation en santé publique sur la détection précoce du mélanome cutané. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/recommandation_actualisation_de_la_revue_de_la_litterature_dune_recommandation_en_sante_publique_sur_la_detection_precoce_du_melanome_cutane.pdf. Consulté le 27 septembre 2018

9. Ganry O, Boche T. Prevention practices and cancer screening among general practitioners in Picardy, France. Public Health. nov 2005;119(11):1023‑30.

10. Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delaunay M, Gouvernet J, Wolkenstein P, et al. Delays in diagnosis and melanoma prognosis (II): the role of doctors. Int J Cancer. 20 mai 2000;89(3):280‑5.

11. HAS, Magazine des bonnes pratiques. Mélanome cutané : la détection précoce est essentielle. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1524070/fr/melanome-cutane-la-detection-precoce-est-essentielle. Consulté le 27 septembre 2018.

12. Elsevier Masson. Anatomie et physiologie de la peau et de ses annexes. [En ligne]. http://www.em-consulte.com/en/article/232246. Consulté le 27 septembre 2018.

13. Collège des Enseignants en Dermatologie de France, CEDEF. Histologie de la peau et de ses annexes. [En ligne]. http://document.cedef.org/enseignement/cours_semiologie/CEDEF_histologie_de_la_peau.pdf. Consulté le 27 septembre 2018.

14. Collège des Enseignants en Dermatologie de France, CEDEF. Histologie et histophysiologie de la peau et de ses annexes. [En ligne]. http://document.cedef.org/enseignement/comprendre_la_peau/1_Structure_peau.pdf. Consulté le 27 septembre 2018.

15. Collège des Enseignants en Dermatologie de France, CEDEF. Les effets des UV sur la peau. [En ligne]. http://document.cedef.org/enseignement/cours_semiologie/CEDEF_effets_des_uv_sur_la_peau.pdf. Consulté le 27 septembre 2018.

16. Aubin F. Implication des HPV dans la carcinogenèse cutanée. Revue Francophone des Laboratoires. 1 sept 2014;2014(465, Part 2):16‑7.

17. Chapitre 20 – Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques. In : Collège des Enseignants en Dermatologie de France, CEDEF. Dermatologie. 6ème ed. Paris : Elsevier Masson ; 2014, 295-333.

18. Collège des Enseignants en Dermatologie de France, CEDEF. Le système immunitaire cutané. [En ligne]. https://lyon-sud.univ-lyon1.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1320397714243. Consulté le 27 septembre 2018.

19. Arcagy, Info Cancer. Le carcinome de Merkel. [En ligne]. http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/autres-cancers/autres-cancers-de-la-peau/carcinome-de.html. Consulté le 27 septembre 2018.

20. Haute autorité de santé, HAS. Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome basocellulaire de l'adulte. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumantaire.pdf. Consulté le 27 septembre 2018.

21. Revenga Arranz F, Paricio Rubio JF, Mar Vazquez Salvado M, del Villar Sordo V. Descriptive epidemiology of basal cell carcinoma and cutaneous squamous cell carcinoma in Soria (north-eastern Spain) 1998-2000: a hospital-based survey. J Eur Acad Dermatol Venereol 2004;18(2):137-41.

22. Bonerandi J-J, Caquant L, Chaussade V et al. Carcinome épidermoïde cutané (carcinome spinocellulaire) : recommandations de pratique clinique pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique. [En ligne]. https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique/Cancers-de-la-peau. Consulté le 27 septembre 2018.

23. Grange F. [Epidemiology of cutaneous melanoma: descriptive data in France and Europe]. Ann Dermatol Venereol. déc 2005;132(12 Pt 1):975‑82.

24. Jéhannin-Ligier K, Dantony E, Bossard N et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 80 p.

25. Institut National du Cancer, INCa. Survie attendue des patients atteints de cancers en France : état des lieux. 2010. [En ligne]. www.e-cancer.fr/content/download/96009/1022035/file/RAPSURVIE10.pdf. Consulté le 27 septembre 2018.

26. Bulliard J-L, Panizzon RG, Levi F. [Epidemiology of epithelial skin cancers]. Rev Med Suisse. 22 avr 2009;5(200):882, 884‑8.

27. Lucas R, McMichael T, Smith W, et al. Solar ultraviolet radiation : Global burden of disease from solar ultraviolet radiation. In: Environmental Burden of Disease Series, Prüss-Üstün A, Zeeb H, Mathers C, et al., Eds. Geneva :World Health Organization, 2006; 206 p.

28. Karagas MR, Weinstock M, Nelson HH. Keratinocyte carcinomas (basal and squamous cell carcinomas of the skin). In : Cancer Epidemiology and Prevention, Schottenfield D, Fraumeni Jr JF, Eds. New York: Oxford University Press, 2006;1230-50.

29. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, INPES. Mieux prévenir et détecter tôt les cancers de la peau. 2012. [En ligne]. http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/12/dp120523.pdf. Consulté le 27 septembre 2018.

30. Australian Institute of Health and Welfare. Health system expenditures on cancer and other neoplasms in Australia, 2000-01. Canberra : AIHW, 2005 ; 68p.

31. Housman TS, Feldman SR,Williford PM, et al. Skin cancer is among the most costly of all cancers to treat for the Medicare population. J Am Acad Dermatol 2003;48:425-9.

32. Guy GP, Thomas CC, Thompson T, Watson M, Massetti GM, Richardson LC, et al. Vital signs: melanoma incidence and mortality trends and projections - United States, 1982-2030. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 5 juin 2015;64(21):591‑6.

33. Hoorens I, Vossaert K, Pil L, Boone B, De Schepper S, Ongenae K, et al. Total-Body Examination vs Lesion-Directed Skin Cancer Screening. JAMA Dermatol. janv 2016;152(1):27‑34.

34. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région PACA, situation en 2015. [En ligne]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_paca_2015.pdf. Consulté le 27 septembre 2018.

35. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. [En ligne]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf. Consulté le 27 septembre 2018.

36. Shenenberger DW. Cutaneous malignant melanoma: a primary care perspective. Am Fam Physician. 15 janv 2012;85(2):161‑8.

37. Zalaudek I, Kittler H, Marghoob AA, Balato A, Blum A, Dalle S, et al. Time required for a complete skin examination with and without dermoscopy: a prospective, randomized multicenter study. Arch Dermatol. 2008 Apr;144(4):509–13.

38. 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 Jan 15;126(2):450–8.

39. Brochez L, Verhaeghe E, Bleyen L, Naeyaert JM. Diagnostic ability of general practitioners and dermatologists in discriminating pigmented skin lesions. J Am Acad Dermatol. juin 2001;44(6):979‑86.

40. Fleming NH, Grade MM, Bendavid E. Impact of primary care provider density on detection and diagnosis of cutaneous melanoma. PLoS ONE. 2018;13(7):e0200097.

41. Epstein DS, Lange JR, Gruber SB, Mofid M, Koch SE. Is physician detection associated with thinner melanomas? JAMA. 17 févr 1999;281(7):640‑3.

42. Valachis A, Mauri D, Karampoiki V, Polyzos NP, Cortinovis I, Koukourakis G, et al. Time-trend of melanoma screening practice by primary care physicians: a meta-regression analysis. Ups J Med Sci. 2009;114(1):32‑40.

