



HAL
open science

Dépistage des cancers cutanés chez les seniors : retour d'expérience dans un PSLA en Normandie

Avran Audren

► **To cite this version:**

Avran Audren. Dépistage des cancers cutanés chez les seniors : retour d'expérience dans un PSLA en Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02481441

HAL Id: dumas-02481441

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02481441>

Submitted on 17 Feb 2020

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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2019

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 02 octobre 2019

Par Mr AUDREN Avran

Né le 27 novembre 1989 à Vire (Calvados)

TITRE DE LA THÈSE :

Dépistage des cancers cutanés chez les seniors : retour d'expérience dans un PSLA en
Normandie

Président : Monsieur le Professeur LAUNOY Guy

Membres : Madame le Professeur DOMPMARTIN Anne

Madame le Docteur BEAUPLET Bérengère, directrice de thèse

Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes

M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUCZ Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. Médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

M.	HURALT de LIGNY Bruno <small>Éméritat jusqu'au 31/01/2020</small>	Néphrologie
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. Médicale et tech. De communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition

M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

Année Universitaire 2018 / 2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. De communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle Éméritat jusqu'au 31/08/2019	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie

Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER-NOEL Sophie <small>(fin 31/08/2021)</small>	Médecine générale
M.	LE BAS François <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale

Remerciements :

Aux médecins du PSLA d'Isigny Sur Mer : Dr LE GAC Michel, Dr LEGASTELOIS Hubert, Dr LHONNEUR Annie, Dr RIVIERE Franck, Dr SOHIER Emmanuelle, Dr THEUNIS Emilie et Dr PLUT Edouard de m'avoir aidé à réaliser cette étude. Je remercie tout particulièrement Michel, Annie et Franck pour ces six mois d'internat passés avec vous, pour votre formation et votre accueil. L'histoire fait qu'elle se termine avec vous et j'en suis ravi.

Au Dr Bérengère BEAUPLET : Merci infiniment pour ton aide apportée tout au long de cette thèse. C'est un beau clin d'œil d'être directrice de ma thèse et d'être membre de mon jury.

A Marianne PAVARD : pour son implication professionnelle, sa disponibilité et son aide apportée dans la réalisation de cette étude.

A Annabelle YON : pour toutes ces informations apportées qui ont pu valoriser ce travail.

Au Dr Michel DE PONTVILLE : pour sa disponibilité, sa formation donnée aux confrères à Isigny un soir d'hiver

A mes maîtres de stages tout au long de mon Internat :

- Dr Luc MAUGER qui m'a appris à gérer mon stress et à relativiser dans ma pratique professionnelle, et son équipe paramédicale de médecine 2 du CH de Bayeux au top,
- aux pédiatres du CH de St LO qui m'ont fait découvrir le monde des bébés,
- aux urgentistes du CHU de Caen pour avoir partagé ses six mois intenses,
- aux médecins de Granville : Dr REGNAULT Bruno, Dr HUREL Jean François et Dr PHILIPPART Laurent pour leur accueil chaleureux, leur partage des connaissances et l'accompagnement (et bien sûr à Aude et Danielle les secrétaires),
- aux Dr Sophie BLANCHEMAIN, Dr Karine DAVARD et Dr Lucie PEROCHE pour leur formation en gériatrie

A mon ami d'enfance J-C qui m'a accompagné de la sixième jusqu'au bout.

A mes amis de promo : Manu (dldldldld), Rayan (Tac... Tac..), Carpet (l'homme au regard de braise connu de toutes les BU caennaises), Hugo (darkchand), Rico (le lama), Vij et Pitrey les deux compères des BU et des soirées, Alex (pour les heures passées ensemble à bachoter, mais aussi à faire des belles vidéos), mon Boutelegue (pour son écoute, son coaching et ses heures passées ensemble), sa ptite femme EMILIE MAAARRIIIEE, mon toub (pour ces heures de FIFA post BU et ses soirées à Kairon) et à tous ceux de la bande Max, Prêle, Charlotte....

A Julien et Caro, pour cette belle rencontre et ces repas de gros !

A ma famille :

A mes oncles, mes tantes, mes cousins cousines que je ne vois pas assez souvent

A Serge, Denise, Éric nos voisins et deuxième famille.

Mes grands-parents pour les si bons moments de mon enfance passés avec vous et votre présence jusqu'à ce jour.

A mes beaux-parents Liliane et Jean Claude pour leur gentillesse, leur aide précieuse.

A ma sœur Milène, et mon frère Richard pour vos soutiens

A mes parents : mon Père qui m'a donné l'envie de devenir médecin et que j'admire, à ma mère qui m'a consacré beaucoup de temps pour mon éducation scolaire et en dehors. Je vous aime.

A Justine, ma p'tite femme, qui m'a soutenu jusqu'au bout malgré mon caractère. Merci pour ta patience et ta joie de vivre qui m'ont permis d'arriver jusque-là. Je t'aime.

Abréviations

AJCC : American Joint Committee On Cancer

ALD : Affection Longue Durée

AMI : Agrica, MSA, IFR99

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CBC : Carcinome BasoCellulaire

CCMSA : Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole

CEC : Carcinome Epidermoïde Cutané

CIM : Classification Internationale des Maladies

Classification TNM : T : Tumeur primitive, N : Node (ganglions lymphatiques), M : métastases

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNRSI : Caisse Nationale du Régime Social des Indépendants

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé

FRANCIM : France Cancer Incidence et Mortalité

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Herpes Papilloma Virus

INCa : Institut National du Cancer

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

MCO : Maintien en Condition Opérationnelle

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RA : Régime Agricole

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RG : Régime Général

RV : Rapport de Vraisemblance

SSM : Superficial Spreading Melanoma

UICC : Union for International Cancer Control

UV : Ultraviolet

INDEX Tableaux et Figures :

- Tableau 1 : Estimation régionale de l'incidence de mélanomes de 1980 à 2005 selon l'INVS [7]
- Tableau 2 : Classification pTNM de l'UICC de l'AJCC 18 [9]
- Tableau n°3 : Risque de récurrence et risque de décès à 5 et 10 ans du mélanome primitif après excision, selon le Breslow [4]
- Tableau n°4 : Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID [36]
- Carte de l'INSEE de 2018 représentant la démographie normande des habitants âgés de 65 ans ou plus [33]
- Figure 1 : Nombre de patients à risque
- Figure 2 : Prévalence des facteurs de risque
- Figure 3 : Nombre de patients ayant consulté un dermatologue parmi les 71 patients à risque
- Figure 4 : Diagramme de flux

Sommaire

<u>INTRODUCTION</u>	page 1
<u>PARTIE I</u> : DEPISTAGE DES CANCERS CUTANES.....	page 2
<u>Chapitre 1</u> : Les cancers cutanés.....	page 2
1.1 : Les carcinomes	
1.1.1 Carcinome Basocellulaire	
1.1.2 Carcinome Spinocellulaire	
1.1.3 Carcinome de Merckel	
1.2 : Le mélanome.....	page 6
1.2.1 Epidémiologie	
1.2.2 Clinique	
1.2.3 Pronostic	
1.2.4 Traitement	
1.2.5 Surveillance	
1.3 : Les facteurs de risque des cancers cutanés.....	page 14
<u>Chapitre 2</u> : Organisation du dépistage du mélanome.....	page 17
2.1 : En France.....	page 17
2.1.1 Recommandation de l'INCa	
2.1.2 Recommandation de la HAS	
2.1.3 Journée nationale du mélanome	
2.1.4 Exemples de réseaux et initiatives régionales de promotion du dépistage en France	
2.2 : A l'étranger.....	page 21

2.2.1 En Europe	
2.2.2 En Australie	
2.2.3 Aux Etats Unis	
2.3 : La place de la télémédecine.....	page 23
<u>Chapitre 3</u> : Les difficultés pratiques du dépistage.....	page 25
3.1 : Problématiques démographiques.....	page 25
3.1.1 Vieillissement de la population	
3.1.2 Démographie médicale	
3.2 : Difficultés de dépistage pour les séniors.....	page 26
3.2.1 Trouble visuel	
3.2.2 Capacité cognitive	
3.2.3 Capacité physique	
3.2.4 Isolement social	
3.2.5 Le transport	
3.3 : Difficultés pour les médecins généralistes.....	page 29
<u>PARTIE 2</u> : RETOUR D'EXPERIENCE AU PSLA D'ISIGNY SUR MER.....	page 30
1. Contexte.....	page 30
2. Matériels et méthodes.....	page 30
3. Résultats.....	page 32
4. Discussion.....	page 37
<u>CONCLUSION</u>	page 41

INTRODUCTION :

Le nombre de cancers cutanés diagnostiqués en France a été multiplié par trois entre 1980 et 2012 selon les chiffres de l'Institut National du Cancer. C'est le taux d'accroissement le plus important des cancers. L'augmentation peut être expliquée par les modifications des modes de vie concernant l'exposition aux UV, l'allongement progressif de l'espérance de vie et la détection plus importante des cancers cutanés par la mise en place du dépistage du cancer cutané. C'est un enjeu de santé publique de par son incidence croissante mais aussi par le fait qu'une détection précoce peut permettre une guérison totale et limiter les dépenses dans les soins. Le dépistage du mélanome fait partie des dépistages recommandés en France, mais il n'est pas organisé comme le sont celui du cancer du sein, du colon et du col de l'utérus. Contrairement à ces autres localisations de cancer, il n'est pas défini de limite d'âge supérieur au dépistage du mélanome (annexe 1), dont l'incidence augmente avec l'âge. La Normandie est une région où l'incidence des cancers cutanés est plus importante que dans certaines régions. Le médecin généraliste est au premier plan dans la prévention, la surveillance et le dépistage de ce type de cancer. Cependant, le patient est-il aussi bien informé que pour les autres dépistages de cancer organisés ? Les recommandations sont-elles appliquées ? L'accès au dépistage chez le médecin généraliste et le dermatologue est-il un frein à cette prévention pour les personnes âgées ?

Dans une première partie nous étudierons les caractéristiques des cancers cutanés avec des données épidémiologiques au niveau mondial, national mais aussi au niveau régional. Enfin dans une deuxième partie, nous essaierons de répondre à nos questions à l'aide d'une étude réalisée dans le cadre d'une démarche d'Amélioration des Pratiques Professionnelles par les médecins généralistes dans un Pôle de Santé Libéral Ambulatoire en Normandie.

PARTIE 1 : DEPISTAGE DES CANCERS CUTANES

Chapitre 1 : Les cancers cutanés

Il existe deux grands types de cancers cutanés. Les carcinomes et le mélanome. Parmi les carcinomes, on différencie le basocellulaire, le spinocellulaire (ou épidermoïde), et le neuro-endocrine (carcinome de Merckel).

1.1 Les carcinomes :

1.1.1 Carcinome Basocellulaire :

Le carcinome basocellulaire, est le plus fréquent des cancers cutanés et le plus fréquent des cancers de l'Homme. Selon l'INCa, son incidence, qui augmente après l'âge de 40 ans, est souvent sous-estimée car les cas ne sont pas toujours recensés en France. Avec environ 50 000 nouveaux cas par an, on estime son incidence à 75 pour 100 000 habitants par an pour les hommes et 60 pour 100 000 pour les femmes. Les localisations principales des carcinomes sont situées aux zones du corps photo-exposées, notamment la tête et le cou dans près de 80% des cas. Il n'existe pas de lésion précancéreuse contrairement au carcinome épidermoïde. Les carcinomes basocellulaires se développent sur peau saine et évoluent progressivement [1, 2, 3].

Ces cancers se développent à partir de la couche basale de l'épiderme. Pour rappel, la peau est composée de plusieurs couches : l'épiderme, le derme et l'hypoderme. Les quatre types de cellules de l'épiderme sont les :

- Kératinocytes qui sont les cellules qui sécrètent de la kératine et qui s'accumulent en surface pour former la couche cornéenne protectrice.
- Mélanocytes qui sécrètent la mélanine, qui permet la pigmentation de la peau.
- Cellules de Langherans qui jouent un rôle immunitaire
- Cellules de Merkel qui intervient dans la perception tactile

Il existe différentes formes cliniques du carcinome basocellulaire, qui peuvent se pigmenter et ou s'ulcérer [1, 3, 4] :

-La forme nodulaire, la plus fréquente, caractérisée par son aspect perlé, télangiectasique, érosif en son centre. La papule est indurée et a une évolution centrifuge.

-La forme superficielle, située le plus souvent au niveau du tronc. Elle se distingue par son aspect en plaque érythémateuse, bien limitée d'évolution centrifuge. Il peut y avoir des squames ou des ulcérations superficielles.

-La forme sclérodermiforme, surtout présente au niveau du visage, avec un aspect de cicatrice déprimée, blanche, mal limitée. La lésion est scléreuse à la palpation.

-La forme infiltrante, plutôt une forme histologique comparée aux trois autres formes plutôt clinique et histologique.

L'évolution est essentiellement locale, les métastases sont exceptionnelles.

Les facteurs pronostics sont la taille, la localisation, les formes mal limitées ou sclérodermiformes, et les formes récidivantes [1] :

-localisations à risque de récurrence : trois zones topographiques sont décrites selon les recommandations de l'HAS. La première à bas risque comprend le tronc et les membres. La deuxième intermédiaire, le front, le cou, le cuir chevelu, le menton et les joues. La troisième à haut risque, le nez et les zones péri-orificielles de l'extrémité céphalique.

- la taille dépend aussi de la topographie de lésion. Le risque de récurrence est augmenté lorsque le plus grand diamètre de la tumeur est supérieur à 1cm pour les zones à hauts risques de récurrence et supérieure à 2cm sur les zones intermédiaires et bas risques de récurrence.

En fonction des facteurs pronostics, trois groupes pronostics sont décrits [1, 2, 4] :

-de bon pronostic, qui comporte tous les CBC superficiels primaires ainsi que les nodulaires primaires bien limités de moins de 1cm sur la zone à risque intermédiaire de récurrence et de moins de 2cm sur la zone à bas risque.

-de pronostic intermédiaire, qui comprend les CBC superficiels récidivés et les nodulaires de moins de 1cm sur la zone à haut risque de récurrence, et de plus de 1cm sur la zone à bas risque.

-de mauvais pronostic qui contient les formes cliniques sclérodermiformes ou mal limitées, les formes histologiques agressives ainsi que les formes récidivées à l'exception des CBC superficiels et les CBC nodulaires de la zone à haut risque de récurrence avec une taille de plus de 1cm.

Les différentes formes de traitement sont la chirurgie classique, la chirurgie micrographique de Mohs, la radiothérapie, et la cryochirurgie principalement.

La chirurgie reste le traitement de choix, permettant un taux de guérison élevé et un contrôle des marges d'exérèse. Pour les tumeurs de bon pronostic, une marge latérale de 3 à 4 mm est recommandée. Pour les tumeurs de pronostic intermédiaire, une marge de 4mm minimum est demandée. Enfin pour celles au mauvais pronostic, l'analyse de la littérature ne permet pas de standardiser des limites de marge, qui pourront être de 5mm pour des tumeurs bien limitées, et de 10mm pour des CBC sclérodermiformes ou récidivés. La chirurgie de Mohs, est la technique pour laquelle les risques de récurrence sont les plus faibles surtout pour les tumeurs de mauvais pronostics. Il s'agit d'une intervention dans laquelle on retire la tumeur par petites couches jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de cellules cancéreuses. Le but étant d'enlever la totalité des cellules cancéreuses et de garder le plus possible de cellules saines [1].

La radiothérapie n'est pas une technique de première intention. Elle est réservée dans les cas où la chirurgie n'est pas possible. C'est une technique qui obtient tout de même de bons résultats en termes de contrôle local.

La cryochirurgie est une technique alternative lorsque la chirurgie ne peut pas être appliquée notamment pour les CBC superficiels localisés sur la zone à faible risque de récurrence et les CBC nodulaires bien limités d'une taille inférieure à 1cm.

Pour les CBC primaires, le taux de récurrence par analyse de survie à 5 ans est de l'ordre de 1 % avec la chirurgie micrographique de Mohs et la chirurgie d'exérèse classique avec examen extemporané. Il est de l'ordre de 5-10 % avec la chirurgie d'exérèse classique, la radiothérapie et la cryochirurgie [1].

1.1.2 Carcinome spinocellulaire ou CEC

Le carcinome spinocellulaire Carcinome Epidermoïde Cutané reste moins fréquent que le basocellulaire, environ quatre fois moins. L'âge moyen de survenue est de 76 ans, et il touche deux hommes pour une femme. L'incidence annuelle en 2009 est estimée à 30 pour 100 000 dans la population générale. L'incidence et la prévalence augmentent aussi avec l'âge et l'exposition solaire. Il survient rarement avant l'âge de 50 ans sauf chez les personnes greffées [3-5].

Le dépistage systématique dans la population générale n'a pas apporté sa preuve dans la réduction de la morbidité ou de la mortalité. Selon les recommandations de la prise en charge diagnostique et thérapeutique du CEC et de ses précurseurs, issues du rapport intégral élaboré sous l'égide de la société française de dermatologie et validé en mai 2009, la prévention

secondaire a montré un rôle important notamment chez les patients qui ont eu un CEC à haut risque de récurrence dans les cinq ans. Toujours dans ce rapport, il est noté qu'en Australie, la prévention secondaire avec une protection solaire stricte réduit l'apparition de kératoses actiniques et de nouveaux carcinomes épidermoïdes [5].

Ils surviennent parfois directement mais le plus fréquemment sur des lésions préexistantes : comme les kératoses actiniques, les lésions à HPV, maladie de Bowen, qui peuvent toucher les muqueuses [4].

Le pronostic est moins favorable par rapport au carcinome basocellulaire. Ils peuvent provoquer des métastases locales, ou régionales ou à distance, augmentant le risque de décès. Le risque métastatique est estimé à 2,3% à 5ans. Une prise en charge initiale tardive ou non adaptée sont la plupart du temps en cause lors de la survenue d'une rechute ou de métastases et du décès [5].

Les facteurs histologiques de mauvais pronostic sont :

- Le type acantholytiques, muco epidermoïdes, desmoplastique
- Le degré de différenciation cytologique,
- L'importance de l'épaisseur selon l'indice de Breslow et d'invasion en profondeur selon le niveau Clark: épaisseur > 2 (ou 3) mm et profondeur ≤ 4 ou 5mm sont à risque modéré de métastase (3 à 6%), et au-dessus de 5 (ou 6) mm d'épaisseur et du niveau ≥ V de Clark (de 15% à 45%) [4, 5].
- L'invasion péri nerveuse.

Le traitement de référence est l'exérèse chirurgicale complète avec des marges d'exérèse en fonction des localisations, de la taille et du type histologique. Les recommandations reposent sur le travail de Brodland et Zitelli [5], indiquant qu'une marge de 4 mm suffit à éradiquer 95% des CEC de moins de 2 cm de diamètre, tandis qu'une marge > 6 mm est nécessaire pour obtenir le même résultat pour les tumeurs de diamètre > 2 cm. Pour la marge d'exérèse profonde, elle doit comprendre l'hypoderme en respectant l'aponévrose et les structures sous-jacentes si elles sont intactes de cellules cancéreuses.

La radiothérapie et la chimiothérapie systémique ont des places limitées dans la prise en charge thérapeutique du CEC primitif. Dans le cadre de CEC d'emblée métastatique, la radiothérapie adjuvante est à discuter. La chimiothérapie est indiquée après échec de la chirurgie et la radiothérapie [4,5].

La surveillance post thérapeutique est en fonction du risque de métastase ou de récurrence.

Pour les tumeurs à faible risque, une éducation à l'auto examen doit être faite ainsi qu'à la photo protection, et une surveillance annuelle pendant 5 ans est préconisée. Pour les tumeurs à plus haut risque, l'examen clinique est demandé tous les 3 à 6 mois pour une durée de 5ans, et une échographie loco régionale peut être demandée en fonction de la décision de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire [4,5].

1.1.3 Le carcinome de Merkel

Ce type de carcinome est une tumeur cutanée agressive de la personne âgée dont la fréquence augmente ces dernières années et qui est la deuxième cause de mortalité liée au cancer de la peau. Selon un article paru en 2013 dans une revue médicale suisse, l'incidence dans les pays occidentaux est estimée à 0,3 pour 100000 personnes par année. Le nombre de cas est en augmentation par l'allongement de l'espérance de vie, l'immunosuppression mais aussi un diagnostic facilité par l'avancée de la biologie moléculaire [6].

Sur le plan clinique, il se localise principalement aux zones photo exposées, typiquement nodulaire sous cutané, non douloureux, érythémateux, lié au plan superficiel. Il peut y avoir des variantes notamment sur la localisation (le tronc, les fesses) et sur l'aspect kystique ou en plaque. Ce carcinome doit être évoqué devant toute lésion non mélanocytaire de croissance rapide sur les zones photo exposées [4].

1.2 Le mélanome :

1.2.1 Epidémiologie :

Le mélanome est potentiellement le plus grave des cancers cutanés en lien avec son pouvoir métastatique. Il y a environ 11 500 nouveaux cas par an en France et 1700 décès par an. Selon l'HAS, en 2012, l'incidence est en augmentation en France d'environ 10% par an depuis 50 ans et c'est le premier cancer en termes d'augmentation d'incidence. Il est par ailleurs le sixième cancer chez la femme et le 8eme cancer chez l'homme parmi les autres localisations, et représente entre 2 et 3% de la totalité des cancers. L'âge moyen au diagnostic est en baisse à 56 ans [3-7].

L'incidence est variable en fonction de l'origine ethnique mais aussi de la latitude. Les personnes à peau claire et vivant à des latitudes plus éloignées de l'équateur sont plus à risque. En Europe, l'incidence du mélanome de la peau est hétérogène selon les pays et diminue selon un gradient Nord-sud. Ce gradient est principalement lié aux différences de phototypes cutanés et de prédisposition génétique entre les populations européennes [6]. Selon le réseau Mélanome Ouest, l'incidence est plus élevée dans l'Ouest de la France avec 11,4 nouveaux cas par an sur 100 000 habitants en Bretagne par exemple.

Le *tableau 1* indique le nombre de cas de mélanomes dans les différentes régions de France, taux brut et standardisés en 2005 [7].

Il existe une problématique de l'absence de registre spécifique pour les cancers cutanés. Les registres de cancers généraux et spécialisés ont fusionné pour créer en 1991 le réseau FRANCIM, qui coordonne les travaux, regroupe les recherches et harmonise les pratiques entre les différents registres. Du fait de l'absence de déclaration systématique dans les registres en France et ailleurs, l'incidence des tumeurs kératinocytaires est peu connue. On compte à ce jour seulement deux registres, dans le Doubs et dans le Haut Rhin, qui les recensent.

Voici quelques données épidémiologiques extraites de la base de données « score santé » de l'Observatoire Régional de santé actualisé en 2018. Les données concernent uniquement le mélanome codé C43 selon la CIM 10.

-Taux standardisé d'admission en ALD pour mélanome : les sources sont CNAMTS, CCMSA, CNRSI, INSEE Exploration FNORS. Les données sont issues des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, agricole et des professions indépendantes). En France, hors Mayotte, tous sexes confondus, en 2009 le taux standardisé était de 11,79 pour 100 000 habitants, en 2010 : 12,83, en 2011 : 13,58, en 2012 : 14,07 et en 2013 : 14,39. Concernant les données en Normandie, il n'y pas eu de différence significative avec la valeur de référence sur ces cinq années avec des valeurs respectives : 12,50-13,90-14,76-15,08-15,34. Par contre, on remarque que chez les femmes, il existe une différence significative en 2013, avec un taux en France hors Mayotte de 14,20 contre 16,77 pour 100 000 en Normandie.

Une analyse a été faite aussi pour chaque département de Normandie. On remarque que sur ces cinq années et tout sexe confondu, seul le taux standardisé de la Manche en 2013 à une différence significative par rapport à la valeur en Normandie avec respectivement 18,57 contre 15,34 pour 100 000. De nouveau, ce sont les femmes, chez qui il existe une différence

significative dans le département de la Manche avec un taux à 20,05 contre 16,77 en Normandie.

Tableau 1 : Estimation régionale de l'incidence de mélanomes de 1980 à 2005 selon l'INVS [7]

Régions	Sexe	Nombre de cas	Taux brut	Taux standardisé à la population européenne	Taux standardisé à la population mondiale
Alsace	Homme	109	12,3	11,7	8,6
	Femme	122	13,2	11,7	9,1
Aquitaine	Homme	189	12,7	10,6	8
	Femme	223	14	11,4	9
Auvergne	Homme	77	11,9	9,5	7
	Femme	104	15,2	12,3	9,8
Basse Normandie	Homme	98	13,9	12,3	9,3
	Femme	118	15,9	13,1	10,2
Bourgogne	Homme	95	12	10	7,5
	Femme	120	14,4	11,5	8,9
Bretagne	Homme	207	13,9	12,2	9,1
	Femme	290	18,5	15,3	11,9
Centre	Homme	137	11,2	9,4	7
	Femme	155	12,1	9,7	7,4
Champagne Ardennes	Homme	69	10,6	9,5	6,9
	Femme	73	10,7	8,9	6,8
Corse	Homme	20	15	12,9	10,1
	Femme	17	11,9	10,1	8
Franche Comté	Homme	60	10,6	9,5	7
	Femme	74	12,7	10,9	8,4
Haute Normandie	Homme	97	11	10,4	7,7
	Femme	129	13,9	12,2	9,5
Ile de France	Homme	537	9,7	9,9	7,4
	Femme	701	11,9	11,1	8,7
Languedoc Roussillon	Homme	148	12,3	10,3	7,7
	Femme	156	12	9,8	7,6
Limousin	Homme	53	15,1	11,7	8,8
	Femme	62	16,6	12,9	10,2
Lorraine	Homme	121	10,6	9,7	7,4
	Femme	137	11,5	9,9	7,7
Midi Pyrénées	Homme	140	10,5	8,6	6,3
	Femme	169	12	9,9	7,8
Nord Pas de Calais	Homme	173	8,9	9	6,8
	Femme	222	10,7	9,8	7,7
PACA	Homme	279	12,2	10,3	7,8
	Femme	333	13,4	11,4	9,1
Pays de Loire	Homme	204	12,3	11,1	8,4
	Femme	253	14,6	12,3	9,5
Picardie	Homme	94	10,2	9,7	7,3
	Femme	115	12	10,7	8,3
Poitou Charentes	Homme	96	11,6	9,2	6,9
	Femme	127	14,5	11,6	9,1
Rhône Alpes	Homme	301	10,3	9,6	7,1
	Femme	396	13	11,5	9

En dehors de la Normandie, les régions ayant des taux standardisés significativement plus élevés sont l'Auvergne Rhône Alpes, la Bretagne, le Pays de Loire et Provence Alpes Côte d'Azur, soit des régions littorales et montagneuses où les expositions au soleil sont les plus fréquentes.

-Nombres d'admission en Affection Longue Durée par tranche d'âge en Normandie : pour mélanomes : Les données sont toujours issues des trois principaux régimes. Les analyses ont été faites de 2010 à 2014. Chez les hommes, en 2010, le nombre total de patients déclarés est de 205, dont 82 d'au moins 70 ans soit 40%. En 2014, le nombre est passé à 234, dont 111 d'au moins 70 ans, soit 47,4%. On remarque aussi que le nombre de patients déclarés ayant plus de 85ans a augmenté aussi de 5 à 23.

Chez les femmes, en 2010, le nombre total de patientes recensées est de 252, dont 91 de 70 ans et plus (soit 36%). En 2014, le nombre total de patientes a augmenté 336, soit une augmentation de 33% depuis 2010. Parmi elles, le nombre de patientes ayant au moins 70ans est de 122 soit 36%. Le nombre de patientes de plus de 85 ans est passé de 23 à 36.

-Taux standardisé de recours à l'hospitalisation pour mélanome par région de 2010 à 2014 (taux attendu dans la région si sa population avait la même structure d'âge que la population de référence qui est la population en France hors Mayotte recensé en 2006 publiée par l'Insee en 2009). Les sources sont issues de PMSI-MCO, ATIH, exploitation DREES. Au niveau national, le taux en 2010 est de 0,18 pour 1000 tout sexe confondu, diminué à 0,15 en 2014. A l'échelle régionale en Normandie en 2010, le taux est identique de 0,18 et en 2014 de 0,16 pour 1000. On remarque que les taux les plus importants sont en Auvergne Rhône Alpes et Bourgogne Franche Comte avec des taux respectifs de 0,30 et 0,25 en 2010 et qui ont nettement baissé en 2014 avec des taux respectifs de 0,21 et 0,18.

-Indice comparatif de mortalité par mélanome et par région en 2000 et 2015 :
Cet indice est le rapport du nombre de décès observés dans le territoire au nombre de décès qui seraient survenus si les taux de mortalité par âge dans le territoire étaient identiques aux taux nationaux. L'indicateur est calculé sur trois années et l'indice a une dimension annuelle. Selon l'ORS, **la Normandie présente une surmortalité de 18% par mélanome comparativement à la France** métropolitaine, les deux sexes confondus. L'écart constaté entre la Normandie et l'échelon national est statistiquement significatif.

1.2.2 Clinique :

Le score dit ABCDE, regroupe les critères évocateurs du diagnostic basé sur l'interrogatoire et l'examen clinique : A pour asymétrie de la lésion, B pour bords irréguliers, C pour couleurs hétérogènes, D pour diamètre supérieur à 6mm et E pour évolution constatée par le patient. Chaque critère vaut 1 point. Un score égal à 5 rend quasi certain le diagnostic de mélanome (RV+ environ 100), et un score de zéro, semble écarter l'éventualité d'un mélanome (RV- environ 0,1). Un diamètre inférieur à 6mm est le signe qui contribue le plus à écarter l'éventualité d'un mélanome. [10]. Mais la confirmation du diagnostic est histologique [11].

La dermoscopie augmente la performance du diagnostic différentiel entre une lésion pigmentée mélanocytaire et non mélanocytaire. Cette technique a une sensibilité et une spécificité élevées (Se = 0,83-0,95 / Spe = 0,70-0,83), mais nécessite que les médecins soient formés à la sémiologie des images dermoscopiques. En ce qui concerne le diagnostic différentiel entre un mélanome et un nævus atypique, la dermoscopie n'apporte pas de certitude diagnostique suffisante pour éviter une exérèse pour confirmation diagnostique [11].

Il existe cinq différentes formes cliniques :

-La forme de Dubreuilh représente 5 à 10% des mélanomes. L'âge moyen de survenu est 65ans. Elle se situe sur les zones photoexposées principalement au niveau des joues. La lésion est de couleur noire et hétérogène.

-La forme superficielle extensive, est la plus fréquente des mélanomes représentant 60 à 70 % et touche plutôt l'adulte jeune au niveau des membres inférieurs et le dos. Elle se caractérise par une phase de croissance horizontale intra épidermique qui précède de plusieurs mois la phase verticale.

-La forme acrale, représente 2 à 10%, et touche les extrémités du corps. Il est observé au niveau des paumes, des plantes et des ongles, sur des zones cutanées non exposées au soleil. Il s'étend en quelques mois à quelques années.

-Le mélanome nodulaire est une tumeur de couleur noire, surélevée et infiltrée et qui évolue rapidement. C'est environ 10 à 20 % des mélanomes [4-9].

-achromique.

Le diagnostic est histologique. Il se fait sur une exérèse complète de la lésion et non sur une biopsie. L'examen anatomopathologique précise le type, son épaisseur avec l'indice de Breslow, la présence d'une ulcération, et mesure l'index mitotique. L'indice de Breslow correspond à l'épaisseur maximale de la tumeur et est exprimée en millimètres. Il s'agit du principal marqueur pronostic. Le niveau d'invasion ou Clark est déterminé selon le niveau de pénétration de la tumeur dans les différentes couches de la peau [9].

La stadification est présentée dans le *tableau 2*.

Tableau 2 : Classification pTNM de l'UICC de l'AJCC 18 [9]

Stades	Critères
Stade 0	Tumeur <i>in situ</i>
Stade IA	Tumeur inférieure ou égale à 1 mm d'épaisseur, sans ulcération et mitoses < 1/mm ² (pT1a), N0, M0
Stade IB	Tumeur inférieure ou égale à 1 mm d'épaisseur, avec ulcération et/ou mitoses ≥ 1/mm ² (pT1b), N0, M0 Tumeur supérieure à 1 mm et inférieure ou égale à 2 mm d'épaisseur, sans ulcération (pT2a), N0, M0
Stade IIA	Tumeur supérieure à 1 mm et inférieure ou égale à 2 mm d'épaisseur, avec ulcération (pT2b), N0, M0 Tumeur supérieure à 2 mm et inférieure ou égale à 4 mm d'épaisseur, sans ulcération (pT3a), N0, M0
Stade IIB	Tumeur supérieure à 2 mm et inférieure ou égale à 4 mm d'épaisseur, avec ulcération (pT3b), N0, M0 Tumeur supérieure 4 mm d'épaisseur, sans ulcération (pT4a), N0, M0
Stade IIC	Tumeur supérieure 4 mm d'épaisseur, avec ulcération (pT4b), N0, M0
Stade IIIA	Tumeur sans ulcération (pT1a-4a), métastases microscopiques dans 1, 2 ou 3 ganglions lymphatiques régionaux (N1a, 2a), M0
Stade IIIB	Tumeur sans ulcération (pT1a-4a), métastases macroscopiques dans 1, 2 ou 3 ganglions lymphatiques régionaux ou métastases « en transit » (N1b, 2b, 2c), M0 Tumeur avec ulcération (pT1b-4b), métastases microscopiques dans 1, 2 ou 3 ganglions lymphatiques régionaux ou métastases « en transit » (N1a, 2a, 2c), M0
Stade IIIC	Tumeur avec ulcération (pT1b-4b), métastases macroscopiques dans 1, 2 ou 3 ganglions lymphatiques régionaux (N1b, 2b), M0 Tumeurs avec ou sans ulcération (tous pT), métastases dans 4 ganglions lymphatiques régionaux ou plus ou métastases en transit avec métastase(s) ganglionnaire(s) régionale(s) (N3), M0
Stade IV	Métastases à distance (tous pT, tous N, M1)

En somme, le stade I et II concernent les mélanomes localisés. Le stade III la forme métastasée locorégionale ou ganglionnaire. Le stade IV la forme métastasée à distance.

Selon le stade, un bilan d'extension peut être demandé. Pour le stade I, aucun examen supplémentaire est nécessaire. Il n'existe pas de marqueur tumoral biologique. Cependant le LDH peut être dosé en cas de métastase comme facteur pronostic.

1.2.3 Pronostic

La durée de la phase horizontale intraépidermique du mélanome SSM étant de plusieurs mois, son diagnostic précoce est envisageable. Il existe une corrélation inverse entre l'indice de Breslow et la survie après traitement [9].

Le mélanome non métastasé (stades I et II A selon la classification de l'AJCC ou American Joint Committee on Cancer) est curable par exérèse chirurgicale complète. Les traitements du mélanome au stade métastatique n'ont pas d'effet sur la mortalité. Seul le diagnostic des mélanomes in situ (stade précoce du mélanome) et des mélanomes de faible épaisseur (indice de Breslow < 1 mm) pourrait permettre de diminuer la mortalité liée à ce cancer. Le taux de survie à 5 ans d'un mélanome non métastasé dépend de la valeur de l'indice de Breslow au moment de l'exérèse du mélanome, de la présence ou l'absence d'une ulcération : 45 % pour un mélanome de stade T4 avec ulcération et 95 % pour un mélanome de stade T1 sans ulcération [9].

Le *tableau 3* montre le risque de récurrence et le risque de décès à 5 ans et 10 ans en fonction de l'indice de Breslow [4].