43. Halioua B, Houta B, Tibi M, Wolkenstein P, Chosidow O. Dépistage des cancers cutanés en médecine générale : analyse des pratiques, des besoins et des difficultés rencontrées. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. 1 déc 2014;141(12, Supplement):S324‑5.

44. Oliveria SA, Heneghan MK, Cushman LF, Ughetta EA, Halpern AC. Skin cancer screening by dermatologists, family practitioners, and internists: barriers and facilitating factors. Arch Dermatol. 2011 Jan;147(1):39–44.

45. Housiaux S. Diagnostic et dépistage des tumeurs noires en médecine générale : analyse des besoins. Thèse 3ème cycle Médecine, Limoges. 2005;137.

46. Chappuis P. Utilité de la dermoscopie pour le dépistage du mélanome en médecine générale: étude quantitative d'un échantillon de 425 médecins généralistes français. Thèse de Médecine. Université Claude Bernard-Lyon 1 ; 2015, 105 p.

47. Grange F., Hedelin G., Halna J. -M., Grall J. -C., Kirstetter H., Guillaume J. -C. Evaluation d'une campagne de formation des médecins généralistes et des médecins du travail au dépistage du mélanome dans le Haut-Rhin. Ann. Dermatol. et Vénéréol., volume 132, Issue 12, Part 1, Dec. 2005, p 956-961.

48. Aubert C. Diagnostics de consultation en médecine générale établis à partir de la CISP2 sur un échantillon de médecin généralistes en Haute Normandie. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Rouen ; 2012, 101 p.

49. Zimmerlé V, Laurent E, Tauveron V, Maruani A, Le Bidre E, Samimi M, et al. [Recognition and initial management of melanoma by general practitioners: A survey in a rural French area with low medical density]. Presse Med. avr 2018;47(4 Pt 1):e35‑42.

50. Quel patient déshabiller en médecine générale ? : Le point de vue du dermatologue. La revue du praticien. Médecine générale. (2009):404–6.

51. LegiFrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/texte. Consulté le 27 septembre 2018.

52. A. Tesnière, J.-P. Blanchère, A. Dompmartin. Télédermatologie. EMC – Dermatologie 2015;11(1):1-7 [Article 98-115-A-10].

53. Haute Autorité de Santé, HAS. Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage_telemedecine_vf.pdf. Consulté le 27 septembre 2018.

54. Moreno-Ramirez D, Ferrandiz L, Nieto-Garcia A, Carrasco R, Moreno-Alvarez P, Galdeano R, et al. Store-and-forward teledermatology in skin cancer triage: experience and evaluation of 2009 teleconsultations. Arch Dermatol. avr 2007;143(4):479‑84.

55. Piccolo D, Soyer HP, Chimenti S, Argenziano G, Bartenjev I, Hofmann-Wellenhof R, et al. Diagnosis and categorization of acral melanocytic lesions using teledermoscopy. J Telemed Telecare. 2004;10(6):346‑50.

56. Ferrándiz L, Ruiz-de-Casas A, Martin-Gutierrez FJ, Peral-Rubio F, Mendez-Abad C, Rios-Martin JJ, et al. Effect of teledermatology on the prognosis of patients with cutaneous melanoma. Arch Dermatol. sept 2012;148(9):1025‑8.

57. May C, Giles L, Gupta G. Prospective observational comparative study assessing the role of store and forward teledermatology triage in skin cancer. Clin Exp Dermatol. nov 2008;33(6):736‑9.

58. Eminović N, de Keizer NF, Wyatt JC, ter Riet G, Peek N, van Weert HC, et al. Teledermatologic consultation and reduction in referrals to dermatologists: a cluster randomized controlled trial. Arch Dermatol. mai 2009;145(5):558‑64.

59. L'assurance maladie. Généralisation de la télémédecine en France. [En ligne]. https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/assure/actualites/generalisation-de-la-telemedecine-en-france. Consulté le 27 septembre 2018.

8. ANNEXES

Annexe 1 guide médecin traitant

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE ET SANTÉ PUBLIQUE

Stratégie de diagnostic précoce du mélanome

Guide du médecin traitant

OBJECTIF

Améliorer et promouvoir le diagnostic précoce du mélanome : définition des populations à risque, prise en compte du parcours de soins coordonnés du patient, du médecin traitant et/ou du médecin du travail vers le dermatologue.

CONTEXTE

Le mélanome est un cancer peu fréquent par comparaison aux carcinomes épithéliaux mais c'est la plus grave des tumeurs malignes cutanées car sa capacité à métastaser met en jeu le pronostic vital du patient.

- **Des arguments forts incitent à valoriser le diagnostic précoce auprès du public et de l'ensemble des professionnels de santé :**
  - en 2006 les traitements du mélanome au stade métastatique n'ont pas d'effet sur la mortalité. Seul le diagnostic de mélanomes *in situ* (stade précoce du mélanome) et de mélanomes de faible épaisseur (mesuré par l'indice de Breslow) pourrait permettre de diminuer la mortalité liée à ce cancer.
- **Les données de la littérature montrent que le pronostic du patient dépend de la valeur de l'indice de Breslow et de la présence ou non d'une ulcération à l'examen histologique au moment de l'exérèse du mélanome :**
  - une corrélation inverse entre l'indice de Breslow et la survie après traitement est observée : le taux de survie à 5 ans est de 91-95 % lorsque cet indice est < 1 mm et est de 63-79 % lorsqu'il est compris entre 2 et 4 mm ;
  - le taux de récidives locales, régionales ou à distance est corrélé à l'indice de Breslow.
- **Le traitement sera d'autant plus efficace qu'il sera appliqué sur un mélanome ayant un indice de Breslow faible : efficacité sur la mortalité et/ou le taux de récidives.**
  - Les campagnes d'incitation au diagnostic précoce ont un impact positif (augmentation du nombre de mélanomes dépistés et diminution de l'épaisseur des mélanomes dont on a fait l'exérèse)

LES DIFFÉRENTS TYPES DE MÉLANOME

- Le mélanome à extension superficielle (SSM) : tache de contour irrégulier polycyclique, de couleur inhomogène polychrome (noir, marron, rouge, achromique), non palpable ou palpable selon sa phase d'évolution. Croissance lente (mois à années) 70-80 % des mélanomes.
- Le mélanome nodulaire (MN) : nodule de couleur noire (parfois achromique), ferme, arrondi, pouvant s'ulcérer, se recouvrir d'une croûte, suinter ou saigner. Croissance rapide (semaines à mois) 4-18 % des mélanomes.
- Le mélanome de Dubreuilh : tache pigmentée, inhomogène, allant du noir au marron foncé, observée sur les zones photo-exposées chez le sujet âgé (visage principalement).
- Le mélanome acral-lentigineux : observé sur les paumes ou plantes (tache brune ou noire au contour irrégulier), les ongles (bande mélanique > 6 mm de large, pigmentation irrégulière), les zones cutanées non exposées au soleil.

LES FACTEURS DE RISQUE À RECHERCHER

Les facteurs suivants augmentent le risque (risque multiplié par deux) de survenue d'un mélanome (pour le détail de ces facteurs, voir le tableau en dernière page) :

- nombreux *nævus* communs (grains de beauté), *nævus* atypiques ;
- mode de vie donnant lieu à une exposition solaire intense ;
- antécédents de coups de soleil (brûlures solaires) ;
- phototype cutané de type I (coups de soleil + absence de bronzage) ;
- antécédents personnels ou familiaux de mélanome ;
- caractéristiques physiques (couleur des cheveux ou de la peau, éphélides).

L'EXAMEN CLINIQUE

On ne peut connaître le stade de gravité du mélanome sur le seul aspect clinique **(aucune corrélation entre le diamètre du mélanome et son épaisseur)**. L'examen clinique est une méthode performante à condition de connaître la sémiologie des mélanomes **(importance de la formation)**.

- **La démarche analytique visuelle**
  - La règle ABCDE est la méthode de référence en France.
  - L'acronyme ABCDE signifie : A = asymétrie ; B = bord ; C = couleur ; D = diamètre ; E = évolutivité *(voir tableau en dernière page)*.
  - Une lésion mélanocytaire est considérée comme suspecte si deux de ces critères sont validés (le critère E étant le critère le plus pertinent).
- **La démarche cognitive visuelle**
  - Chez un sujet donné, les *nævus* ont un aspect clinique homogène (les *nævus* se ressemblent entre eux).

- Une lésion mélanocytaire est considérée comme suspecte si elle est cliniquement différente des autres *nævus* du patient dans sa forme, sa couleur ou son épaisseur.

LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS DE VOTRE PATIENT

- **Vous avez identifié un patient à risque de mélanome, vous devez :**
  - l'inciter à faire examiner sa peau une fois par an par un dermatologue ;
  - l'inciter à l'auto-examen cutané une fois par trimestre (voir ci-après) ;
  - l'informer sur les risques liés à l'exposition solaire.
- **Vous avez identifié une lésion suspecte chez un patient à risque ou non, vous devez adresser sans délai votre patient à un dermatologue :**
  - si le dermatologue confirme la suspicion de mélanome, il pratiquera une exérèse de la lésion ;
  - l'examen anatomo-pathologique confirmera ou non le diagnostic de mélanome ;
  - en fonction des résultats de cet examen le dermatologue décidera de la prise en charge thérapeutique (traitement, surveillance) et l'expliquera à votre patient.

L'AUTO-EXAMEN CUTANÉ : POURQUOI ? COMMENT ?

L'auto-examen permet à votre patient d'examiner seul la totalité de sa peau (temps de réalisation : 15 minutes). Votre patient devra rechercher une lésion mélanocytaire cliniquement différente de ses autres *nævus* ou d'apparition récente ou évolutive dans sa taille, sa couleur ou son épaisseur.

Étape 1

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

Étape 2

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

Étape 3

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

LES ÉTAPES CLÉS DU DIAGNOSTIC PRÉCOCE

1 - Le parcours de soins du patient :	**Médecin traitant, médecin du travail ou dermatologue :** ◗ identifie des sujets à risque *(cf. points 2,3,4 ci-dessous)* ; ◗ identifie une lésion suspecte *(cf. point 5 ci-dessous)*. **Dermatologue :** ◗ confirme la suspicion diagnostique (à cette fin, lui adresser sans délai votre patient) ; ◗ pratique l'exérèse de la lésion, fait faire l'examen anatomo-pathologique et assure le suivi du patient.
2 - Les facteurs de risque à rechercher :	◗ *Nævus* atypiques n ≥ 2. ◗ Lésions mélanocytaires (*nævus* communs) > 40. ◗ Antécédents personnels ou familiaux de mélanome. ◗ Phototype I, antécédents de brûlures solaires. ◗ Cheveux roux ou blonds, couleur de peau claire. ◗ Éphélides (taches de rousseur) nombreuses. ◗ *Nævus* congénital géant (diamètre > 20 cm).
3 - Les facteurs de risque liés au mode de vie ou à la profession du patient :	◗ Sujets ayant vécu dans des pays très ensoleillés (exposition solaire aiguë et intense) de par leur profession ou leur activité de loisirs. ◗ Pour le mélanome de Dubreuilh uniquement, les sujets avec un métier en extérieur (moniteurs sportifs, marins, agriculteurs, ouvriers du bâtiment et des travaux publics).
4 - Les autres facteurs de risque à prendre en compte :	◗ Les antécédents personnels de cancer cutané autre qu'un mélanome. ◗ Les antécédents d'exérèse d'une lésion cutanée (rechercher les cicatrices d'intervention et le résultat de l'examen anatomo-pathologique s'il y en a eu un). ◗ Les traitements immunosuppresseurs.
5 - L'examen clinique nécessite une bonne formation du praticien à la sémiologie des critères ABCDE :	**Les conditions de réalisation de l'examen cutané :** ◗ le patient est examiné dans une pièce bien éclairée ; ◗ le déshabillage du patient doit être complet ; ◗ l'ensemble du revêtement cutané est examiné, sans oublier les plis et les espaces inter-digitaux ; ◗ les éléments pris en compte sont la forme des lésions, leur disposition, topographie, distribution et étendue. **Une lésion susceptible d'être un mélanome est :** ◗ une lésion asymétrique (critère A) ; ◗ avec une bordure irrégulière, encochée, polycyclique, délimitée par rapport à la peau environnante (critère B) ; ◗ de couleur inhomogène, du brun clair au noir foncé (critère C). Des zones blanches où le pigment a disparu, des zones rouges inflammatoires ou des zones cicatricielles bleutées peuvent également être observées ; ◗ de diamètre > 6 mm (critère D) ; ◗ évolutive dans sa taille (la lésion s'élargit), sa couleur ou son épaisseur (critère E).

© Haute Autorité de santé – FMMELA 2006 – Imprimé par IME

HAS

Le rapport complet et la fiche de synthèse de cette évaluation médico-économique et santé publique :
« Stratégie de diagnostic précoce du mélanome » - octobre 2006
sont disponibles sur le site de la HAS : **www.has-sante.fr**

ANNEXE 2 : Questionnaire

Vous :

1) Etes-vous :

O un homme
O une femme

2) Depuis combien d'années exercez-vous ?

O moins de 10 ans
O entre 10 et 20 ans
O plus de 20 ans

3) Concernant votre exercice le qualifieriez-vous de :

O urbain
O rural
O mixte

4) Au cours de votre formation, avez- vous fait un stage en dermatologie :

O oui
O non

Votre pratique :

5) Réalisez-vous des examens dermatologiques de dépistage de lésions cutanées suspectes ?

O oui chez tous mes patients au cours de consultations dédiées.
O uniquement chez les patients à risque (ATCD personnels ou familiaux, phototypes clairs, exposition solaire excessive, naevus nombreux…)
O jamais de façon spécifique, je regarde juste la peau de mes patients au cours des examens cliniques habituels.
O je n'examine pas la peau de mes patients à la recherche de lésions dermatologiques

6) Vous arrivent-ils d'adresser un patient à un dermatologue pour une lésion cutanée suspecte :

O oui, régulièrement (plus de 5x / an)
O oui, occasionnellement (entre 2 et 5 x/ an)
O oui, rarement (moins de 2 x / an)
O non

7) Vous est-il déjà arrivé d'adresser un patient pour une lésion cutanée qui s'est avérée être une tumeur cutanée maligne ?

O oui, régulièrement (plus de 3x / an)
O oui, occasionnellement (entre 1 et 3 x/ an)
O oui, rarement (moins de 1x / an)
O non

8) Diriez-vous que vous avez facilement accès à un dermatologue pour un avis spécialisé ?

O oui
O non

Les causes d'un éventuel frein au dépistage :

9) Pensez-vous avoir des connaissances suffisantes en dermatologie pour dépister des lésions cutanées suspectes ?