Tableau n°3 : Risque de récurrence et risque de décès à 5 et 10 ans du mélanome primitif après exérèse selon le Breslow [4]

	Risque de récurrence	Risque de décès à 5 ans	Risque de décès à 10 ans
Intra-épidermique	0 %		
Breslow : 0,20-0,75 mm	< 10 %	< 5 %	< 5 %
Breslow : 0,75-1,5 mm	20 %	10 %	15 %
Breslow : 1,5-4 mm	40 %	30 %	40 %
Breslow : > 4 mm	70 %	40 %	50 %

1.2.4 Traitement :

L'exérèse chirurgicale est le seul traitement curatif des mélanomes non métastasés. Elle se fait en 2 temps : une exérèse complète du mélanome suivie d'un examen anatomo-pathologique qui permet de déterminer l'indice de Breslow et la présence ou non d'une ulcération. Une reprise chirurgicale dont les dimensions des marges d'exérèse reposent sur la valeur de l'indice de Breslow et sont comprises entre 1 et 3 cm selon les recommandations françaises.

En fonction du stade, et de la décision de la prise en charge en RCP, plusieurs stratégies peuvent être indiquées. Pour le stade I, seule la chirurgie a son indication. Pour le stade II, l'immunothérapie adjuvante à la chirurgie est une option avec l'interferon alpha si l'indice de Breslow est supérieur à 1,5mm. Pour le stade III, un curage ganglionnaire est nécessaire avec en possibilité adjuvante l'immunothérapie, la chimiothérapie et la radiothérapie. Enfin pour le dernier stade, la chirurgie des métastases doit être discutée avec la radiothérapie et la chimiothérapie [8-9].

1.2.5 Surveillance :

Les objectifs sont de détecter les récurrences locales, les métastases, et la survenue d'un autre mélanome ou cancer cutané. Il faut informer les patients des techniques de l'auto-examen pour déceler les récurrences locales ou ganglionnaires ou un deuxième mélanome ainsi que les principes de photo protection. D'autre part, il faut surveiller et prendre en charge les complications tardives liées au traitement antérieur ainsi que les séquelles et enfin organiser les soins de support nécessaires à la qualité de vie et permettre un accompagnement social et une aide à la réinsertion professionnelle [9].

La surveillance se prolonge à vie. Quelle que soit le stade, une auto surveillance est préconisée. Selon le stade du mélanome, un rythme de surveillance est proposé :

-Stade I : examen clinique complet tous les 6mois pendant 5ans, puis une fois par an à vie.

-Stade II et III : examen clinique complet tous les 3 mois pendant 5ans puis une fois par an à vie.

-Stade IV : relève d'une prise en charge adaptée spécialisé.

1.3 Les facteurs de risque de cancers cutanés:

Pour les CBC, les deux facteurs de risque prédisposant sont l'exposition solaire et le phototype clair. 80% des CBC sont situés sur les zones photo-exposées [4].

Pour les CEC, les facteurs de risque sont principalement l'exposition solaire cumulée, les phototypes clairs, les plaies chroniques, les ulcères et cicatrices, les maladies congénitales comme le xeroderma pigmentosum, le tabac pour la lèvre inférieure et l'arsenic [2-5].

Pour le carcinome de Merckel : outre l'âge, l'immunosuppression, l'irradiation aux UV, il existerait un virus oncogène de la famille Polyomaviridae, surnommé MCP Merkel Cell Polyomavirus [4-6].

Concernant le mélanome, plusieurs facteurs sont identifiés par l'HAS selon les recommandations de la « Détection précoce du mélanome cutané » faites en 2012 qui se basent sur neuf méta analyses [11] :

- Le phototype clair :

Les sujets de phototype clairs sont plus à risque de développer un mélanome que les personnes ayant une peau mate.

Le risque d'avoir un mélanome est multiplié par 1,99 le fait d'avoir des éphélides et par 2 des cheveux roux ou blonds [11].

- Les antécédents familiaux : multiplient le risque par 2 [11].

Un mélanome sur dix survient chez des patients ayant des antécédents familiaux de mélanome [11]. L'étude de familles avec une forte incidence de mélanome a abouti à l'identification de deux gènes de susceptibilité : *CDKN2A* situé en 9p21, et *CDK4* situé en 12q13. L'incidence des mutations du gène *CDKN2A* au sein des familles prédisposées aux mélanomes est comprise entre 25 et 40 [12].

- Nombre de naevi atypiques :

Les naevi cliniquement atypiques par leur taille, leur nombre ont des caractéristiques cliniques proches du mélanome. Ce sont des lésions souvent de grande taille (diamètre supérieur à 5mm), de couleur rosée ou brune voire hétérogène, avec une asymétrie des bords et de formes irrégulières. Les sujets présentant de telles lésions en grand nombre sont dans l'ensemble plus à risque de développer un mélanome [7-11-12].

- **Nombre de naevi communs importants** : le risque de mélanome au niveau du torse ou des jambes est multiplié par 1,96 si leur nombre est supérieur à 40 et par 2,3 si leur nombre est supérieur à 50 [11].
- **La présence de kératose actinique** [11]
- **Nævus congénital** : 70 à 80% des mélanomes sont de novo. Cependant, certains naevi ont un risque de transformation, comme les naevi congénitaux. Le naevus congénital géant, est une anomalie cutané congénitale assez rare due à un défaut l'embryogénèse. Elle toucherait un nouveau-né sur 50 000 [13-14].
- **L'Exposition aux UV** : occupe une place prépondérante dans les facteurs de risque. C'est le seul facteur exogène existant.

L'exposition au soleil itérative et reçue dans l'enfance joue un rôle majeur. Le mélanome de Dubreuil est lié plutôt aux expositions cumulatives [13].

L'exposition aux UV d'origine artificielle peut être à usage industriel, médical (dans le traitement du psoriasis), ou esthétique (cabines). Ces cabines à UV en France sont majoritairement de type UV3, c'est-à-dire émettant un rayonnement riche en UVA dont l'intensité peut aller jusqu'à un indice UV12 qui est qualifiée d'extrême par l'OMS.

Des professions sont à risque du fait de l'exposition répétée aux UV naturels mais aussi par des agents chimiques. Une grande étude de cohorte Agrican a été réalisée chez les personnes travaillant dans le domaine agricole. Entre 2005 et 2007, les personnes de plus de 18ans, affiliés à la MSA et résidants dans les 11 départements couverts par un registre général et ou spécialisé de cancers ont reçu un questionnaire. Il a permis d'analyser leur histoire professionnelle, leur type d'activité, leur mode de vie, les matériels de traitement utilisés, et habitudes de vie. L'âge moyen des participants ayant répondu au questionnaire initialement dans la période de recrutement était de 64ans, avec une part quasi égale entre le nombre de personnes actives et retraitées. Les résultats publiés en 2014 ont permis de comparer la survenue des différents types de cancers dans la cohorte avec celle de la population générale des départements concernés. **Parmi les 43 localisations cancéreuses étudiées, deux sont apparues plus fréquentes en population agricole qu'en population générale : le mélanome de la peau chez les femmes : +26%** et le myélome multiple chez les hommes +26% [15].

Aux Etats-Unis, une autre grande étude de cohorte a été réalisée en milieu agricole, nommée Agricultural Health Study, mise en place dans l'Iowa et la Caroline du Nord. Les analyses ont montré un excès significatif de mélanome parmi les conjoints. Cela peut suggérer que les activités liées à l'exploitation agricole et notamment l'exposition accrue aux UV influencent l'incidence du mélanome dans le secteur agricole [16].

L'utilisation de pesticides arsenicaux en agriculture et viticulture et d'Hydrocarbures Aromatiques Polycycliques (HAP) sont aussi des facteurs de risque de cancer cutané. Ces expositions professionnelles peuvent aussi agir en synergie avec l'exposition aux rayonnements UV et le phototype dans la survenue d'un cancer cutané. La voie de pénétration principale des pesticides dans l'organisme se fait principalement par voie cutanée, ce qui peut discuter l'implication des pesticides en général dans la survenue des cancers. Des cancers cutanés sont reconnus en maladie professionnelle selon les métiers, la durée d'exposition à des produits [15-17].

Tous les métiers dont le temps de travail est principalement situé à l'extérieur peuvent être considérés comme un métier à risque. Les marins pêcheurs, les travailleurs dans le bâtiment, sur la voie publique. Il a été aussi constaté des cancers cutanés chez des patients exposés aux UV artificiels comme c'est le cas de chaudronniers, des imprimeurs.

Des affections cutanées sont reconnues en maladie professionnelles dans certaines professions ayant des expositions prolongées à des agents. L'Institut National de la Recherche et de la Sécurité répertorie ces maladies dans le tableau du régime générale ou agricole des maladies professionnelles :

-tableau 36 bis du RG / tableau 25 bis du RA : Epithélioma primitif de la peau provoquée par les dérivés suivants du pétrole

-tableau 20 du RG / tableau 10 du RA : Affections professionnelles provoquées par l'arsenic et ses composés minéraux

-tableau 16bis du RG / tableau 35bis du RA : Affections cancéreuses provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille, les brais de houille et les suies de combustion du charbon

Chapitre 2 : Organisation du dépistage du cancer cutané

2.1 En France

2.1.1 Recommandations de L'INCa

Le dépistage du cancer cutané fait partie des **dépistages recommandés** comme pour le cancer du sein, colorectal, et le col de l'utérus. Des informations sont disponibles sur le site de l'INCa, ainsi que des brochures à destination des professionnels et des patients. Cette brochure reprend les points essentiels du dépistage mais aussi de la prévention (annexes n°2 et 3).

Pour les personnes à risque, il est recommandé une auto surveillance trimestrielle et un examen par un dermatologue une fois par an. C'est le rôle du médecin traitant et du dermatologue d'éduquer à l'auto surveillance. Il s'agit d'observer sa peau de la tête aux pieds, de face et de dos, et ne pas négliger les zones peu visibles comme les organes génitaux, oreilles, la plante des pieds, entre les orteils, les doigts, ce qui peut justement être difficile à réaliser pour une personne âgée.

Contrairement aux autres cancers, c'est le cancer où il n'y a pas de limite supérieure d'âge pour le dépistage. Les signes qui doivent alerter les patients sont : un grain de beauté qui est différents des autres (« le vilain petit canard »), l'apparition d'un nouveau grain de beauté ou sa modification. Un moyen utile pour le repérage est le score ABCDE : A pour asymétrie, B pour bord irrégulier, C pour couleur hétérogène, D pour diamètre supérieur à six millimètres et E pour évolution [11-18].

2.1.2 Recommandations de l'HAS

En 2006, l'HAS estimait que le mélanome cutané **ne répondait pas aux critères de mise en place d'un dépistage systématique organisé**, l'argumentant par l'absence de lésion précancéreuse identifiable, par les données épidémiologiques jugées incomplètes suggérant que la prévalence du mélanome cutané est faible par comparaison à d'autres cancers pour lesquels un dépistage systématique a été mis en place, et par la difficulté de juger l'efficacité du rapport coût/efficacité de la mise en place d'un dépistage du fait des nombreuses données manquantes. Le dépistage du mélanome ne diminue pas la mortalité spécifique liée à ce cancer cutané [6].

Selon la recommandation sur la « Détection précoce du mélanome cutané » actualisée en juillet 2012 par l'HAS, la détection précoce est la meilleure chance de guérison. Le diagnostic de mélanome cutané in situ et de mélanome cutané de faible épaisseur pourrait permettre de diminuer la mortalité liée à ce cancer, expliqué par le fait que le taux de survie à 5 ans se situe entre 91 % et 95 % lorsque l'indice de Breslow est < 1 mm et est de 63-79 % lorsqu'il est compris entre 2 et 4 mm [11].

2.1.3 Journée nationale du mélanome :

Cette journée créée en 1998 a pour but de dépister des cancers cutanés selon une organisation basée sur le volontariat de dermatologues. Ces dépistages ont lieu partout en France en dehors des structures de soins habituelles pour faciliter l'accès. Depuis 2017, elle s'est transformée en une semaine de dépistage qui se déroule en mai. L'objectif initial est de sensibiliser le public au dépistage précoce et aux bases de la prévention comme la photoprotection. Le retour d'expérience de la journée nationale de 2015 a montré qu'environ 2650 lésions cancéreuses ont été diagnostiquées dont 2000 carcinomes basocellulaires, 500 mélanomes, et 140 carcinomes spinocellulaires mais sans préciser le nombre de personnes dépistées sur cette journée. 300000 personnes auraient bénéficié de ce dépistage entre 1998 et 2017. La majorité des personnes consultantes étaient des femmes et des retraités. L'âge était le plus souvent supérieur à 40ans. Le motif principal de la consultation des patients était de faire contrôler leurs grains de beauté par un médecin spécialisé [19].

2.1.4 Exemples de réseaux et initiatives régionales de promotion du dépistage en France

-Le réseau Oncoderm :

Ce réseau a été créé en mars 2016 en Ile de France. Il est constitué de médecins libéraux, et hospitaliers référents, mais aussi personnels paramédicaux impliqués en oncodermatologie, ayant accès à un forum sécurisé entre professionnels de santé. Ce réseau s'inscrit dans le « Plan Cancer » en permettant d'améliorer l'accès et le parcours de soins des patients atteints de cancer cutané.

Une plateforme de télé RCP a été créée afin d'améliorer l'enregistrement des cancers cutanés prise en charge en extrahospitalier et dans le but aussi d'alléger les RCP hospitalières. Ces RCP sont faites via un site sécurisé, et se déroulent par visioconférence. Le but est d'accélérer le dépistage et la prise en charge thérapeutique des cancers cutanés et de sécuriser le parcours de soin des patients, atteints de cancer cutané ou d'effets secondaires cutanés de traitements anti-cancéreux, en ville ou l'hôpital.

Un autre de leurs projets est de faciliter le dépistage par l'apport de la télémédecine. Ce projet est en cours, financé par l'ARS de l'Ile de France. L'objectif étant la mise en place d'une application smartphone capable l'envoi de e-dossiers avec la prise de photos, permettant ainsi aux médecins généralistes de prévenir instantanément le dermatologue.

- Le réseau Mélanome Ouest :

Ce réseau est composé de dermatologues libéraux et hospitaliers, de médecins généralistes, d'infirmiers et aides-soignants, travaillant notamment dans les CHU de Brest, Rennes, Le Mans, Angers, Lorient, Nantes et le CHG de la Rochelle. Ce réseau a créé un outil d'auto repérage des patients à risque en vue d'un dépistage ciblé des mélanomes. Ce projet a débuté en 2007 grâce au soutien de la Ligue contre le cancer, en accord avec les recommandations de l'HAS et le parcours de soins coordonnés.

Cet outil s'est construit en 3 étapes : la première par le remplissage des questionnaires par des patients consultants en médecine générale puis relus par le médecin généraliste. La deuxième étape était basée par le remplissage du questionnaire par un groupe de patients atteint de mélanome et qui a été comparé à un groupe de patients témoins. Grâce aux résultats, un algorithme permettant d'identifier les personnes les plus à risque a été défini et créant ainsi le SAMScore : Self Assessment Melanoma Risk Score. La troisième étape a été de valider la faisabilité et l'efficacité de cet outil pour un dépistage ciblé. 7953 patients ont été inclus dans cette étude. Dix mélanomes ont été dépistés sur les 2404 patients identifiés à risque par le SAMScore. Grâce à cet outil, 13 fois moins de patients pourraient être examinés par rapport à un dépistage en masse non ciblé [20].

- **Autres campagnes de dépistage régionales :**

En 2013 une campagne de sensibilisation et de formations des médecins généralistes dans la région Champagne Ardenne. Les généralistes ont reçu des courriers postaux de sensibilisation ainsi que des formations par les dermatologues de leur région. Les périodes pré et post sensibilisation ont été comparées via des critères d'incidence du mélanome et l'épaisseur de la lésion. Des mesures similaires ont été réalisées dans la zone de contrôle du territoire du Doubs / Belfort (655 000 ha), où aucune campagne similaire n'a été menée. Les résultats ont montré que l'incidence du mélanome a diminué de 1,07 à 0,71 pour 100 000 habitants par an ($p = 0,01$), l'épaisseur moyenne de Breslow de 1,95 à 1,68 mm ($p = 0,06$). La proportion de mélanomes minces et in situ a augmenté de 50% à 57% ($P = 0,05$) et de 20% à 28% ($p = 0,001$), respectivement. Aucune variation significative n'a été observée sur le territoire du Doubs / Belfort. En somme, ces résultats soutiennent fortement l'efficacité d'une telle campagne ciblant les généralistes et justifient une campagne de santé publique de plus grande envergure en France, comprenant la formation des généralistes par des dermatologues et encourageant les patients à demander à leur généraliste un examen cutané systématique [21].

Dans l'ouest de la France, une étude de cohorte prospective a été réalisée dans un établissement de soins primaires en 2011. L'objectif était d'évaluer l'efficacité d'un dépistage ciblé du mélanome en soins primaires chez les patients à haut risque. Un courrier était envoyé à ces patients afin de proposer un examen cutané annuel chez un médecin généraliste. 3897 patients à risque élevé de mélanome ont accepté de participer au projet de dépistage. Un an après, les patients ont consulté leur médecin après avoir reçu le courrier d'invitation. 3745 patients ont reçu l'invitation, parmi eux, 61% ont eu un examen cutané. La participation des patients à haut risque de mélanome épais (tout patient de plus de 60 ans et les hommes de plus de 50 ans) était significativement plus importante que celles des patients des autres sous-groupes (72,4% versus 49,6%, $p < 0,001$; et 66% versus 52,4%, $p < 0,001$, respectivement). Six mélanomes ont été détectés dans l'année suivant le rappel soit une incidence dans la population de l'étude de 160/100000 [22].

Une étude plus ancienne a été réalisée en 2008 en France sur le rôle du médecin généraliste dans le diagnostic du mélanome, dans cinq régions : Alsace, Bourgogne, Champagne Ardenne, Franche Comte et Lorraine, correspondant à 13,5% de la population française. Les données du nombre et caractéristiques des mélanomes diagnostiqués par les dermatologues libéraux et hospitaliers ont été croisées avec celles des registres du cancer et des laboratoires d'anatomopathologie des cinq régions. L'objectif était de comparer les caractéristiques des mélanomes diagnostiqués par les médecins généralistes et les dermatologues. 898 mélanomes ont été diagnostiqués, dont 42% par un médecin généraliste. L'indice de Breslow était plus épais dans le groupe des patients diagnostiqués par un médecin généraliste (0,95 vs 0,61mm ; $p < 0,0001$) [23].

2.2 A l'étranger

2.2.1 En Europe

Euromelanoma est la campagne de prévention primaire et secondaire officielle des cancers de la peau de l'European Association of Dermato Oncology. Elle vise à informer la population des facteurs de risque et des signes précoces, à repérer et offrir une journée de dépistage gratuit pendant le mois de mai. Cette campagne a été mise en œuvre par un groupe de dermatologues européens en 1999 [24].

Une étude a été réalisée en 2016 en Suisse visant à évaluer les effets de la journée de dépistage du cancer de la peau. Le suivi des patients présentant des lésions suspectes a été effectué trois à six mois plus tard. Au cours de la campagne, 2795 personnes ont été examinées. Parmi ces personnes, 157 participants dont l'âge moyen est de 58,8 ans ont été soumis à des évaluations. Six mélanomes malins cutanés, 21 carcinomes basocellulaires et deux spinocellulaires ont été détectés. Les taux de détection étaient de 0,21% pour le mélanome, de 0,75% pour le carcinome basocellulaire et de 0,07% pour le carcinome spinocellulaire. Cette étude peut supposer qu'une journée de prévention et de dépistage a un impact important sur le système de santé publique [25].

Seule une étude en Allemagne a pu établir une diminution du nombre de décès par mélanome de 0,8 pour 100 000 dans une région où avait été mis en place un dépistage systématique par rapport à une autre région où cela n'avait pas été le cas [26].

2.2.2 En Australie

L'Australie fait partie des pays où l'incidence du mélanome est la plus forte. Afin d'améliorer l'efficacité du dépistage précoce, un programme de prévention primaire et de sensibilisation, le SunSmart Program a été mis en place [6].

Pour les personnes ayant une profession à risque comme les agriculteurs, les pêcheurs, des campagnes d'information ont été menées en organisant des séminaires d'information pour eux et leurs épouses. Une évaluation a été faite après les séminaires qui a montré une augmentation des connaissances et une amélioration dans l'attitude préventive [6].

2.2.3 Aux Etats Unis :

Il n'existe pas à ce jour de directives nationales aux Etats Unis sur le dépistage du mélanome. Une étude américaine en 2016 a analysé des données épidémiologiques provenant des registres américain et européen de surveillance du cancer, des essais de dépistage par contrôle de cas en population. Le résultat appuie la mise en œuvre d'examen cutané corps entier par des médecins de soins primaires. Ces examens cliniques de dépistages peuvent détecter des mélanomes à un stade précoce et donc diminué la mortalité. Les auteurs de cette étude proposaient d'intégrer l'éducation au cancer de la peau dans le programme en soins de santé primaires aux États-Unis afin de devenir la genèse du dépistage généralisé du mélanome [27].

Une étude randomisée a permis d'évaluer l'amélioration de la qualité de l'auto-dépistage cutané chez des patients à haut risque de mélanome, via un apprentissage assisté par des dermatologues. 130 patients ayant présenté un mélanome ont été sélectionnés. Tous ont reçu une formation sur les critères ABCDE avec une randomisation dans un groupe de 65 patients assistés par un dermatologue lors de la formation, et 65 patients ne l'étaient pas. La performance de l'auto-dépistage était évaluée sur l'efficacité, la confiance en soi, la connaissance des risques du mélanome et cancers cutanés, la motivation au dépistage ou prévention, les connaissances sur le mélanome. Les résultats ont montré que l'apprentissage

assisté donne un meilleur rendement. Cependant, il s'agit d'échantillons de petites tailles et l'évaluation était faite à court terme (4 mois) [28].

Une étude cas-témoin a été réalisée dans le New Hampshire afin de déterminer si l'auto-examen cutané est associé à une diminution du risque de mélanome, un diagnostic plus précoce de mélanome et une diminution du risque de mélanome épais. Les 423 cas de mélanome, âgés de 20 à 69 ans, ont été contactés après accord du médecin, à partir des données d'un registre des cancers du New Hampshire. Les 678 patients du groupe contrôle, appariés sur l'âge et le sexe, ont été identifiés à partir des listes d'obtention du permis de conduire. La réalisation d'un auto-examen cutané par les patients inclus dans l'étude était évaluée au cours d'un entretien téléphonique ciblé. L'auto-examen cutané seul dans l'année précédente ne diminuait pas le risque de mélanome. Le risque de mélanome était diminué pour les patients qui pratiquaient un auto-examen et consultaient un médecin (OR 0.52 [0.30-0.90]). Parmi les cas diagnostiqués de mélanome, les patients ayant pratiqué un auto-examen avaient 2 fois de plus de chances de s'auto-diagnostiquer. L'indice de Breslow était significativement moindre chez les patients qui s'auto-examinaient de 1 à 11 fois dans l'année précédente (OR 0.39 [0.18-0.81]). D'après cette étude, l'auto-examen cutané ne diminue pas le risque de mélanome mais permet de diminuer l'épaisseur tumorale au diagnostic [29].

2.3 La place de la télémédecine

L'HAS a dans son rapport de stratégie de dépistage précoce du mélanome de 2012, défini les indications de la surveillance dermoscopique. Elles concernent les naevi atypiques sans signe clinique et dermoscopique de malignité, et des patients à très haut risque de mélanome cutané du fait d'un antécédent personnel et/ou familial de mélanome, d'un nombre de lésions mélanocytaires (naevus communs) supérieur à 40, de mutations identifiées en tant que prédisposition génétique au mélanome [6-11]. Selon l'analyse des données de la littérature faite par l'HAS : la surveillance dermoscopique permet avec et sans prise de photos, le diagnostic précoce de mélanomes de bon pronostic, in situ ou peu épais (indice de Breslow < 1 mm). Avec prise et enregistrement de photos, elle permet aussi d'éviter des exérèses inutiles pour lésion bénigne [6].

Aux Pays Bas, la télédermoscopie est mise en œuvre dans la pratique pour soutenir et améliorer la détection précoce du cancer de la peau par les médecins généralistes au moyen de consultations à distance avec des dermatologues. Les résultats d'une étude avaient montré qu'elle améliore la qualité et l'efficacité des soins pratiqués par le médecin généraliste [30].

En Norvège, des pharmaciens ont proposé aux patients un dépistage des cancers cutanés en coopération avec ScreenCancer en prenant en photos des lésions suspectes dans une salle de consultation, ensuite envoyées à un dermatologue. Entre 2010 à 2014, 25 836 analyses ont été effectuées sur 15 777 personnes. 83,6% des lésions étaient jugées normales par le dermatologue, 1% était des mélanomes, et 15,4% une autre affection cutanée. En 2014, le nombre de cas de mélanomes identifiés par ce service représentait 4,1% des cas de mélanomes inscrits au registre norvégien du cancer. Seulement 10% des patients ayant participé ont répondu au questionnaire de satisfaction mais parmi eux : 88% utiliseraient à nouveau un service similaire et 99% estimaient que la pharmacie était un lieu approprié et 95% recommandaient le service à d'autres personnes [31].

En France, une expérimentation semblable a été proposée par le groupement pharmaceutique Pharmabest, qui propose depuis le mois de juin 2018, dans certaines pharmacies un outil de dépistage des cancers cutanés. Le patient peut solliciter le pharmacien s'il présente un doute sur un grain de beauté. Le praticien peut alors à l'aide d'un dermoscope prendre en photo la lésion et l'envoyer à un dermatologue qui donnera son avis dans les quinze jours.

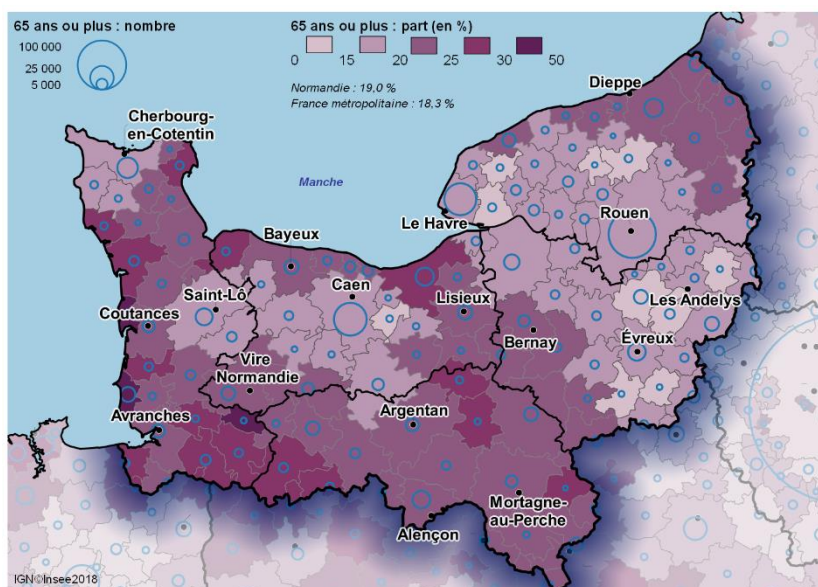
Chapitre 3 : Difficultés pratiques d'organisation du dépistage chez les seniors

3.1 Problématiques démographiques

3.1.1 Vieillesse de la population

La population ayant plus de 70 ans au niveau national selon l'INSEE, au premier janvier 2019, est de 9 488 391 personnes ce qui représente 14,2% de la population française [32]. Au niveau régional normand, selon l'INSEE, la population normande est légèrement plus âgée qu'au niveau national. En 1999, les personnes âgées de 65ans ou plus représentaient 57 habitants pour 100 jeunes de moins de 20ans, et 77 pour 100 jeunes en 2014. Sur la même période, la population française est passée de 62 à 75 séniors pour 100 jeunes [32]. En 2013, 25% de la population Normande est âgée de 60ans ou plus. Il existe des inégalités de répartition au sein de la région : la Manche et l'Orne sont les départements les plus âgés [32].

Carte de l'INSEE de 2018 représentant la démographie normande des habitants âgés de 65 ans ou plus [32]



On remarque que cette population est plus dense au niveau des littoraux et plus faible près des grandes villes.

Quatre facteurs participent au vieillissement démographique : le glissement en âge de la population, l'allongement de l'espérance de vie, les migrations résidentielles et la baisse du nombre de naissances L'âge moyen des Normands a progressé d'un an et demi entre 2006 et 2013. 61 % du vieillissement de la population régionale au cours de cette période seraient du

au glissement en âge de la population, soit 11 mois ; 27 % à l'allongement de l'espérance de vie, 10 % aux migrations résidentielles et 2 % au repli des naissances après 2010 [32].

3.1.2 Démographie médicale

En 2018, 296 755 médecins étaient inscrits au conseil de l'Ordre des médecins. L'âge moyen est de 57ans. La moyenne d'âge des médecins ayant plus de 60ans représentes 45,1% et celle des moins de 40 ans que 17,6% [33].

Depuis 2010, le nombre de médecins inscrits a augmenté de 11,9% en faveur des retraités actifs qui ont augmentés de 67,6% tandis que les médecins en activité régulière ont diminué de 0,9%. Depuis 2010, l'activité intermittente a augmenté de 22,7% (essentiellement représenté par celle des médecins remplaçants) [33].

Dans le Calvados, on compte au total 2438 médecins. 2415 ont une activité totale et 23 sont des retraités actifs. Dans la Manche, il y a 1195 médecins dont 1164 en activité totale et 31 retraités actifs. Dans l'Orne, on remarque qu'il y a seulement 637 médecins, dont 630 en activité totale et 7 retraités actifs [33].

La distribution géographique de la population générale selon l'indice de vieillissement présente des similitudes avec celle du vieillissement de la population médicale.

Concernant les médecins généralistes, 87 801 sont en activité régulières soit une diminution de 7% depuis 2010. Selon l'analyse de l'INSEE, en fonction du calcul du taux de croissance moyen annuel, il existe une tendance à la baisse du nombre de médecins jusqu'en 2025 pour atteinte 81804. Depuis 2010, la tendance à l'exercice libéral est en baisse (-3,5%) au profil de l'exercice salariat (+4%) ce qui favorise la difficulté en offre de soins de premier recours. [33]

3.2 Difficultés de dépistage pour les séniors

Les personnes âgées sont amenées à rencontrer des difficultés à la pratique de l'auto surveillance, et le fait de consulter un médecin généraliste peut s'avérer aussi complexe, pour différentes raisons.

3.2.1 Trouble visuel

L'effet du vieillissement a des répercussions sur la vue et donc la capacité à s'auto surveiller. Il existe physiologiquement une diminution de l'acuité visuelle et une altération de la perception des couleurs et de la sensibilité au contraste.

Des pathologies comme la cataracte, la dégénérescence maculaire liée à l'âge accentue les contraintes à l'auto examen. Selon l'INSERM, la DMLA est la première cause de handicap visuel après 50ans. Elle touche environ 10% des personnes entre 65 et 75 ans et 25 à 30% des personnes de plus de 75ans. Toujours selon l'INSERM, cette pathologie est très fréquente. Elle concerne plus de 20% des personnes à partir de 65ans et plus de deux sur trois après 85ans [34].

3.2.2 Capacité cognitive

La démence est l'une des causes principales de handicap et donc de dépendance. C'est une forme de vieillissement cérébrale pathologique. Elle se manifeste par des troubles de la fonction cognitive, du comportement et une altération de la mémoire provoquant progressivement une perte d'autonomie. Sa fréquence est en lien direct avec l'augmentation de l'espérance de vie. Selon l'INSERM, l'incidence de la maladie d'Alzheimer augmente à partir de 65 ans et présente un pic à l'âge de 80ans. 15% de la population en souffre à 80 ans [35].

Le *tableau 4* présente l'augmentation de prévalence des démences avec l'âge notamment à partir de 90ans où la prévalence est estimée à 47% et en particulier chez la femme avec 52,8% dans la même catégorie d'âge selon les données réactualisées de la cohorte PAQUID [36].

Tableau n°4 : Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID [36].

Prévalence (%) des démences, et en particulier de la maladie d'Alzheimer chez les plus de 75 ans, en fonction de l'âge et du sexe

	Ensemble des démences			Alzheimer		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
75-79 ans	7,7	5,7	6,5	4,6	3,7	4,1
80-84 ans	12,5	16,6	15,1	9,6	15,3	13,2
85-89 ans	22,9	29,9	27,6	15,2	23,8	21,0
90 ans et plus	27,0	52,8	47,0	21,6	46,5	40,9
Total	13,2	20,5	17,8	9,1	17,2	14,2

Source : PAQUID suivi à 10 ans (n=1461)

L'altération des fonctions exécutives, du jugement est donc un frein supplémentaire à l'auto examen de certaines personnes âgées.

3.2.3 Capacité physique

L'auto examen nécessite une capacité physique relativement conservée. Il est déjà difficile pour une personne jeune en bonne santé de s'examiner le dos, sous les pieds, la région cervicale et oreilles. Alors pour une personne âgée dont les mobilités articulaires sont limitées par la douleur, par l'arthrose cela est encore plus difficile.

Le groupe Agrica a réalisé une étude sur le vieillissement en milieu rural et urbain, montrant que la dépendance physique est plus prononcée en milieu rural : 32% des personnes se déclarent autonomes contre 51,5% en zone urbaine [37].

3.2.4 L'isolement social

La probabilité d'être isolé augmente avec l'âge. Plusieurs facteurs participent à ce phénomène : le risque de veuvage s'accroît avec l'âge, et l'on constate une augmentation des divorces chez les plus de 60ans. Dans les territoires ruraux fragiles, plus de 30% des ménages ne sont composés que d'une seule personne. Les personnes âgées y représentent une grande partie. En plus de l'isolement familial, s'ajoute un isolement résidentiel par le fait d'habiter dans des bourgs ou villages [38].

Le facteur géographique : le milieu rural est attractif pour les personnes à la retraite. En effet, de nombreux séniors migrent après leur vie professionnelle en milieu rural pour couper avec leur vie urbaine ancienne ou pour revenir dans leur zone de vie de leur enfance [38].

Dans ces milieux ruraux, on constate malheureusement de plus en plus de déserts médicaux. Les personnes âgées se déplacent moins fréquemment et font des trajets plus courts ce qui limite le périmètre pour avoir accès à un professionnel de santé. Il semblerait aussi que les habitants en campagne se font suivre régulièrement par leur médecin généraliste, mais il est plus souvent constaté un déficit généralisé de prévention et de prise en charge précoce [38-39].

3.2.5 Le transport

De par la diminution de leur capacité physique et cognitive ainsi que leur isolement géographique, le transport reste un grand problème pour avoir accès aux premiers soins. Nombreux sont ce qui ne conduisent plus et sont dépendants de personne aidante qui les

accompagne chez le médecin. D'après une étude américaine, l'arrêt de la conduite chez les personnes âgées contribue à l'apparition de divers problèmes de santé dont des symptômes dépressifs principalement mais aussi un déclin des capacités cognitives, une diminution du fonctionnement physique et social et des risques accrus d'entrée en institution et de mortalité [40].

Une part importante des personnes âgées a besoin donc de transports via taxi ou ambulance onéreux, et peut donc être un frein. De moins en moins de médecin pratique les visites à domicile ce qui accentue l'isolement des personnes âgées. On peut donc penser que le caractère chronophage d'une visite peut laisser encore moins de temps pour un examen cutané total dans le but de rechercher des lésions suspectes.

3.3 Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes.