O oui
O non

10) Pensez-vous manquer de temps au cours d'une consultation pour pratiquer un dépistage dermatologique correct ?

O oui
O non

11) Vous sentez vous parfois gêné pour déshabiller entièrement vos patients ?

O oui
O non

12) Avez-vous peur de rassurer à tort ?

O oui
O non

13) Avez-vous peur de paraître incompétent auprès du patient en alarmant sur une lésion bénigne ?

O oui
O non

14) Avez-vous peur de paraitre incompétent auprès du spécialiste en alarmant sur une lésion bénigne ?

O oui
O non

<u>Qu'auriez-vous fait ? (au moins une réponse nécessaire dans chaque sous-groupe de questions)</u>

Lésion 1 : *c'est bizarre docteur, mon grain de beauté a changé de couleur :*

- Je pense que c'est bénin
- Je pense que c'est malin
- Je ne sais pas ce que c'est

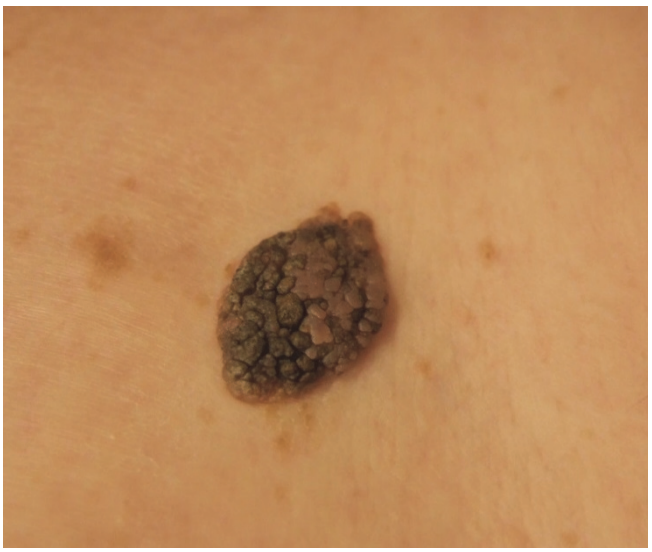
- J'adresse à un spécialiste
- Je n'adresse pas à un spécialiste mais je surveille la lésion
- Je n'adresse pas à un spécialiste, pas e surveillance nécessaire

Lésion 2 *: « Docteur regardez ce qu'est devenu mon piercing à l'oreille »*

- Je pense que c'est bénin
- Je pense que c'est malin
- Je ne sais pas ce que c'est

- J'adresse à un spécialiste
- Je n'adresse pas à un spécialiste mais je surveille la lésion
- Je n'adresse pas à un spécialiste, pas e surveillance nécessaire

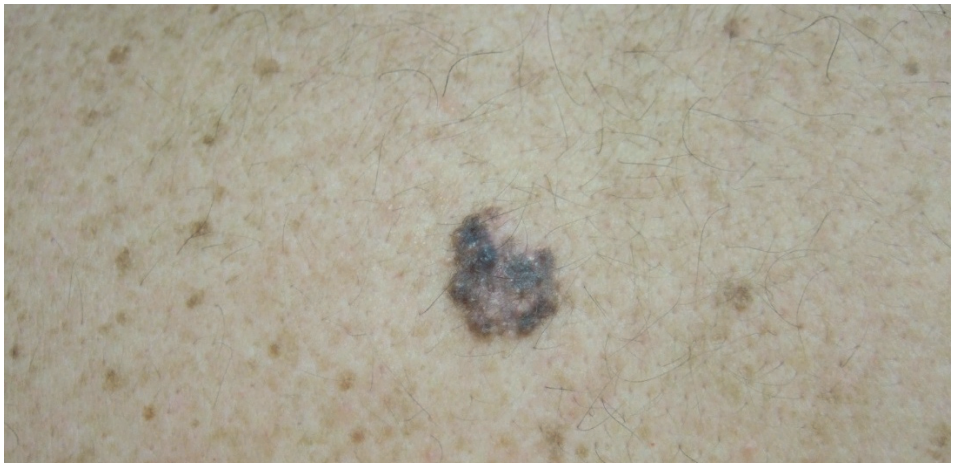
Lésion 3 : *« ma mère en a plein aussi depuis longtemps »*



- Je pense que c'est bénin
- Je pense que c'est malin
- Je ne sais pas ce que c'est

- J'adresse à un spécialiste
- Je n'adresse pas à un spécialiste mais je surveille la lésion
- Je n'adresse pas à un spécialiste, pas e surveillance nécessaire

Lésion 4 : *« je ne sais pas depuis combien de temps j'ai ça dans le dos »*



- Je pense que c'est bénin
- Je pense que c'est malin
- Je ne sais pas ce que c'est

- J'adresse à un spécialiste
- Je n'adresse pas à un spécialiste mais je surveille la lésion
- Je n'adresse pas à un spécialiste, pas e surveillance nécessaire

Lésion 5 : *« j'ai remarqué ça il y a 2 mois »*

- Je pense que c'est bénin
- Je pense que c'est malin
- Je ne sais pas ce que c'est

- J'adresse à un spécialiste
- Je n'adresse pas à un spécialiste mais je surveille la lésion
- Je n'adresse pas à un spécialiste, pas e surveillance nécessaire

Lésion 6 *: « c'est pas joli docteur »*

- Je pense que c'est bénin
- Je pense que c'est malin
- Je ne sais pas ce que c'est

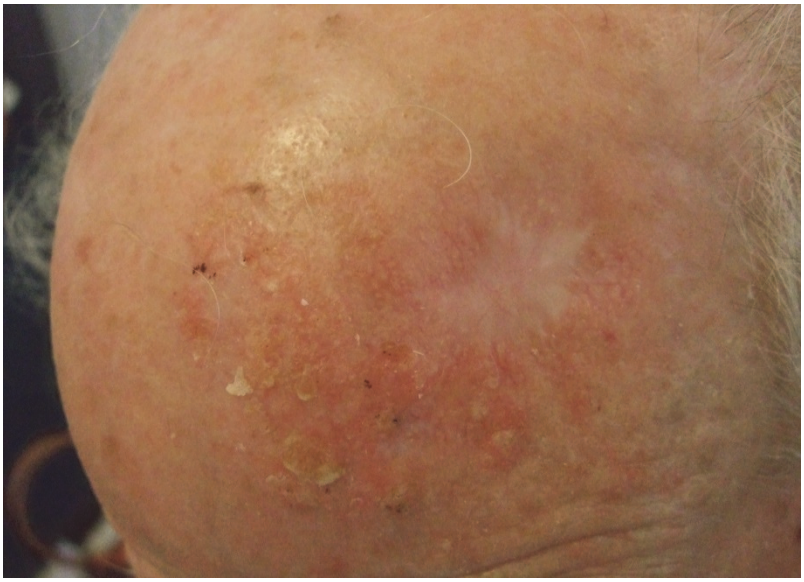
- J'adresse à un spécialiste
- Je n'adresse pas à un spécialiste mais je surveille la lésion
- Je n'adresse pas à un spécialiste, pas e surveillance nécessaire

Lésion 7 *: « c'est sûrement mes lunettes qui m'irritent »*

- Je pense que c'est bénin
- Je pense que c'est malin
- Je ne sais pas ce que c'est