Une thèse sur les expériences, les opinions et les attentes des médecins généralistes en matière de prévention solaire et de dépistage du mélanome dans les Alpes-Maritimes a été réalisée en 2015. Elle a conclu que les médecins généralistes rencontraient de nombreux obstacles dans leur pratique : le manque de temps, le manque de connaissance, la difficulté diagnostique du mélanome, le manque d'outils et de moyens, l'obstacle du déshabillage, la vaste activité de prévention, la prévention qui est patient dépendante et l'essoufflement des campagnes de prévention [41].

Une étude a été réalisée en France en 2015 dans le département du Cher afin d'évaluer les connaissances et pratiques des médecins généralistes concernant les cancers cutanés et plus précisément le mélanome. 204 questionnaires ont été envoyés comprenant des tests de connaissances et étude de cas clinique. Les résultats ont montré que le taux de réponse correcte était de 35%, et 53% des médecins avaient une réponse appropriée dans les cas cliniques face aux cinq lésions. La règle ABCDE était connue de 58% des répondants et le signe du vilain petit canard de 19%. Les médecins n'étaient pas à l'aise sur le sujet du mélanome avec une moyenne de 4,2/10 sur l'échelle de certitude, et ont exprimé un fort besoin de formation. Les principales difficultés rapportées étaient le manque de temps et la difficulté croissante d'accès au dermatologue. Un accès rapide et facile par télé-médecine a été sollicité par 89% des généralistes [42].

PARTIE 2 : RETOUR EXPERIENCE AU PSLA D'ISIGNY SUR MER

1. Contexte :

L'Observatoire Régional de la Santé a identifié trois territoires de santé normands prioritaires pour proposer un dépistage ciblé des cancers cutanés. Ces territoires ont été sélectionnés sur les critères suivants : population âgée, retraitée de l'agriculture et de la pêche, veufs et éloignés d'un dermatologue. Les trois zones sont celles de Carentan/Isigny-sur-mer, Mortagne au Perche/Moulin la Marche et Neufchatel en Braye.

L'UCOGIR de Normandie, en partenariat avec le réseau QualVa, a proposé aux PSLA de ces territoires de participer à une démarche d'Evaluation et d'Amélioration des Pratiques Professionnelles sur le dépistage des cancers cutanés chez les seniors. Les cinq médecins généralistes du PSLA d'Isigny sur Mer ont répondu favorablement.

Une première soirée d'information sur les cancers cutanés a été réalisée par un dermatologue en mai 2017 puis une réunion en mai 2018 a permis la conception et la mise en place d'une action corrective par l'expérimentation d'une fiche de dépistage des facteurs de risque et de recueil de l'examen cutané, insérée dans le dossier médical (annexe 4). Durant l'été 2018, les patients de plus de 70 ans consultant au PSLA d'Isigny sur Mer ont été invité au dépistage des cancers cutanés par leur médecin traitant. Un retour d'expérience ainsi qu'une formation complémentaire a été réalisée avec un dermatologue en décembre 2018.

2. Méthode :

Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, rétrospective sur l'utilisation des fiches de dépistage par les médecins généralistes du PSLA d'Isigny sur Mer. Une déclaration a été faite à la CNIL et est conforme à la MR numéro 3.

L'objectif principal était de mettre en place le dépistage des cancers cutanés par les médecins libéraux, via la mise en place d'une fiche d'enregistrement du dépistage. Les objectifs secondaires étaient d'identifier la part de patients à risque de mélanome, d'évaluer si le dépistage régulier était déjà en place et les problèmes de faisabilité éventuels, et recueillir le nombre de nouveaux cas diagnostiqués.

Le critère principal est le taux de remplissage des supports d'enregistrement du dépistage parmi les seniors consultants.

Les critères secondaires étaient de mesurer :

- la prévalence des facteurs de risques dans cette population.
- la part des patients à risque connaissant l'existence des recommandations nationales du dépistage du mélanome et d'identifier si un suivi spécialisé était déjà en place
- la capacité des patients à s'auto surveiller et à se déplacer pour consulter un dermatologue,
- le nombre de patients présentant des lésions cutanées jugées suspectes par les médecins généralistes lors de l'examen clinique, et éventuellement confirmées histologiquement par le dermatologue.

Le recrutement s'appuyait sur les patients consultants au PSLA d'Isigny sur Mer. Le critère d'inclusion était les personnes âgées de 70 ans et plus. N'étaient pas éligibles les personnes en soins palliatifs ou ayant un pronostic vital engagé, ou ayant des troubles du comportement sur démences sévères.

La période de recrutement s'est étendue du premier juin au 31 août 2018.

Le support d'enregistrement est articulé en quatre parties (annexe n°3) :

- Première partie : identification du patient : sexe, âge, son accord pour le dépistage et l'identification du médecin.
- Deuxième partie : la présence éventuelle des facteurs de risque issus des recommandations de l'HAS de 2012 sur le mélanome cutané.
 - Le phototype clair
 - Les antécédents personnels ou familiaux de mélanome
 - Les antécédents de brulure solaire
 - Exposition professionnelle aux UV
 - L'immunodépression
 - Le nombre de naevi communs supérieur à 40
 - Le nombre de naevi atypiques supérieur à 2
 - L'antécédent de naevus congénital
- Troisième partie : si le patient était identifié à risque, étaient recueillis : sa connaissance des recommandations de dépistage, la date éventuelle de la dernière consultation chez le dermatologue sa capacité à s'auto surveiller et se déplacer vers un dermatologue.

- Quatrième partie : l'examen cutané complet avec l'aide d'un schéma corporel pour situer la ou les lésion(s) suspecte(s) éventuelles. Si une lésion était dépistée, le médecin notait ultérieurement la date de la consultation dermatologique une fois réalisée

Les différentes parties pouvant être remplies en plusieurs fois, à des dates différentes, le patient pouvant revenir pour une consultation spécifique dédiée.

Le staff APP de décembre 2018, a permis de faire le retour d'expérience des médecins généralistes du PSLA d'Isigny sur Mer sur l'utilisation des fiches, et d'avoir une formation complémentaire par un dermatologue sur l'identification des facteurs de risques et lésions suspectes.

Les données anonymisées ont été ensuite saisies sur un tableur Excel, au sein du PSLA, en avril 2019.

3. Résultats :

Durant la période de recrutement, les médecins généralistes ont vu en consultation 833 patients âgés d'au moins 70 ans. Parmi les 833 patients, 72 patients n'étaient pas éligibles (59 patients présentaient une démence sévère et 13 patients étaient en soins palliatifs).

761 patients étaient donc éligibles au dépistage proposé. Parmi eux, le dépistage a été proposé à 104 patients dont 102 ont accepté de participer, et 2 patients ont refusé.

657 patients n'ont donc pas eu de dépistage alors qu'ils étaient éligibles. Pour l'expliquer, les médecins généralistes en décembre 2018, suite au retour de l'expérience, ont argumenté le fait que la consultation n'était pas appropriée pour proposer un dépistage et/ou le caractère chronophage de celui-ci ne permettait pas de le faire lors de la consultation ou par oubli.

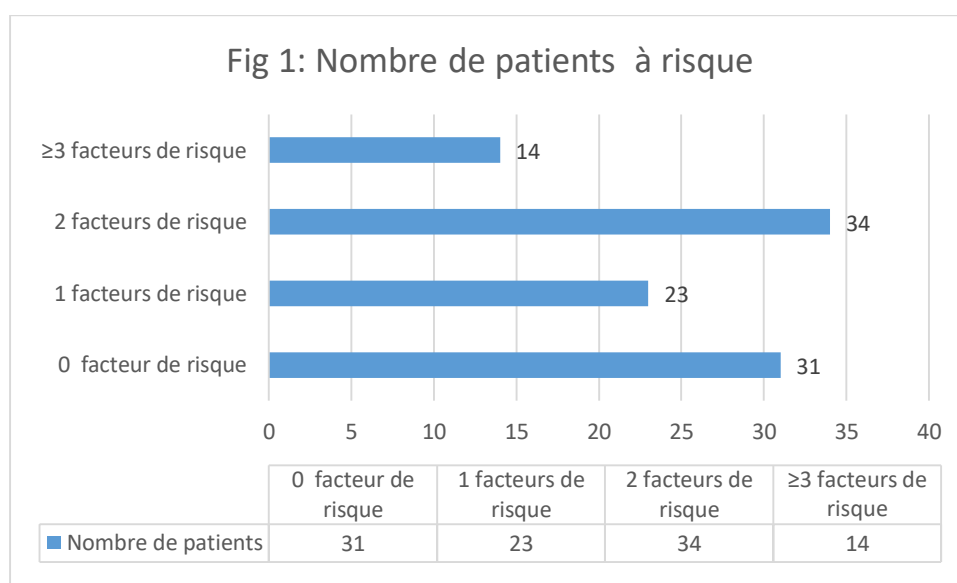
Les 102 supports d'enregistrement ont donc été analysés :

- **Age et sexe des patients :**

58 patients étaient des femmes et 44 des hommes. L'âge moyen pour les femmes est de 78 ans avec des âges allant de 70 à 101 ans. Concernant les hommes, l'âge moyen est 75,5 ans avec des écarts allant de 70 à 88 ans.

- **Nombre de patients à risque :**

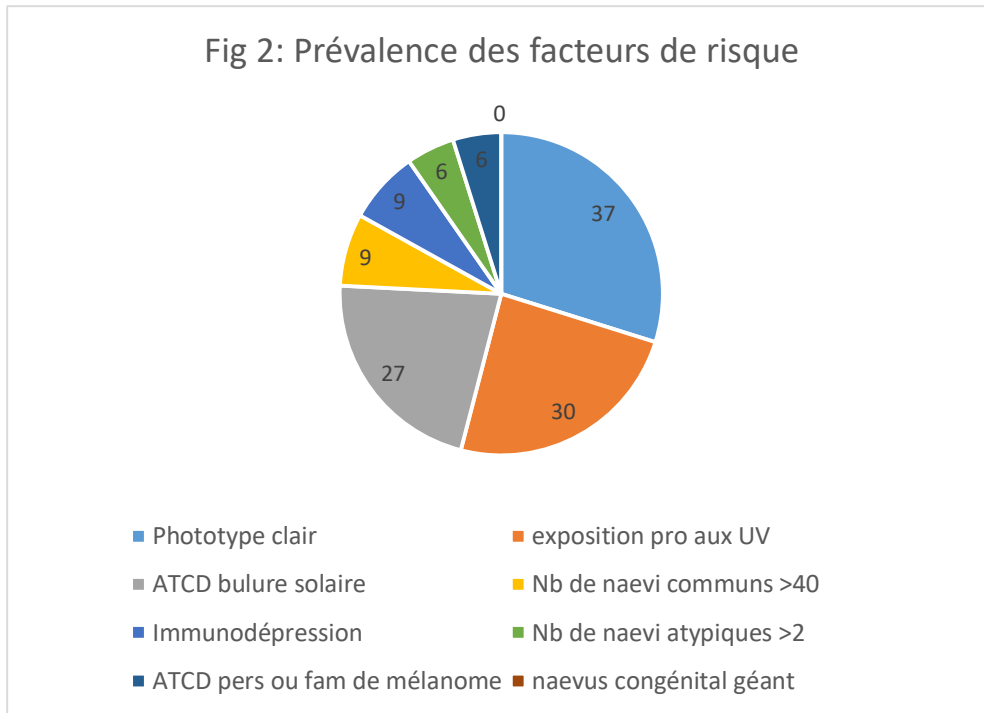
71 patients avaient au moins un facteur de risque de cancer cutané. Parmi eux, 34 patients avaient deux facteurs de risque et 14 en avaient au moins trois.



- **Prévalence des facteurs de risque :**

Le facteur de risque principal retrouvé est le phototype clair avec 37 patients concernés suivi de l'exposition professionnelle aux UV avec 30 patients et les antécédents de brûlure solaire avec 27 patients. Les autres facteurs de risques sont beaucoup moins fréquents.

Fig 2: Prévalence des facteurs de risque

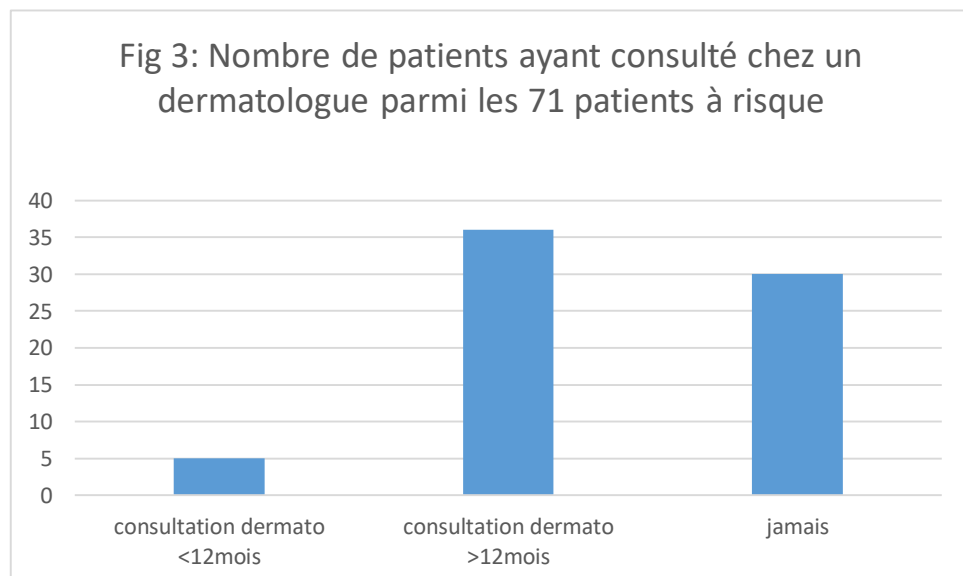


- **Connaissance des patients à risque du dépistage recommandé et mise en œuvre :**

Parmi les 71 patients à risque, seulement 28 connaissaient la nécessité d’une surveillance cutanée annuelle. Parmi les 43 patients estimant n’avoir pas connaissance du suivi nécessaire, 24 patients avaient néanmoins déjà consulté un dermatologue.

De plus, 30 patients n’ont jamais consulté de dermatologue et 36 chez qui la consultation spécialisée remonte à plus de 12 mois. 5 patients avaient vu le dermatologue dans les douze derniers mois.

Fig 3: Nombre de patients ayant consulté chez un dermatologue parmi les 71 patients à risque



- **Capacité des patients à se déplacer pour consulter un dermatologue et à s'auto surveiller :**

Toujours parmi les patients à risque, 15 patients déclarent qu'il leur est difficile de se déplacer vers un dermatologue. Parmi eux, 6 patients n'avaient jamais vu de dermatologue et 5 l'ont consulté il y a plus de 12 mois.

22 patients ne se sentent pas capables de s'auto surveiller correctement et régulièrement.

- **Lésions suspectes dépistées par le médecin généraliste :**

Les médecins généralistes ont trouvé une lésion qu'ils ont jugée suspecte chez 19 patients. 8 sont des femmes et 11 des hommes.

5 patients n'avaient aucun facteur de risque, mais ont souhaité être examinés. Le facteur de risque le plus retrouvé est l'exposition professionnelle aux UV avec 9 patients. Les autres facteurs de risque présents sont les antécédents de brûlure (4 patients), le phototype clair (4 patients) et le nombre de naevi importants (4 patients). De plus, chez les 9 patients ayant un risque d'origine professionnelle, seulement un a vu un dermatologue dans les douze mois précédents, trois ont vu un dermatologue au-delà d'un an, et cinq n'avaient jamais consulté de spécialiste.

- **Bilan des lésions suspectes dépistées par le médecin généraliste après avis du dermatologue**

En avril 2019, parmi les 19 patients avec lésions suspectes, cinq patients n'avaient toujours pas consulté de dermatologue :

-Un patient parce qu'il était traité pour un cancer pulmonaire par immunothérapie (aussi indiquée dans le traitement du mélanome) et la RCP de pneumologie n'a pas jugé nécessaire l'exploration de la lésion cutanée suspecte.

-Un patient n'avait pas de disponibilité puis a oublié de reprendre rendez-vous.