- J'adresse à un spécialiste
- Je n'adresse pas à un spécialiste mais je surveille la lésion
- Je n'adresse pas à un spécialiste, pas e surveillance nécessaire

Lésion 8 : *« J'en ai de plus en plus depuis 10 ans »*



- Je pense que c'est bénin
- Je pense que c'est malin
- Je ne sais pas ce que c'est

- J'adresse à un spécialiste
- Je n'adresse pas à un spécialiste mais je surveille la lésion
- Je n'adresse pas à un spécialiste, pas e surveillance nécessaire

Lésion 9 : *« ce grain de beauté est dur, je l'ai depuis 3 mois sur la jambe »*

- Je pense que c'est bénin
- Je pense que c'est malin
- Je ne sais pas ce que c'est

- J'adresse à un spécialiste
- Je n'adresse pas à un spécialiste mais je surveille la lésion
- Je n'adresse pas à un spécialiste, pas e surveillance nécessaire

Lésion 10 : *« Ma femme a remarqué ce grain de beauté sur mon dos il y a 3 mois »*

- Je pense que c'est bénin
- Je pense que c'est malin
- Je ne sais pas ce que c'est

- J'adresse à un spécialiste
- Je n'adresse pas à un spécialiste mais je surveille la lésion
- Je n'adresse pas à un spécialiste, pas e surveillance nécessaire

Lésion 11 : *« ça suinte un peu et s'agrandit depuis quelques temps »*

- Je pense que c'est bénin
- Je pense que c'est malin
- Je ne sais pas ce que c'est

- J'adresse à un spécialiste
- Je n'adresse pas à un spécialiste mais je surveille la lésion
- Je n'adresse pas à un spécialiste, pas e surveillance nécessaire

Lésion 12 ***:*** *« En vieillissant il prend du relief »*

- Je pense que c'est bénin
- Je pense que c'est malin
- Je ne sais pas ce que c'est

- J'adresse à un spécialiste
- Je n'adresse pas à un spécialiste mais je surveille la lésion
- Je n'adresse pas à un spécialiste, pas e surveillance nécessaire

Lésion 13 : *« Ca me gratte »*

- Je pense que c'est bénin
- Je pense que c'est malin
- Je ne sais pas ce que c'est

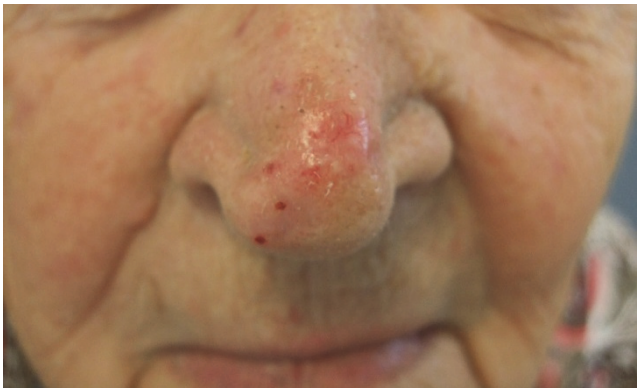
- J'adresse à un spécialiste
- Je n'adresse pas à un spécialiste mais je surveille la lésion
- Je n'adresse pas à un spécialiste, pas e surveillance nécessaire

Lésion 14 : *"ça ne fait pas mal, ça gonfle lentement depuis 5 ans"*

- Je pense que c'est bénin
- Je pense que c'est malin
- Je ne sais pas ce que c'est

- J'adresse à un spécialiste
- Je n'adresse pas à un spécialiste mais je surveille la lésion
- Je n'adresse pas à un spécialiste, pas e surveillance nécessaire

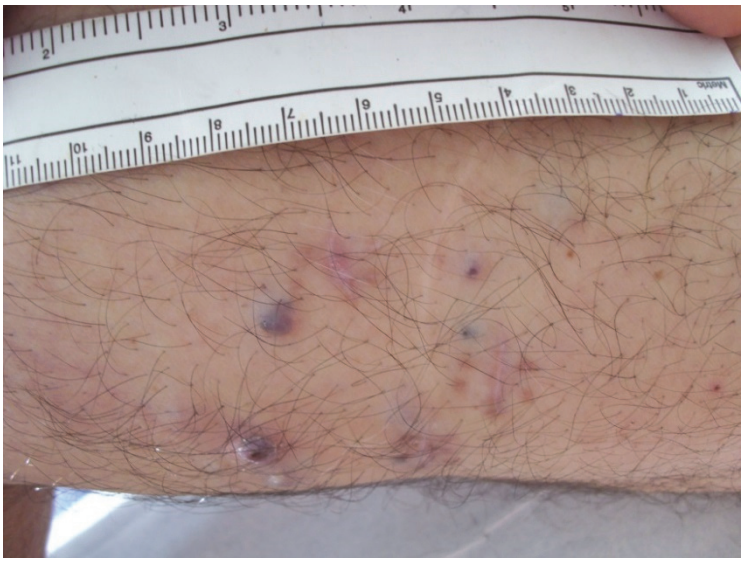
Lésion 15 : *"ça me déforme progressivement le nez"*



- Je pense que c'est bénin
- Je pense que c'est malin
- Je ne sais pas ce que c'est

- J'adresse à un spécialiste
- Je n'adresse pas à un spécialiste mais je surveille la lésion
- Je n'adresse pas à un spécialiste, pas e surveillance nécessaire

Lésion 16 : *« Je me suis fait enlever un vilain grain de beauté sur le pied droit il y a 6 mois, et regardez ce que j'ai maintenant sur ma jambe droite »*



- Je pense que c'est bénin
- Je pense que c'est malin
- Je ne sais pas ce que c'est

- J'adresse à un spécialiste
- Je n'adresse pas à un spécialiste mais je surveille la lésion
- Je n'adresse pas à un spécialiste, pas e surveillance nécessaire

Des idées d'améliorations…

1) Pensez-vous qu'une consultation annuelle de médecine générale, ciblée sur le dépistage cutané et prise en charge à 100 % par la sécurité sociale, pour les patients à risque cutané, serait utile ?

O oui
O non

2) Pensez-vous que la télémédecine avec envoi par mail d'une photo et réponse rapide par un spécialiste serait utile pour le dépistage cutané?

O oui
O non

3) Pensez-vous qu'il soit nécessaire d'améliorer les compétences dermatologiques des médecins généralistes en proposant davantage de DU ou FMC, afin de pratiquer un meilleur dépistage des lésions cutanées malignes ?

O oui
O non

Annexe 3 : correction questionnaire

Lésion 1 : Halo Naevus de Sutton

- ➔ Lésion bénigne
- ➔ Pas de nécessité d'adresser à un dermatologue

Les points essentiels :

Qu'est-ce que c'est : Le halo nævus de Sutton est un type de modification de nævus qui apparait en général chez l'adolescent ou le jeune adulte, sur le tronc. Il apparait un halo achromique en général circulaire et régulier autour d'un nævus mélanocytaire préexistant. Ce phénomène correspond à une sorte de réaction auto-immune localisée et aboutit à la disparition complète du nævus concerné. Puis la dépigmentation finit souvent par disparaitre sans séquelle. Parfois plusieurs nævi mélanocytaires subissent simultanément le même phénomène ce qui aide au diagnostic. Parfois persiste pendant plusieurs années le halo dépigmenté seul, sans le nævus qui a été détruit, ce qui peut prêter à confusion avec un vitiligo ; mais le souvenir de l'existence du nævus préexistant, la topographie et la forme arrondie très régulière de la dépigmentation permettent de rectifier le diagnostic.

L'apparition d'un nævus de Sutton n'est pas corrélée à une augmentation d'autres pathologies auto immunes.

Ce qui doit m'alerter : Si cette dépigmentation apparait après 40 ans et prend un aspect irrégulier, ou s'il existe une anomalie de la peau achromique (induration, saignement, ulcération…) : ce pourrait évoquer un carcinome basocelullaire sclérodermiforme ou plus grave, un mélanome

PEC possible : rassurer l'adolescent, protéger des expositions solaires, car sur la zone de halo naevus, les coups de soleil sont aussi faciles que chez un patient albinos ou atteint de vitiligo

Autre exemples :

Lésion 2 : Chéloïde sur cicatrice de piercing

- ➔ Lésion bénigne
- ➔ Adresser éventuellement à un dermatologue ou un chirurgien <u>seulement si gène esthétique</u>

<u>Les points essentiels</u> :

Qu'est-ce que c'est : La chéloïde est une tumeur cutanée bénigne fibroblastique qui apparait le plus souvent en réaction à un traumatisme cutané (plaie, chirurgie, tatouage, piercings…).

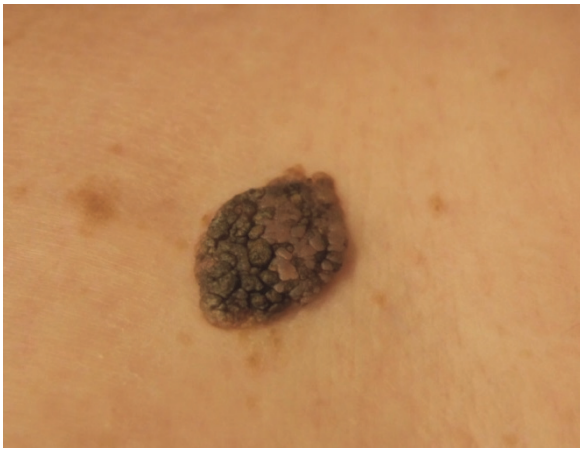
Caractéristiques cliniques : plaque ou nodule, ferme, à surface rouge ou rosée, tendue, sensible ou prurigineuse, parfois bosselée, s'étendant au-delà du traumatisme en « pinces de crabe ».

Ces réactions sont plus fréquentes dans la partie supérieure du tronc et des bras et chez les sujets à peau noires et chez les enfants/jeunes adultes.

<u>Ce qui doit m'alerter :</u> Certains carcinomes épidermoïdes peuvent aussi se développer sur une plaie chronique (brûlure, ulcère de jambe…), l'aspect peut aussi prêter à confusion avec certains sarcomes

<u>Prise en charge possible :</u> elle est difficile pour tout le monde !

- par le médecin généraliste (rassurer, application de dermocorticoïdes forts, injection intralésionnelle de corticoïdes, compression, prévenir du risque de récidive sur d'autres cicatrices (intention de piercing, de tatouages…)
- par le spécialiste : la prise en charge est très délicate, car les récidives sont fréquentes, en mode parfois aggravé. Surtout pas d'excision simple mais cryothérapie, injections de corticoïdes, excision intralésionnelle avec compression prolongée. Silicone, imiquimod, laser… rien n'est efficace à 100%



Lésion 3 : Verrue (ou kératose) séborrhéique

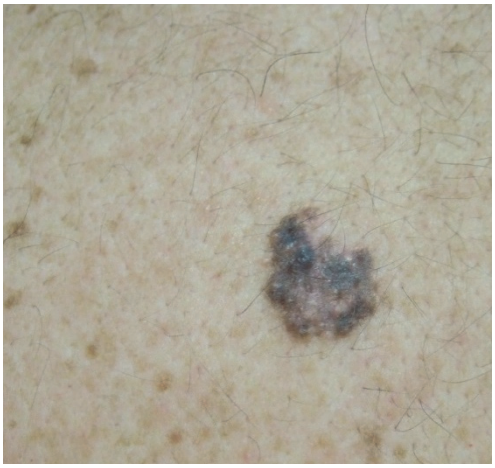
- ➔ Lésion bénigne
- ➔ Ne pas adresser à un dermatologue (sauf si gêne esthétique)

<u>Les points essentiels</u> :

Qu'est-ce que c'est : lésions fréquentes souvent multiples, survenant autour de la cinquantaine, sans prédominance de sexe, siégeant surtout sur les « zones séborrhéiques » du visage, cuir chevelu, tronc et dans les plis et zones de friction.

Caractéristiques cliniques : A leur début, ce sont des élevures à peine saillantes, jaunâtres ou bistre. Puis elles augmentent d'épaisseur, posées sur l'épiderme et se pigmentent d'avantage. Elles vont de 5 mm à 2 cm de diamètre. Elles sont enduites de squames kératosiques grasses, peu adhérentes, que l'on peut détacher avec l'ongle sans saignement. Dessous cet enduit, la surface de la lésion est papillomateuse avec de multiples dépressions. Chaque lésion est comme posée sur l'épiderme, avec des bords bien limités. <u>Ce</u>

qui doit m'alerter : on peut parfois hésiter avec un carcinome basocellulaire tatoué, un mélanome, un nævus , surtout si la lésion est unique ou excoriée ou différente des autres ou perdue au milieu de multiples nævus… En cas de doute, l'aspect en dermatoscopie est caractéristique.
L'apparition brutale de verrues séborrhéiques profuses et prurigineuses peut coïncider avec une néoplasie viscérale : c'est le signe de Leser-Trélat… mais c'est exceptionnel



Lésion 4 : Mélanome

- ➔ Lésion maligne
- ➔ Adresser en urgence

Le mélanome est un problème majeur de santé publique, dont l'incidence double presque tous les 10 ans dans les pays à population d'origine européenne. Son dépistage précoce ne doit donc pas être négligé.
Un mélanome est une lésion mélanocytaire, pigmentée dans 80 à 90 % des cas. Il en existe de différents types cliniques et histologiques, dont voici les 4 principaux *(vous trouverez des images des différents types de mélanomes plus bas…)* :

- Le mélanome nodulaire
- Le mélanome superficiel extensif (comme ici sur la photo)
- Le mélanome de Dubreuilh
- Le mélanome acral lentigineux (paume et plantes, souvent achromique : piège ++)

Il existe 5 critères d'alerte simples que doit connaitre un médecin généraliste pour effectuer un bon dépistage des mélanomes : ces critères sont regroupé sous l'anagramme « ABCDE »

- A : asymétrie
- B : bords irréguliers
- C : couleur inhomogène
- D : diamètre supérieur à 6 mm
- E : évolution récente documentée

On pourrait rajouter le signe du « vilain petit canard » : le mélanome, de loin, en vision globale de l'individu déshabillé, est différent des autres naevi, il choque l'œil, il se détache des autres.
Habituellement un mélanome comporte au moins 3 des 5 critères « ABCDE »
Prurit, dépilation et saignement sont des signes tardifs
L'âge médian au diagnostic est de 50-60 ans, mais un mélanome peut être retrouvé à **tout âge : il ne faut donc pas négliger un dépistage chez les sujet jeunes, surtout ceux à risque (phototype clair, ATCD familial de mélanome, nombreux nævus atypiques, atcd de coups de soleils, taches de rousseur…)**
Les expositions solaires intermittentes et intenses (= les coups de soleil) reçues surtout pendant l'enfance mais aussi à l'âge adulte jouent un rôle majeur dans l'apparition des mélanomes.