-Un patient a eu un accident de la voie publique avec de multiples fractures retardant la prise de consultation pour un dermatologue,

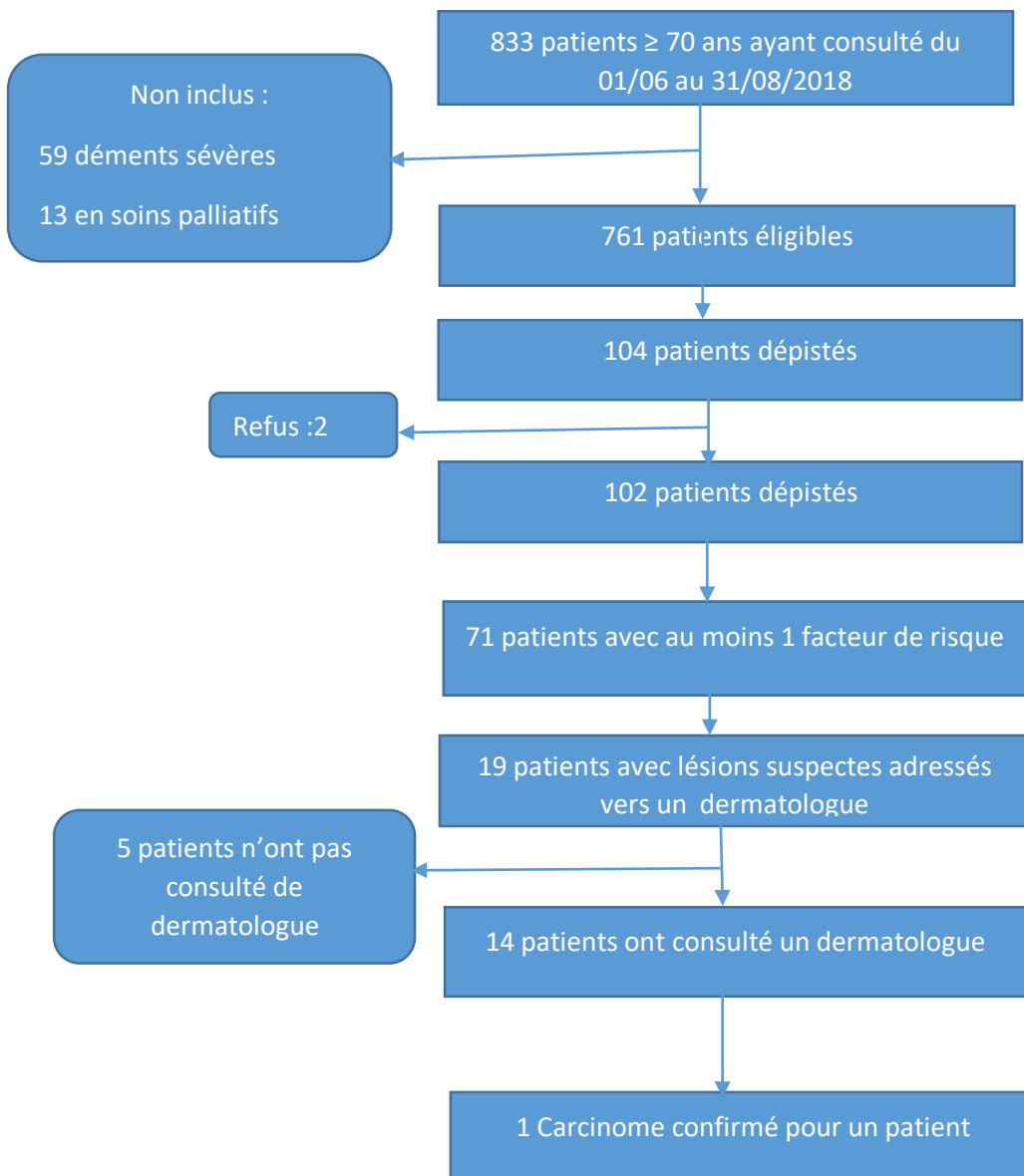
-un patient avait des difficultés de déplacement,

- et pour le dernier patient, la lésion suspecte avait disparu.

Pour les 14 patients ayant consulté un dermatologue, le délai moyen d'obtention du rendez-vous a été de 67 jours.

Seul un patient a eu une confirmation diagnostique avec un carcinome basocellulaire. Quatre lésions étaient des kératoses séborrhéiques, une lésion était une kératose actinique, trois étaient des naevi bénins, trois des lentigos, un granulome annulaire et une lésion restait en attente d'une biopsie.

Figure 4 : diagramme de flux :



- **Ressenti des médecins généralistes sur le dépistage :**

En décembre 2018, un retour d'expérience a donc été réalisé avec les cinq médecins généralistes qui ont participé à l'étude.

Tous ont reconnu qu'avant la mise en place de cette fiche, ils ne pratiquaient pas systématiquement un examen cutané complet annuel mais surveillaient régulièrement les zones photo exposées de leurs patients. Tous connaissaient déjà les critères ABCDE afin de dépister une lésion suspecte.

L'utilisation de ce questionnaire leur a permis de mieux repérer les patients à risque notamment les patients ayant des expositions professionnelles aux UV.

Concernant le remplissage de la partie « facteurs de risque » de la fiche : certains se recueillent sur antécédents, à l'interrogatoire et d'autres à l'examen cutané. Ils ont jugé difficile d'estimer à l'interrogatoire les antécédents de brûlures et de l'exposition répétée au soleil (notamment dans l'enfance, avec des souvenirs lointains imprécis). De plus, à l'examen clinique, compter le nombre de naevi communs n'était pas aisé.

Par ailleurs, tous ont signalé le caractère chronophage de cette consultation surtout lorsque le patient ne (re)venait pas pour ce motif spécifique.

Concernant la finalité de cette démarche qui était d'améliorer le dépistage via une fiche d'enregistrement, les médecins ont trouvé utile cet outil pour identifier les patients à risque. Le caractère chronophage du remplissage initial du questionnaire facilite par contre ensuite l'identification des patients à surveiller et la qualité du suivi dans le dossier médical du patient.

4. Discussion :

Un dépistage difficile à réaliser

Sur une période de trois mois, le nombre de patients dépistés reste faible par rapport au nombre total de patients éligibles qui ont consultés dans le PSLA. Malgré la volonté d'organiser un dépistage, il semble donc difficile pour les médecins généralistes de réaliser cette action. Compte tenu d'une patientèle importante, il faudrait probablement 2 ans pour dépister tous les patients de plus de 70 ans. L'application des recommandations nationales dès

18 ans semble impossible à mettre en place. La première cause rapportée par les médecins est le caractère chronophage surtout lorsque la consultation n'est pas dédiée uniquement à cela et que le patient vient pour d'autres motifs. Une consultation spécifique à ce dépistage semble être une solution mais il faut encore pouvoir l'intégrer dans le suivi du patient au cours de l'année.

Si l'examen clinique corps entier de la personne âgée est chronophage, les médecins généralistes affirment examiner régulièrement les zones photo exposées car ces localisations restent les plus fréquentes pour les carcinomes cutanés. Pour dépister le mélanome, cela reste insuffisant

L'importance du facteur de risque d'exposition professionnelle aux UV

Dans ce territoire, une proportion importante des personnes de plus de 70 ans ont au moins un facteur de risque (71 patients sur les 102 dépistés). Parmi ces facteurs de risque, hormis le phototype clair, l'exposition professionnelle aux UV est un facteur important. Sa prévalence est de 30 sur les 102 patients dépistés. En effet, nombreux patients sont retraités du domaine agricole et de la pêche.

Les personnes actives et retraitées du domaine agricole et de la pêche sont une population à cibler pour le dépistage du cancer cutané, comme l'a montré l'étude Agrican. Les perspectives d'amélioration du dépistage seraient de sensibiliser les professions à risque par les médecins du travail et via des informations délivrées régulièrement par la MSA ou l'ENIM.

Manque de connaissance et d'application du dépistage recommandé chez les patients à risque.

43 patients estiment n'avoir jamais été informés du suivi nécessaire mais 24 d'entre eux avaient quand même déjà consulté un dermatologue. Est-ce dû à un défaut d'information venant du dermatologue ou est-ce un oubli du patient ? un défaut d'information par le médecin traitant ?

La proportion de séniors à risque connaissant la recommandation de surveillance annuelle est faible dans cette étude un peu plus d'un tiers seulement. Une information ciblée devrait être mise en place. Ces résultats contrastent avec l'étude réalisée en 2011 en France sur le niveau

de connaissance du mélanome. 70% des personnes interrogées définissaient correctement la maladie et 60% la règle ABCDE. Mais seulement 25% déclaraient s'auto surveiller leurs grains de beauté et 12% leur corps tout entier [43].

Le déplacement vers un dermatologue est un obstacle important pour le suivi des personnes âgées. Le premier dermatologue exerce à 35km du PSLA d'Isigny sur Mer. Afin de lever cet obstacle, nous avons vu dans des études, que la téléconsultation était une solution intéressante avec un bon ressenti par le patient et ayant de bons résultats en termes de dépistage. D'autre part, l'utilisation de la dermoscopie par le médecin généraliste est aussi une solution mais la formation reste complexe et ne remplace pas l'expérience du dermatologue. Autre solution pourrait être de faire venir un dermatologue dans des PSLA sur une journée afin d'organiser un dépistage ciblé chez les personnes à risque.

Une formation des médecins généralistes à améliorer.

Les cinq médecins généralistes connaissaient la règle ABCDE pour repérer une lésion suspecte et ils l'appliquaient lors de leur consultation. Pourtant, une seule des 19 lésions suspectes a été confirmée comme cancéreuse.

Afin d'améliorer l'efficacité du dépistage par le médecin généraliste, une formation régulière par un dermatologue semble souhaitable. Au retour d'expérience en décembre de 2018, une formation par un dermatologue a été réalisée et la majorité des médecins ont jugés nécessaire cette présentation ce qui est semblable aux conclusions des études précédemment évoquées [41,42]

Limites de l'étude

Cette étude est monocentrique. Elle n'a été réalisée que sur une seule partie du territoire catégorisée comme prioritaire par l'ORS, basée sur le volontariat des généralistes, non indemnisés pour cette démarche. Il serait intéressant de faire l'étude sur l'ensemble du territoire Isigny/Carentan avec les médecins concernés ainsi que sur les deux autres territoires prioritaires.

Dépister la totalité des personnes éligibles aurait eu un impact plus significatif mais cela rend compte de la difficulté de réalisation de ce dépistage lors d'une consultation non dédiée. Nous

aurions pu étendre la période d'évaluation, les patients pouvant revenir plus tard pour compléter le dépistage, mais l'automne n'est pas propice au déshabillage complet, avec l'augmentation d'activité liée aux certificats médicaux notamment et des épidémies virales.

Le faible échantillon de l'étude peut expliquer l'absence de dépistage d'un mélanome. Nous avons vu précédemment que dans une étude, six mélanomes avaient été diagnostiqués parmi les 2285 personnes examinées dans l'année suivant le rappel, donnant 1 mélanome pour 380 personnes soit plus de trois fois la taille de notre échantillon [22]. Cependant, dans notre étude, un CBC a été diagnostiqué, soit un taux de détection de 0,98% semblable à l'étude réalisée en Suisse [25].

La conception de la fiche d'enregistrement est à améliorer : Les facteurs de risque ont été jugés trop détaillés par les médecins remplissant le questionnaire. Le nombre de naevi communs pourraient être supprimés et être remplacés par un nombre de naevi importants.

Il aurait été intéressant que l'ensemble des patients à risque soit examiné comparativement par un dermatologue afin de s'assurer que le médecin généraliste ne passe pas à côté d'une lésion suspecte.

L'absence de confirmation de diagnostic concernant les cinq patients qui ont une lésion suspecte mais qui n'ont pas vu de dermatologue et la personne qui était en attente de biopsie ne permet pas d'évaluer pleinement l'efficacité de jugement du médecin généraliste.

Notre étude semble aller dans le même sens que les diverses études faites en France et dans le monde tant sur l'intérêt d'un dépistage ciblé sur des patients à risque plutôt que sur un dépistage de masse et sur l'efficacité d'une consultation dédiée à ce dépistage

CONCLUSION

Notre étude a montré que l'utilisation d'une fiche de dépistage par les médecins généralistes a permis d'améliorer leur pratique professionnelle en identifiant les patients à risque. Cependant ce dépistage est jugé chronophage si la consultation n'y est pas dédiée spécifiquement, mais qui peut être dans le suivi un outil efficace, encore améliorable.

La prévalence du facteur de risque d'exposition professionnelle aux UV est forte dans le territoire observé ce qui est en accord avec l'analyse de l'ORS concernant les territoires prioritaires en Normandie. On constate que ces patients à risque sont insuffisamment informés du dépistage organisé. La sensibilisation des professions à risque par les médecins du travail et via des communiqués d'information et de prévention par la MSA ou l'ENIM pourraient être une aide apportée au patient.

Afin d'améliorer les pratiques professionnelles, la formation continue avec un dermatologue semble être important pour une meilleure efficacité de dépistage.

Enfin, pour pallier aux difficultés d'accès aux soins rencontrées par les personnes âgées, l'organisation de journées de dépistage ciblant les patients à risque, organisées dans un PSLA avec un dermatologue pourraient être une solution. Mais l'avis dermatologique par téléconsultation avec la dermoscopie semble être un levier majeur.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Haute Autorité de Santé
Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome basocellulaire
Recommandations 2004. [en ligne]
https://www.has-sante.fr/jcms/c_272312/fr/prise-en-charge-diagnostique-et-therapeutique-du-carcinome-basocellulaire-de-l-adulte
(consulté le 03/09/2019)
- 2 Société Française de Dermatologie.
Les carcinomes. [en ligne]
https://dermato-info.fr/article/Cancers_de_la_peau_les_carcinomes
(consulté le 16/11/2018)
- 3 Institut National du Cancer.
Epidémiologie des cancers cutanés
<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Detection-precoce-des-cancers-de-la-peau/Epidemiologie> [en ligne]
(consulté le 15/05/2018)
- 4 ARACTINGI S, AUBIN F, AVRIL F, et al.
Collège des enseignants en dermatologie de France. 5^e édition.
Elsevier Masson 2011 (Abrégés)
- 5 Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané
(spinocellulaire) et de ses précurseurs. Recommandations.
Annales de dermatologie et de vénéréologie.
Elsevier Masson, 2009 ; (136) : 166-175
- 6 FELDEMEYER L, GAIDE O.
Merkel cell carcinoma: (r)evolution.
Rev Med Suisse. 2013 Apr 3;9(380):723-6, 728-9
- 7 QUEREUX G.
Incidence et mortalité [en ligne]
<https://www.reseau-melanome-ouest.com/melanome/incidence-et-mortalite-672.html>
(consulté le 07/12/2018)

- 8 HAUTE AUTORITE DE SANTE
stratégie de diagnostic précoce du mélanome 2006 [en ligne]
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/melanome_synthese.pdf
(consulté le 04/11/2018)
- 9 HAUTE AUTORITE DE SANTE
tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématique, Mélanome cutané : recommandations janvier 2012. [en ligne]
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/ald_30_guide_melanome_web.pdf
(consulté le 08/09/2018)
- 10 Signes de mélanome. Connaître le score dit ABCDE
Rev Prescrire 2017; 37 (409) : 840-843
- 11 HAUTE AUTORITE DE SANTE
Revue de la littérature de la recommandation en santé publique sur la « Détection précoce du mélanome cutané » actualisée en Juillet 2012 [en ligne]
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/synthese_de_la_recommandation_actualisation_de_la_revue_de_la_litterature_dun_e_recommandation_en_sante_publicue_sur_la_detection_precoce_du_melanome_cutane.pdf (consulté le 15/11/2018)
- 12 ORPHANET
Mélanome malin familial
https://www.orpha.net/consor/cgibin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=618
(consulté le 11/11/2018).
- 13 GANDINI S, SERA F, CATTARUZZA MS, PASQUINI P, PICCONI O, BOYLE P
et al
Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure.
Eur J Cancer. 2005 Jan; 41(1):45-60.
- 14 RESEAU MELANOME OUEST
Facteur de risque de mélanome [en ligne]
https://www.reseau-melanome-ouest.com/melanome/facteurs-de-risque_de-melanome230.html

- (consulté le 13/10/2018)
- 15 LEBAILLY P, LEMARCHAND C, BOULANGER M et al
Enquete AGRICAN agriculteur et cancer, Nov 2014 [en ligne]
<http://cancerspreventions.fr/wp-content/uploads/2014/12/AGRICAN.pdf>
(consulté le 05/03/2019)
- 16 KOUTROS S, ALAVANJA MC, LUBIN JH, SANDLER DP, HOPPIN JA, LYNCH
CF, et al
An Update of Cancer Incidence in the Agricultural Health Study
Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2010 Nov, 52(11):1098–105,
- 17 INSERM
Pesticides-effet sur la santé [en ligne]
<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/4820/?sequence=76>
(consulté le 22/02/2019)
- 18 INSTITUT NATIONAL DU CANCER
Détection précoce des cancers de la peau - Médecins généralistes [en ligne]
<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Detection-precoce-des-cancers-de-la-peau-Medecins-generalistes>
(consulté 06/09/18)
- 19 INSTITUT NATIONAL DU CANCER
La Semaine de prévention et de dépistage des cancers de la peau
<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Detection-precoce-des-cancers-de-la-peau/Journee-du-SNDV>
(consulté le 02/04/2019)
- 20 QUÉREUX G, N'GUYEN JM, CARY M, JUMBOU O, LEQUEUX Y, DRÉNO B.
Validation of the self-assessment of melanoma risk score for a melanoma-targeted screening.
Eur J Cancer Prev 2012 Nov; 21(6):588-95.