Les nævus sont un simple marqueur de risque, leur risque de transformation maligne est très faible, la majorité des mélanomes apparaissent en zone saine sans précurseur. La prévention primaire du mélanome passe donc par la photoprotection, dès l'enfance, et pas par l'exérèse systématique des nævus.
Un dépistage complet comprend un examen de tous les téguments, y compris le cuir chevelu, d'autant plus à risque car longtemps inaperçu.

Lésion 5 : Verrue (kératose) séborrhéique

- ➔ Lésion bénigne
- ➔ Ne pas adresser à un dermatologue (sauf si gène esthétique)

Une kératose séborrhéique perdue au milieu de kératoses actiniques !

Les points essentiels :
Voir lésion 3 !

Lésion 6 : Verrue vulgaire virale

- ➔ Lésion bénigne
- ➔ Ça va bien finir par guérir tout seul !

Les points essentiels :
Qu'est-ce que c'est : c'est une tumeur bénigne causée par des papilloma virus humains (PVH) de la famille des papovaviridae. Il existe plus de 120 types de PVH. Ils ont un tropisme exclusif pour l'épithélium malpighien donc les muqueuses et la peau.
(Certaines lésions, surtout muqueuses, peuvent progresser vers des lésions cancéreuses car il existe des PVH à haut risque oncogène.)
La prévalence des verrues cutanées est d'environ 10% de la population générale, avec un pic vers 10-14 ans ; l'inoculation se fait par contact direct ou indirect à travers une rupture de la barrière épithéliale.
Caractéristiques cliniques : on voit bien sur la photo l'atcd de tentative de destruction centrale par azote liquide et la récidive en couronne… le PVH est très résistant dans le milieu extérieur et sur la peau aussi.
La régression spontanée est habituelle. Il faut éviter les manipulations qui évitent auto et hétéro-contamination. Il n'existe pas de traitement spécifique et le PVH n'est pas immunisant… d'où les récidives… on tente juste de détruire l'épiderme infecté avec plus ou moins de succès.
Ce qui doit m'alerter : certains mélanomes sont achromiques et verruqueux ; mais ils siègent dans des zones où on n'attend pas une verrue, à un âge où on n'attend pas une verrue

Lésion 7 : carcinome (ou épithélioma) épidermoïde (ex carcinome spinocellulaire)

- ➔ Lésion maligne
- ➔ Adresser rapidement

Points essentiels

Il s'agit d'une tumeur maligne, développée à partir de l'épiderme, résultant en principe de l'exposition solaire plutôt cumulative chez un sujet à peau claire.

En France, ils représentent 20 % des carcinomes cutanés.

Ils se développent le plus souvent sur des kératoses actiniques

Si seulement 1% des CE meurent de leur CE, en revanche ils représentent une morbidité fonctionnelle et esthétique importante et un réel coût de santé.

La topographie sur l'hélix est à reconnaitre car fréquente, banale chez les hommes (cheveux courts = pas de photoprotection), et à risque car c'est une zone lymphophile qui métastase plus aisément.

Il existe en sus un rôle des HPV oncogènes dans les carcinomes épidermoïdes (CE) surtout des muqueuses chez l'immunocompétent et dans les CE aussi cutanés chez le sujet immunodéprimé. Il existe d'autres facteurs de risque comme le tabac, le goudron de houille, l'arsenic, les plaies chroniques…

Ce qui doit m'alerter :

Ça siège sur une zone photoexposée, c'est chronique, c'est induré, le patient s'est exposé au soleil de façon chronique…

Lésion 8 : kératose actinique

- ➔ Lésion bénigne
- ➔ A surveiller par un dermatologue, ou par le médecin généraliste

Points essentiels :

Les kératoses actiniques sont des lésions précarcinomateuses très fréquentes ; elles se transforment lentement vers un carcinome épidermoïde invasif et éventuellement métastasiant. Elles sont souvent multiples, squameuses ou crouteuses, avec un aspect de fines rugosités à la palpation, qui saignent facilement au grattage, et surviennent sur les zones photo-exposées. Leur potentiel de transformation est limité, lent, mais justifie toutefois une surveillance et une destruction.

La présence de kératoses actiniques est aussi considérée comme un marqueur de risque.
Le traitement se fait par destruction par cryothérapie, photothérapie dynamique, électrocoagulation ou laser CO2, application topique de 5FU en crème 5 (Efudix), diclofénac sodique en gel (Solazare), Imiquimod en crème (Aldara), mébutate d'ingénol en crème (Picato)…
La destruction des lésions est aussi à visée esthétique mais impose malgré tout aussi une surveillance simple au moins une fois par an, qui peut se faire par un médecin généraliste ou un dermatologue : si une lésion s'indure, saigne, s'étend… il vaut mieux en réaliser l'exérèse avec analyse histologique.

Lésion 9 : histiocytofibrome pigmenté (ou dermatofibrome)

- ➔ Lésion bénigne
- ➔ Ne pas adresser à un dermatologue

Les points essentiels :
Qu'est-ce que c'est : c'est une lésion banale, en général localisée aux membres et plus souvent chez la femme adulte.
Les cellules concernées sont des dendrocytes ou des histiocytes bénins.
C'est une papule ou un nodule de 5-10 mm, légèrement en relief, à surface brunâtre. C'est très ferme à la palpation, souvent difficile à pincer, car dermique. Ce n'est pas douloureux. Ça se développe souvent après un traumatisme. Une exérèse est le plus souvent inutile, à l'origine d'un dommage esthétique supérieur. La disparition est souvent spontanée.
Ce qui doit « m'alerter » : on pourrait les confondre avec un nævus, mais la consistance à la palpation fait la différence

Lésion 10 : Mélanome

- ➔ Lésion maligne
- ➔ Adresser en urgence

Mélanome nodulaire : d'après les critères ABCDE vus en 4), nous avons ici une lésion à bord irrégulière, de couleur inhomogène, faisant à priori plus de 6mm, d'aspect crouteux, avec la notion d'apparition récente (3 mois) dans l'énoncé. Et en plus les autres lésions pigmentées du patient étaient toutes « jolies », homogènes, régulière : c'est notre « vilain petit canard »

Lésion 11 : Carcinome in situ de Bowen

- ➔ Lésion maligne
- ➔ Adresser à un dermatologue

Première étape non invasive du carcinome épidermoïde (= pas de franchissement de la membrane basale donc pas de risque de métastases). Le carcinome in situ de Bowen est une lésion unique située en zone photo-exposée, avec un aspect de plaque érythémateuse plus ou moins pigmentée et squameuse ou croûteuse, toujours bien limitée.
Ce type de lésion peut aussi être retrouvé au niveau muqueux.
L'exérèse chirurgicale doit être faite rapidement avant que la lésion n'acquière un potentiel métastatique.
L'ulcération, la survenue d'une infiltration sont des signes d'invasion.

Lésion 12 : nævus simple

- ➔ Lésion bénigne
- ➔ Ne pas adresser à un dermatologue

<u>Les points essentiels</u> :
Dans l'énoncé, il été précisé que ce nævus prenait du volume avec l'âge, ce qui a alerté beaucoup d'entre vous. Pourtant, il est classique qu'un nævus prenne du relief avec les années. D'après les critères ABCDE vus plus haut, ce nævus parait tout à fait bénin : il est régulier dans sa forme et sa couleur. Un seul critère, le E (comme évolutivité), ne suffit pas à porter le diagnostic de mélanome. Certes, il faisait aussi plus de 6 mm (D). Enfin, il est rare qu'un nævus se transforme en mélanome. Le mélanome nait le plus souvent d'emblée en peau saine et pas sur nævus préexistant…
Bien sûr au moindre doute, le médecin généraliste a raison d'adresser son patient au spécialiste.

Lésion 13 : Mélanome

- ➔ Lésion maligne
- ➔ Adresser en urgence

Mélanome superficiel extensif (SSM = superficial spreading melanoma): il est asymétrique, dans ses contours et sa couleur, il se modifie progressivement et s'étend, il y a du noir du blanc du rose, du marron répartis de façon anarchique, les bords sont déchiquetés…et en plus, il saigne facilement, il gratte, il est en plus différent des autres nævus du patient.
D'après les critères ABCDE, nous avons ici une lésion asymétrique, à bord irrégulier, de couleur inhomogène, de diamètre >6mm… Donc à adresser en urgence! un mois de retard peut faire la différence dans le pronostic.

Lésion 14 : comédon ouvert

- ➔ Lésion bénigne
- ➔ Ne pas adresser à un dermatologue

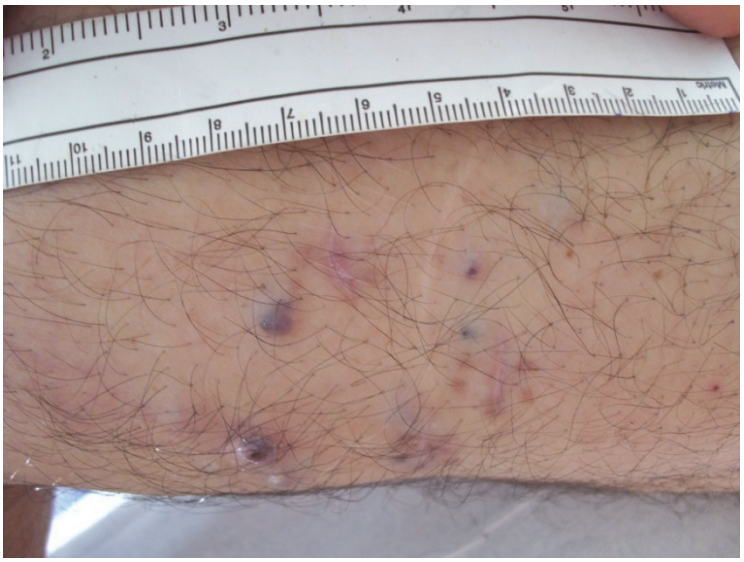
Les points essentiels :
Qu'est-ce que c'est : un comédon ouvert correspond à ...un vulgaire point noir ! Celui-ci est particulièrement gros mais ne nécessite aucune prise en charge particulière.

Lésion 15 : carcinome basocellulaire

- ➔ Lésion maligne
- ➔ Adresser à un dermatologue

Le carcinome basocellulaire est une lésion maligne, exclusivement cutanée, survenant majoritairement après l'âge de 50 ans et ne présentant pas de risque métastatique. Pour autant, son agressivité locorégionale destructrice fait qu'un carcinome basocellulaire ne doit pas être négligé car il peut mettre ainsi en jeu le pronostic fonctionnel, esthétique mais aussi vital selon sa localisation.
Dans l'énoncé, il était précisé que la lésion **déformait** progressivement le nez de la patiente ce qui est un élément d'alerte essentiel. Cliniquement, c'est une lésion d'aspect perlé en périphérie, volontiers télangiectasique, qui s'étale progressivement, qui s'indure avec le temps : la palpation est essentielle.
Le carcinome basocellulaire peut prendre plusieurs aspects :

- Nodulaire, le plus classique : lésion ferme, bien limitée
- Superficiel (comme sur la photo) : plaque érythémateuse voir squameuse, bordée de perles parfois à peine visibles à l'œil nu, s'étendant progressivement
- Sclérodermiforme : aspect d'une cicatrice blanchâtre, mal limité, parfois atrophique



Lésion 16 : Métastases en transit

- ➔ Lésions malignes
- ➔ Adresser en urgence

Les points essentiels :
Les métastases en transit correspondent à un phénomène particulier retrouvé dans de divers cancers avec métastases cutanée, notamment les mélanomes mais aussi d'autres cancers solides (sein poumon ovaire…)
Dans l'énoncé il était précisé que ce patient s'était fait enlevé « un méchant grain de beauté récemment », élément d'alerte très important. Sans cet élément et devant de telles lésions, une recherche de primitif est essentielle.

Caractéristiques cliniques : c'est plus difficile quand la métastase cutanée est unique ou achromique, ça peut alors mimer un kyste. Une métastase cutanée est asymptomatique.
Ce qui doit m'alerter : ça siège dans le territoire de drainage d'un mélanome, ça se multiplie.

9. LISTE DES ABREVIATIONS

ADN : Acide DésoxyriboNucléïque

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continue

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

INCa : Institut National du Cancer

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

InVS : Institut de Veille Sanitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PMSI-MCO : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information -Médecine Chirurgie Obstétrique

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

UV : Ultra-Violet

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

RESUME

INTRODUCTION : Les cancers cutanés sont les cancers les plus fréquents en France et représentent un problème de santé publique mondial. Leur incidence connait une croissance majeure depuis 40 ans et leur pronostic est fortement corrélé à la précocité de leur prise en charge. Le dépistage précoce de lésions cutanées malignes augmente la survie globale des patients et réduit les couts de santé publique. Notre étude décrit la pratique des médecins généralistes de la région Provence Alpes Côte d'Azur lorsqu'ils sont confrontés à une lésion cutanée maligne et observe leur niveau d'implication dans ce dépistage.

METHODE : Nous avons réalisé une enquête de pratique en diffusant un questionnaire à des médecins généralistes de la région PACA permettant d'évaluer leurs habitudes de dépistage et leurs attitudes face à une série de photos de lésions dermatologiques. 103 médecins ont été inclus dans notre étude.

RESULTATS : Nous observons que dans 96.26% des cas, l'attitude du médecin généraliste est adaptée face à une lésion cutanée maligne. Cependant les lésions bénignes ont été adressées chez un dermatologue dans 65.8 % des cas, impliquant une sur sollicitation du spécialiste. Nous avons constaté que le dépistage dermatologique est sous pratiqué avec seulement 17,5% des médecins de l'étude qui réalisent des examens spécifiques de dépistage dermatologique. Les principaux freins sont le manque de temps en consultation, la peur de rassurer à tort et le sentiment de manque de connaissances en dermatologie.

CONCLUSION : Notre étude met en évidence la capacité des médecins généralistes à participer de façon efficiente au dépistage des cancers cutanés. Cependant, ce dépistage est sous pratiqué et comporte de nombreux freins. Il apparaît capital de rechercher des pistes d'amélioration comme le développement de la télémédecine, le remboursement des consultations de dépistage oncologique ou l'enrichissement de la formation en dermatologie des médecins généralistes.

MOTS-CLES : dépistage dermatologique ; mélanome ; carcinome cutané ; médecin généraliste ; cancer de la peau ; épidermoïde ; baso-cellulaire ; télémédecine