- 21 GRANGE F, WORONOFF AS, BERA R, COLOMB M, LAVOLE B, FOURNIER E
et al
Efficacy of a general practitioner training campaign for early detection of melanoma in
France
Br J Dermatol. 2014 Jan;170(1):123-9
- 22 RAT C, GRIMAUULT C, QUEREUX G, DAGORNE M, GAULTIER A,
KHAMMARI A et al
Proposal for an annual skin examination by a general practitioner for patients at high
risk for melanoma: a French cohort study
BMJ Open. 2015 Jul 29;5(7):e007471
- 23 GRANGE F, BARBE C, MAS L, GRANEL-BROCARD F, LIPSKER D, AUBIN F,
et al.
The role of general practitioners in diagnosis of cutaneous melanoma: a population-
based study in France.
Br J Dermatol 2012 Dec;167(6):1351-9.
- 24 EUROMELANOMA [en ligne]
<https://www.euromelanoma.org/index.php>
(consulté le 03/09/2019)
- 25 LIEBERHERR S, SEYED JAFARI SM, CAZZANIGA S, BIANCHI E,
SCHLAGENHAUFF B, TSCHARNER G et al
Evaluation of the National Skin Cancer Campaign: a Swiss experience of
Euromelanoma
Swiss Med Wkly. 2017 Oct 19;147:w14511
- 26 WERNLI KJ, HENRIKSON NB, MORRISON CC, NGUYEN M, POCOBELLI G,
BLASI PR.
Screening for Skin Cancer in Adults Updated Evidence Report and Systematic Review
for the US Preventive Services Task Force.
JAMA. 2016 Jul 26;316(4):436-47

- 27 SHELLENBERG R, NABHAN M, KAKAPARTHI S
Melanoma screening: A plan for improving early detection
Ann Med. 2016;48(3):142-8
- 28 ROBINSON JK, TURRISI R, STAPLETON J
Examination of mediating variables in a partner assistance intervention designed to increase performance of skin self-examination
J Am Acad Dermatol 2007 Mar; 56(3):391-7
- 29 TITUS LJ, CLOUGH-GORR K, MACKENZIE TA, PERRY A, SPENCER SK, WEISS J, et al
Recent skin self-examination and doctor visits in relation to melanoma risk and tumor
Br J Dermatol 2013 Mar;168 (3):571-6.
- 30 VAN SINDEREN F, TENSEN E, VAN DER HEIJDEN JP, WITKAMP L, JASPERS MWM, PEUTE LWP
Is Teledermoscopy Improving General Practitioner Skin Cancer Care?
Stud Health Technol Inform. 2019 Aug 21;264:1795-1796
- 31 KJOME RLS, WRIGHT DJ, BJAEN AB, GARSTAD KW, VALEUR M.
Dermatological cancer screening: Evaluation of a new community pharmacy service
Res Social Adm Pharm. 2017 Nov;13(6):1214-1217
- 32 BRUNET L. LE GRAET A, MAILLARD M
INSEE Un vieillissement démographique plus rapide en Normandie [en ligne]
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3574639>
(consulté le 14/06/2019)
- 33 CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS
Atlas national 2018 [en ligne]
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external_package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
(consulté le 13/06/2019)

- 34 INSERM
Dégénérescence maculaire liée à l'âge [en ligne]
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/degenerescence-maculaire-liee-age-dmla>
(consulté le 20/08/2019)
- 35 INSERM
Alzheimer [en ligne]
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie>
(consulté le 22/08/2019)
- 36 RAMAROSON H, HELMER C, BARBERGER-GATEAU P, LETENNEUR L,
DARTIGUES JF; PAQUID
Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over:
updated results of the PAQUID cohort
Rev Neurol (Paris). 2003 Apr;159(4):405-11.
- 37 Groupe AGRICA
Troisième vague de résultats de l'étude AMI [en ligne]
https://statics.groupagric.com/public/fileadmin/mediatheque/documents/Groupe/Presse/Janvier_2012/CP_AGRICA_Resultats_AMI_janvier_2012.pdf
(consulté le 10/07/2019)
- 38 PAN KE SHON JL,
Isolement relationnel et mal-être [en ligne]
<http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/347/1/ip931.pdf>
(consulté le 06/04/2019)
- 39 BONTRON JC
L'accès aux soins des personnes âgées en milieu rural : problématiques et 38
expériences
Gérontologie et société 2013/3, 36 (146) : 153-71
- 40 CHIHURI S, MIELENZ TJ, DIMAGGIO CJ, BETZ ME, DIGUISEPPI C, JONES
VC, et al
Driving Cessation and Health Outcomes in Older Adults
J Am Geriatr Soc. 2016 Feb;64(2):332-41

- 41 LE GAY Damien
Expériences, opinions et attentes des Médecins Généralistes en matière de prévention solaire et de dépistage du mélanome dans les Alpes-Maritimes.
Thèse d'exercice : Médecine : Faculté de médecine de Nice, Présentée et soutenue publiquement le 7 avril 2015
- 42 ZIMMERLE 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. 2018 Apr;47(4 Pt 1):e35-e42
- 43 SAIAG P, SASSOLAS B, MORTIER L, GRANGE F, ROBERT C, LHOMEL C et al
Connaissance et attitude de la population française sur le diagnostic du mélanome et sa prévention en 2011
Ann de Dermatol Vener 2012 ; 139(12):B66 .

ANNEXES

Annexe n°1 : Calendrier des dépistages des cancers

Document destiné aux professionnels de santé – État des connaissances au 29 avril 2016

DÉPISTAGE DES CANCERS : RECOMMANDATIONS ET CONDUITES À TENIR

> CANCER COLORECTAL

- **Patient(e) à risque moyen** : proposer le test de recherche de sang occulte dans les selles **tous les 2 ans aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans**. Le test est disponible à la commande sur votre Espace Pro d'Ameli.fr ou auprès de votre structure de gestion.
- **Patient(e) à risque élevé** : orientation vers un gastro-entérologue pour une coloscopie.
- **Patient(e) à risque très élevé (suspecté ou avéré)** : consultation d'oncogénétique et suivi adapté.

> CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Effectuer ou préconiser un frottis cervico-utérin **tous les 3 ans** (après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle), **pour les femmes entre 25 et 65 ans**. Bien qu'il existe des vaccins, **le dépistage régulier reste indispensable** : les femmes doivent continuer à faire régulièrement des frottis.

> CANCER DU SEIN

- **Patiente à risque moyen** : recommander un dépistage par mammographie **tous les 2 ans aux femmes âgées de 50 à 74 ans dans le cadre du dépistage organisé**. Si la patiente n'a pas reçu son invitation, lui proposer de contacter la structure de gestion en charge des dépistages dans son département.
- **Patiente à risque élevé** : examens et suivi adaptés **selon les antécédents**.
- **Patiente à risque très élevé (suspecté ou avéré)** : consultation d'oncogénétique et suivi adapté.





> MÉLANOME

- **En présence d'un(e) patient(e) à risque** :
 - l'orienter vers un dermatologue en vue d'un examen annuel de la peau ;
 - lui recommander de pratiquer l'autoexamen cutané une fois par trimestre (règle ABCDE) ;
 - en cas de lésion suspecte, adresser le/la patient(e) sans délai à un dermatologue.

LE CAS DU DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

En France et à l'étranger, **aucune autorité sanitaire ne recommande le dépistage systématique par dosage du PSA chez les hommes**. La HAS précise qu'il n'a pas été retrouvé d'éléments scientifiques permettant de justifier un dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA, y compris dans des populations considérées comme plus à risque. Toutes les recommandations rappellent que les hommes qui envisagent de passer un dépistage du cancer de la prostate doivent **être clairement informés de ses avantages et de ses inconvénients**.

Un document d'information sur les recommandations actuelles et sur les bénéfices et risques du dépistage du cancer de la prostate est à votre disposition sur e-cancer.fr. Si un patient asymptotique vous sollicite, vous pouvez lui remettre la brochure « Dépistage du cancer de la prostate : s'informer avant de décider », disponible sur e-cancer.fr.



<p>CANCER COLORECTAL 42 000 nouveaux cas et 17 500 décès par an⁽¹⁾. Rare avant 50 ans (< 5% des cas). Détecté au stade I et II, le taux de survie à 5 ans est supérieur à 90%.</p>	<p>CANCER DU SEIN 49 000 nouveaux cas et 11 900 décès par an⁽¹⁾. L'incidence augmente rapidement après 35 ans. Lorsque le cancer est détecté à un stade précoce (0, I, II), les chances de survie à 5 ans sont supérieures à 95%.</p>	<p>CANCER DU COL DE LUTÉRUS Un dépistage régulier de la population cible devrait permettre de réduire l'incidence des cancers invasifs de 90%. 3 000 nouveaux cas et près de 1 100 décès par an⁽¹⁾. Pic d'incidence à 40 ans pour les cancers invasifs.</p>	<p>CANCER DE LA PEAU (MÉLANOME) 11 800 nouveaux cas de mélanome et 1 670 décès par an⁽¹⁾. L'incidence a triplé ces 20 dernières années. Le taux de survie à 5 ans est supérieur à 90% lorsque la taille de la tumeur est < 1 mm (indice de Breslow).</p>
<p>➤ CONDUITES À TENIR</p> <p>EN PRÉSENCE DE SYMPTÔMES Présence de sang rouge ou noir dans les selles, troubles du transit ou douleurs abdominales d'apparition récente, amaigrissement inexpliqué... → Orientation vers un gastro-entérologue pour une coloscopie.</p> <p>EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personne à risque moyen – Femmes et hommes âgés de 50 à 74 ans sans facteur de risque. → Test de recherche de sang dans les selles dans le cadre du dépistage organisé. • Personne à risque élevé – Antécédent personnel de cancer colorectal ou d'adénome. – Antécédent familial de cancer colorectal ou d'adénome avancé (1 parent du 1^{er} degré < 65 ans, ou 2 parents du 1^{er} degré quel que soit l'âge). – Antécédent de maladie inflammatoire chronique (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn). → Orientation vers un gastro-entérologue pour une coloscopie. • Personne à risque très élevé – Suspicion : cancer avant 50 ans, récurrence familiale – Avéré : mutation identifiée (Polypose adénomateuse familiale, cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPPC) ou syndrome de Lynch). → Consultation d'oncogénétique et suivi endoscopique adapté. 	<p>➤ CONDUITES À TENIR</p> <p>EN PRÉSENCE DE SYMPTÔMES Tuméfaction, rétraction cutanée ou mamelonnaire, inflammation, écoulement mamelonnaire, adénopathie axillaire... → Examens de diagnostic (mammographie, échographie, biopsie...).</p> <p>EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personne à risque moyen – Femmes âgées de 50 à 74 ans asymptomatiques et ne présentant pas de risque particulier. → Mammographie tous les 2 ans dans le cadre du dépistage organisé. • Personne à risque élevé – Femmes avec antécédent de cancer du sein ou de carcinome canalaire in situ. → Examen clinique tous les 6 mois pendant les 2 ans suivant la fin du traitement, puis tous les ans et mammographie annuelle unilatérale ou bilatérale suivie ou non d'une échographie. – Femmes avec antécédent d'hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire. → Mammographie annuelle pendant 10 ans, suivie ou non d'une échographie. À la fin des 10 ans, si la patiente a + de 50 ans, si la patiente a + de 50 ans, elle est dirigée vers le dépistage organisé. <p>si elle a – de 50 ans : mammographie + échographie tous les 2 ans jusqu'à 50 ans. – Femmes avec antécédent d'irradiation thoracique à haute dose (maladie de Hodgkin). → Examen clinique et une IRM tous les ans, à partir de 8 ans après la fin de l'irradiation, et mammographie annuelle (incidence oblique) et éventuelle échographie en complément recommandées au + tôt (20 ans pour l'examen clinique, 30 ans pour l'IRM). • Personne à risque très élevé – Suspicion : femme chez laquelle on suspecte une forme familiale de cancer du sein (score d'Eisinger supérieur ou égal à 3). – Avéré : mutation BRCA1 ou 2 identifiée. → Consultation d'oncogénétique et suivi spécifique (IRM, échographie pelvienne...). </p>	<p>➤ RECOMMANDATIONS ET CONDUITES À TENIR</p> <p>STRATÉGIE DE DÉPISTAGE Le frottis cervico-utérin est recommandé tous les 3 ans après 2 frottis annuels normaux chez les femmes âgées de 25 à 65 ans (sauf chez les femmes hystérectomisées ou n'ayant jamais eu de rapports sexuels).</p> <p>CONDUITES À TENIR SELON LE RÉSULTAT DE L'EXAMEN</p> <ul style="list-style-type: none"> – Frottis normal → Nouveau frottis à programmer en respectant le calendrier. – ASC-US ou présence d'atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée : contrôle du frottis à 6, 8 et 30 mois, ou « triage » par test HPV ou coloscopie. → Colposcopie/biopsie si persistance des anomalies cytologiques ou si test HPV positif. – Lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade. → Contrôle du frottis à 6, 12 et 24 mois ou coloscopie. → Colposcopie/biopsie si persistance des anomalies cytologiques. – Lésion malpighienne de haut grade, ou ASC-H (atypies ne permettant pas d'exclure une lésion de haut grade). → Colposcopie/biopsie. – Anomalies des cellules glandulaires. → Colposcopie/biopsie, curetage de l'endocol. 	<p>➤ RECOMMANDATIONS</p> <p>LES FACTEURS DE RISQUE À RECHERCHER</p> <ul style="list-style-type: none"> – Antécédent personnel ou familial de mélanome. – Nombre de naevus atypiques > 2. – Nombre de naevus mélanocytaires (naevus communs) > 40. – Antécédent de brûlure solaire. – Exposition aux UV artificiels. – Ephélides (taches de rousseur) nombreuses. <p>EN PRÉSENCE D'UN PATIENT À RISQUE :</p> <ul style="list-style-type: none"> – l'orienter vers un dermatologue en vue d'un examen annuel de la peau ; – lui recommander de pratiquer un autoexamen cutané une fois par trimestre (règle ABCDE) ; – l'informer sur les risques de l'exposition solaire et de l'exposition aux UV artificiels. <p>UNE LÉSION DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉE COMME SUSPECTE SI 2 DES CRITÈRES SUIVANTS SONT PRÉSENTS</p> <ul style="list-style-type: none"> – Asymétrie : forme non circulaire avec 2 moitiés qui ne se ressemblent pas. – Bords irréguliers. – Couleur non homogène. – Diamètre en augmentation (en général supérieur à 6 mm). – Évolution : toute tache pigmentée qui change d'aspect. <p>→ En cas de lésion suspecte, adresser le patient sans délai à un dermatologue.</p>

(1) Données publiées dans « Les Cancers en France – INCa Édition 2015 ».

INCa - SIREN : 189 512777 - Octobre 2017 - M3MCD0017

e-cancer.fr

Annexe 2 : brochure à destination des professionnels éditée par l'INCa



DÉPISTAGE
DES CANCERS
PARLONS-EN

DÉTECTION PRÉCOCE DES CANCERS DE LA PEAU

Document à l'usage des médecins généralistes

Pour prévenir et détecter précocement les cancers de la peau, il est important de bien connaître les facteurs de risque (environnementaux et professionnels) et les premiers signes d'alerte. Ce document a pour objectif de vous rappeler les éléments nécessaires pour agir en consultation.

LES SUJETS À RISQUES ACCRUS DE CANCERS DE LA PEAU

Les 7 questions à poser

- Avez-vous des cas d'antécédents personnels ou familiaux de cancers de la peau?
- Bronzerez-vous difficilement ou êtes-vous sujet aux coups de soleil?*
- Au cours de votre enfance ou de votre adolescence, avez-vous eu des coups de soleil avec brûlures au second degré (érythème + cloque)?
- Avez-vous beaucoup de naevi (≥ 40) ou des naevi larges (+ de 5 mm) et irréguliers?
- Êtes-vous régulièrement exposé aux UV artificiels (cabines de bronzage/soudure à l'arc)?
- Travaillez-vous ou avez-vous travaillé à un poste exposant aux facteurs de risque (UV, arsenic, hydrocarbures aromatiques polycycliques, rayonnements ionisants) tels que le travail en extérieur, la soudure des métaux, la sidérurgie, la radiologie médicale et industrielle, l'utilisation de pesticides arsenicaux, etc.? (À noter : les cancers liés à ces expositions peuvent donner lieu à une déclaration en maladie professionnelle sous certaines conditions.)
- Avez-vous une immunodépression, qu'elle soit constitutionnelle ou acquise (traitement immunosuppresseur, infection HIV)?

*En particulier les personnes ayant une peau très blanche ou claire, des cheveux roux, blonds ou châtains clairs, des yeux bleus, verts ou clairs, ou présence de nombreux grains de rouille.

- ▶ Si le patient présente une de ces caractéristiques, il doit être considéré à risques de cancers de la peau et doit donc faire l'objet d'un suivi spécifique. Informez-le sur ses risques (solaires et autres) et leur prévention.

LES CONSEILS À DONNER À VOS PATIENTS

- Protégez-vous du soleil.
- Évitez de recourir aux cabines de bronzage. Si vous avez moins de 18 ans, leur usage vous est interdit.
- Autoexaminez-vous tous les 4 mois.
- Consultez au plus vite en cas de lésion douteuse évolutive ou dont l'aspect s'est modifié.



Annexe n°3 : brochure à destination du public éditée par l'INca

> IL EXISTE D'AUTRES TYPES DE CANCERS DE LA PEAU

On les appelle les **carcinomes**. Ce sont les plus fréquents, mais ils sont facilement guérissables dans la majorité des cas. Non traités à temps, ils peuvent cependant entraîner des conséquences sérieuses. Ils apparaissent le plus souvent après 50 ans, sur les parties découvertes du corps (visage, cou, épaules, avant-bras, mains...).

Une plaie qui ne cicatrise pas, un bouton ou une croûte qui persiste et se modifie doivent vous conduire à demander un avis médical.

> PROTÉGEZ-VOUS DES UV, C'EST LA MEILLEURE PRÉVENTION

L'exposition excessive aux rayons ultraviolets est à l'origine de la grande majorité des cancers de la peau. Pour limiter les risques face au soleil, adoptez quelques réflexes simples de protection.



Évitez le soleil entre 12 h et 16 h.



Recherchez l'ombre le plus possible.



Protégez particulièrement vos enfants et apprenez-leur à se protéger.



Couvrez-vous avec des vêtements, un chapeau et des lunettes de soleil.



À défaut de vêtements, appliquez une crème solaire haute protection en grande quantité et renouvelez souvent l'opération.

Les ultraviolets artificiels sont, eux aussi, dangereux pour votre peau : évitez de recourir aux cabines de bronzage. Si vous avez moins de 18 ans, leur usage vous est interdit.

> FACE AU MÉLANOME, IL Y A DES MOYENS D'AGIR

- Surveiller votre peau, en particulier si vous êtes sujet à risques.
- Être vigilant à tout changement d'aspect de vos grains de beauté et consulter au moindre doute.
- En parler avec votre médecin traitant ou votre dermatologue.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur

e-cancer.fr

ou appelez le

0 805 123 124

Service & appel gratuits



Illustration : M. B. - Illustration via iStockphoto - P. J. - Getty Images - iStockphoto



CONTRE LE MÉLANOME

APPRENEZ À SURVEILLER VOTRE PEAU



S'INFORMER EN 1 MIN

e-cancer.fr



> LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE, MEILLEURE CHANCE DE GUÉRISON

Le mélanome est le cancer de la peau le plus grave. Lorsqu'il est détecté tôt à un stade peu développé, il peut la plupart du temps être guéri.

En revanche, en cas de diagnostic tardif, les traitements existants sont beaucoup moins efficaces. Or, quelques mois peuvent suffire pour qu'un mélanome devienne très agressif et s'étende à d'autres parties du corps (métastases).

Agir rapidement est donc vital, c'est pourquoi il est important de surveiller sa peau.

> QUEL EST VOTRE RISQUE ?

Tout le monde est susceptible de développer un mélanome et on peut être touché à tout âge, même jeune. Cependant, nous ne sommes pas tous égaux face aux risques.

> SURVEILLEZ PARTICULIÈREMENT VOTRE PEAU SI :

- vous avez la peau claire, les cheveux blonds ou roux et vous bronziez difficilement;
- vous avez de nombreuses taches de rousseur;
- vous avez de nombreux grains de beauté (> 40);
- vous avez des grains de beauté larges (+ de 5 mm) et irréguliers;
- vous avez ou des membres de votre famille ont déjà eu un mélanome;
- vous avez reçu des coups de soleil sévères pendant l'enfance ou l'adolescence;
- vous avez vécu longtemps dans un pays de forte exposition solaire;
- votre mode de vie (profession ou activité de loisir) donne lieu à des expositions solaires intenses.

FACE AUX RISQUES, NOUS NE SOMMES PAS TOUS ÉGAUX



> LES SIGNES QUI DOIVENT VOUS ALERTER

Comment faire la différence entre un grain de beauté (bénin) et un mélanome (malin) ?

Voici les trois éléments à retenir.

• **Repérez le grain de beauté différent des autres**
Tous les grains de beauté d'une même personne se ressemblent. Celui qui n'est pas comme les autres doit donc attirer votre attention (principe du « vilain petit canard »).

• **Soyez vigilant à tout changement**
Une nouvelle tache brune qui apparaît sur votre peau (cas le plus fréquent) ou un grain de beauté qui change d'aspect rapidement (dans sa forme, sa taille, sa couleur ou son épaisseur) doivent vous alerter.

• **Aidez-vous de la règle « ABCDE »**
Pour reconnaître les signes suspects, entraînez votre œil avec des photographies et gardez à l'esprit les critères de la règle « ABCDE ».

BÉNIN (PAS RÉSUSUMÉ)

MALIN (RÉSUSUMÉ)



A comme Asymétrie
Grain de beauté de forme ni ronde ni ovale, dont les couleurs et les reliefs ne sont pas régulièrement répartis autour du centre.

B comme Bords irréguliers
Bords déchiquetés, mal délimités.

C comme Couleur non homogène
Présence désordonnée de plusieurs couleurs (noir, bleu, marron, rouge ou blanc).

D comme Diamètre
Diamètre en augmentation.

E comme Évolution
Changement rapide de taille, de forme, de couleur ou d'épaisseur.

La présence d'un ou de plusieurs de ces signes ne signifie pas forcément que vous avez un mélanome, mais justifie de demander un avis médical sans attendre.

Cédés photo : service dermatologique de l'Institut Gustave Roussy, Dr Michel La Malfa, Dr Philippe Deshayes, Dr Georges Roussier.

> QUI CONSULTER ET À QUELLE FRÉQUENCE ?

Si vous repérez une tache suspecte sur votre peau ou si vous présentez certains facteurs de risque, consultez votre médecin traitant. Il vous orientera si besoin vers un dermatologue.

C'est le dermatologue qui est expert pour réaliser l'examen clinique de la peau, confirmer ou non une suspicion de mélanome et retirer une lésion suspecte si nécessaire.

La fréquence de la surveillance doit être évaluée avec votre dermatologue. Pour les personnes « à risques », il est généralement recommandé :

- d'effectuer un **autoexamen de la peau par trimestre**;
- de se faire examiner par un **dermatologue une fois par an**.

> L'AUTOEXAMEN DE LA PEAU

Si vous êtes sujet à risques, votre dermatologue vous formera à la pratique de l'autoexamen.

Il s'agit d'observer attentivement sa peau nue de la tête aux pieds, de face et de dos, sans oublier les zones peu visibles où peut se cacher un mélanome (oreilles, ongles, plante des pieds, espaces entre les doigts, organes génitaux...).


> LE DÉPISTAGE, UN EXAMEN SIMPLE ET INDOLORE

Les dermatologues le pratiquent tous les jours dans leur cabinet. C'est un examen visuel complet de la peau destiné à repérer les taches ou grains de beauté pouvant faire suspecter un cancer.

Le dermatologue peut s'aider d'un appareil d'optique grossissant, le dermatoscope. Chez les personnes ayant de nombreux grains de beauté, il peut aussi prendre des photographies.

S'il identifie une tache suspecte, il propose alors soit de la surveiller, soit de la retirer sous anesthésie locale et de la faire analyser pour confirmer ou non le diagnostic.

Annexe n° 4 : Support d'enregistrement pour le dépistage des cancers cutanés au PSLA d'Isigny/mer :

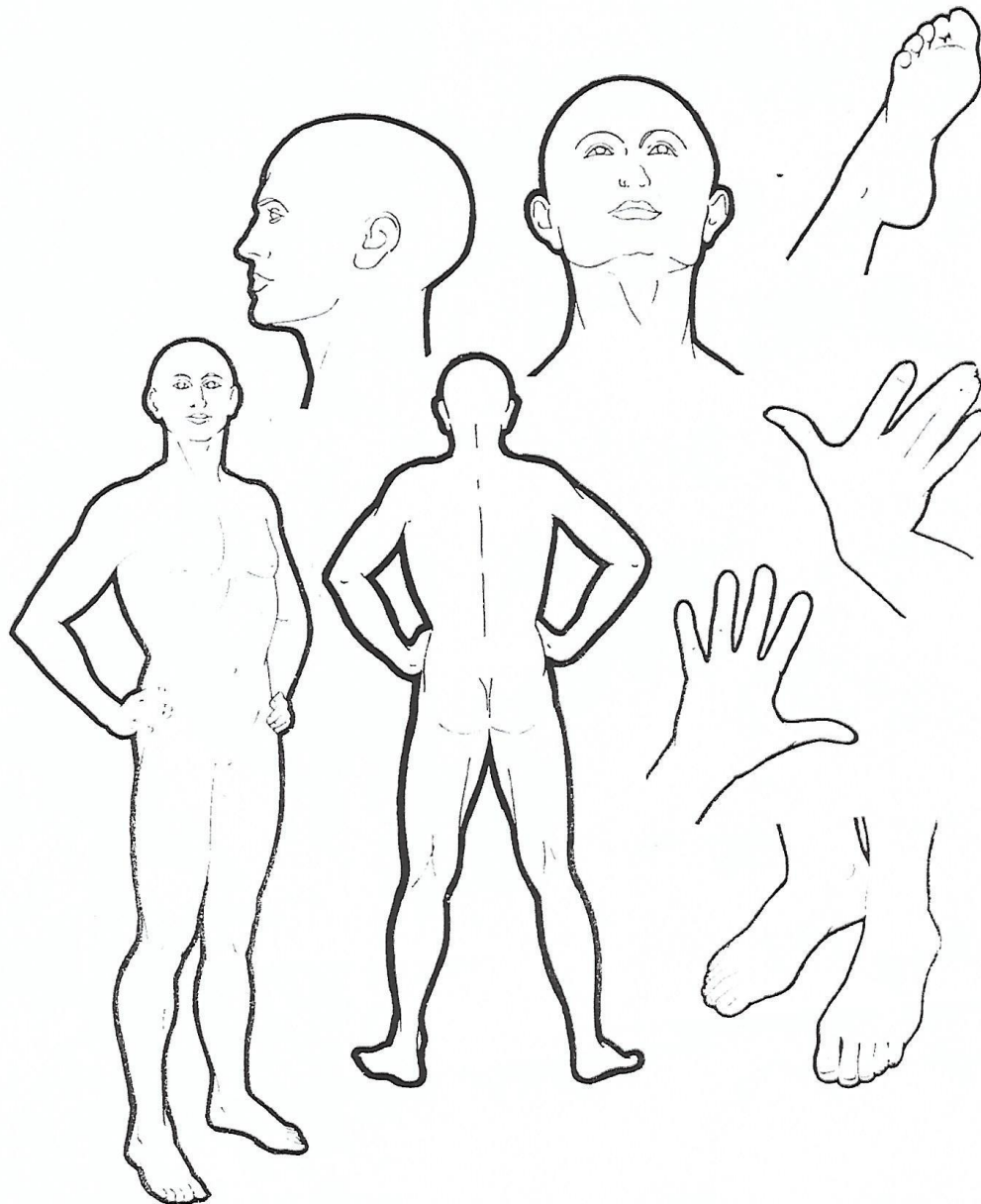
 <p>UCOGIR NORMANDIE UNITÉ DE COORDINATION EN ONCOGÉRIATRIE INTERRÉGIONALE</p>	<p>SUPPORT D'ENREGISTREMENT</p>	<p>Identité du patient</p>		
		<p>nom:</p>		
	<p>DEPISTAGE DES CANCERS CUTANES</p>	<p>prénom:</p>		
		<p>sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F âge: _____ ans</p>		

Identité des professionnels	
Nom	Prénom
Date(s):	/ /2018
Nom	Prénom
Date(s):	/ /2018

Recherche de Facteurs de risque de mélanome	oui	non	ne sait pas
Immunodépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédent personnel ou familial de mélanome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédent de brûlure solaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition aux UV (professionnelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de naevus communs >40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de naevus atypiques >2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phototype clair: peau blanche, cheveux blonds /roux, yeux bleus/verts ;tâches de rousseurs nombreuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naevus congénital géant >20 cm diamètre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


<p>Si facteur(s) de risque:</p>	<p>patient informé du suivi dermatologique annuel nécessaire</p>	<p>oui <input type="checkbox"/></p>	<p>non <input type="checkbox"/></p>
	<p>dernière consultation dermatologique:</p>	<p><input type="checkbox"/> <12 mois <input type="checkbox"/> >12mois <input type="checkbox"/> jamais</p>	
	<p>difficulté pour déplacement vers cs dermato</p>	<p>oui <input type="checkbox"/></p>	<p>non <input type="checkbox"/></p>
	<p>patient capable de se surveiller tous les 3 mois</p>	<p>oui <input type="checkbox"/></p>	<p>non <input type="checkbox"/></p>
	<p>remise brochure</p>	<p>oui <input type="checkbox"/></p>	<p>non <input type="checkbox"/></p>

Examen cutané complet (pieds, organes génitaux externes, cuir chevelu)	
Identité du professionnel	
Nom	Prénom
Date(s):	/ /2018



Lésion suspecte de cancer retrouvée à l'examen cutané complet	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
si oui: date de la biopsie ou consultation dermatologique	/	/


Annexe 5 : Communications affichées sur le travail de thèse :


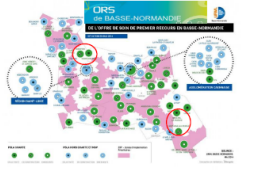


Dépistage des cancers cutanés chez les seniors en médecine générale



A AUDREN¹, E SOHIER², A LHONNEUR³, F RIVIERE², E PLUT², E THEUNIS², M PAVARD³, M DE PONTVILLE⁴, B BEAUPLÉ^{5,6,7}

¹ Médecine générale, Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire, 16 Place Hôtel de Ville, 14230 Isigny/mer
² Réseau Normand Qualité Santé, CITO - 4 avenue de Cambridge - Bâtiment Doyenne, 14200 Hérouville Saint Clair
³ Service de dermatologie, CHU avenue Côte de Nacre, 14000 Caen
⁴ BLSERM, Normandie Univ, Antiope U2DRS, Caen
⁵ Unité de Coordination en Oncogériatrie Interrégionale de Normandie, CAEN



Introduction :
 Selon l'INCa, le nombre de cas de mélanome a été multiplié par trois ces trente dernières années. Comme pour le sein, le col de l'utérus et le colon, il existe des recommandations de dépistage collectif du mélanome. Il repose sur l'identification des personnes à risque devant être sensibilisées à l'autosurveillance et chez qui un examen clinique cutané doit être régulièrement réalisé. Il s'adresse à cette population à risque dès l'âge de 18 ans et sans limite supérieure d'âge. L'organisation pratique de ce dépistage reste hétérogène en France. La population âgée peut présenter des difficultés d'autosurveillance du fait de troubles locomoteurs, visuels, cognitifs et/ou thymiques. Le déplacement pour une consultation dermatologique reste souvent difficile à organiser. Suite à une étude de l'ORS, l'UCOGIR a identifié **3 territoires de santé normands** (celui d'Isigny-Carentan, de Mortagne-au-Perche/Moulin la Marche, et Neufchâtel-en-Bray) à plus haut risque de cancer et de diagnostic tardif du fait d'une part élevée de personnes âgées, d'agriculteurs et marins pêcheurs retraités, vivant seuls, éloignés d'une consultation dermatologique.

Méthode :
 Dans le cadre d'une démarche qualité, les médecins généralistes du PSLA d'Isigny ont souhaité améliorer leurs pratiques professionnelles pour le dépistage des cancers cutanés. Après un état des lieux, un questionnaire spécifique pour le dossier médical a été conçu en mai 2018 puis expérimenté, recueillant les facteurs de risque de cancer cutané, l'examen clinique cutané complet, la connaissance des recommandations de suivi par le patient, sa capacité d'autosurveillance et de déplacement pour consulter un dermatologue. Une étude retrospective sur le taux de réalisation des questionnaires a ensuite été réalisée sur la période du 01/06 au 31/08/2018. La population cible était les personnes ayant un âge ≥ 70ans; mais les patients en soins palliatifs avec pronostic vital engagé ou ayant des troubles du comportement sévères n'étaient pas inclus. Un retour d'expérience avec présentation des résultats, et formation d'un dermatologue a eu lieu le 27/11/18. Au 1^{er} avril 2019, un bilan des consultations dermatologiques réalisées pour les patients avec lésions suspectes, a été fait.

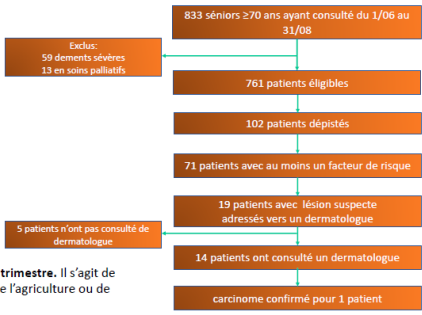
Résultats :
 102 questionnaires ont été complétés soit 13,4% des patients éligibles plus ayant consulté sur le trimestre. Il s'agit de 58 femmes d'âge moyen 78 ans, et 44 hommes d'âge moyen de 75,5ans. On note 30 patients retraités de l'agriculture ou de la pêche.

71 patients ont été dépistés à risque: 23 avec 1; 34 avec 2; et 14 avec au moins 3 facteurs de risque. Parmi les patients à risque:

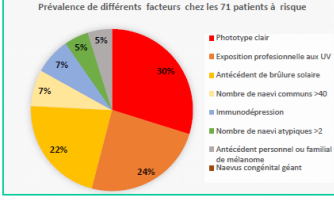
- seulement 28 étaient informés du suivi annuel dermatologique recommandé. Parmi les 43 patients estimant n'avoir jamais été informés du suivi nécessaire, 24 patients avaient quand même déjà consulté un dermatologue.
- 30 n'ont jamais vu de dermatologue, 5 l'ont vu dans les 12 derniers mois, 36 il y a plus de 12 mois.
- 15 ont des difficultés pour se déplacer: parmi eux, 6 n'ont donc jamais vu de dermatologue et 9 en ont consulté un mais il y a plus de 12mois.
- 22 ont une incapacité à l'autosurveillance cutanée.
- la brochure d'information de l'INCa a été remise à 57 patients par le médecin traitant à l'issue du dépistage.

19 patients avaient une lésion suspecte à l'examen cutané complet; parmi eux, 9 avaient eu une exposition professionnelle aux UV dont 4 uniquement avec ce facteur de risque. Sur ces 19 patients, au 1^{er} avril 2019:

- 5 n'avaient toujours pas consulté de dermatologue: 1 n'avait pas de disponibilité puis a oublié de reprendre rdv, 1 a eu un AVP avec fracture, 1 est déjà sous immunothérapie pour cancer bronchique (aussi indiqué dans le traitement du mélanome), 1 avait des difficultés de déplacement, et pour le dernier la lésion suspecte a disparu.
- Pour les 14 patients ayant consulté un dermatologue, le délai moyen d'obtention du rendez-vous a été de 67 jours.
- Un patient a eu un carcinome basocellulaire confirmé.



Prévalence de différents facteurs chez les 71 patients à risque



Discussion-Conclusion :
Forte prévalence des facteurs de risque (notamment des retraités de l'agriculture et de la pêche) dans la patientèle senior de ce PSLA, justifiant l'organisation d'un dépistage ciblé, et la sensibilisation des professionnels.
 Parmi les difficultés rencontrées par les médecins participants, on relève:

- le caractère chronophage du remplissage du questionnaire et de l'examen cutané, bien que la période estivale ait été choisie pour faciliter le déshabillage. Suite à cette période d'identification des patients à risque, l'organisation de l'examen médical cutané régulier sera probablement plus rapide.
- la difficulté de préciser certains facteurs de risque à l'interrogatoire (antécédent de brûlure notamment le stade), à l'examen (critères atypiques d'un naevus).

De façon générale, les perspectives d'amélioration du dépistage pourraient porter sur:

- la sensibilisation des professionnels à risque par les médecins du travail et les mutuelles (MSA et ENIM) avec suivi dermatologique organisé
- un partage pluri professionnel du dépistage avec les kinésithérapeutes et IDE (déjà identifiés par l'INCa), surtout l'identification des facteurs de risque par les pharmaciens.
- La diffusion de l'application SAMScore élaborée par le Réseau Mélanome Ouest, pour identifier les patients à risque
- Une meilleure formation des médecins généralistes pour identifier les lésions à risque
- une consultation dermatologique plus facilement accessible par télé-médecine.

références bibliographiques:
 Recognition and initial management of melanoma by general practitioners: A survey in a rural French area with low medical density. Cimmetré V, Laurent E, Steuvenon V, et al. Presse Med. 2018 Apr;47(4 Pt 1):e35-e42.
 Proposal for an annual skin examination by a general practitioner for patients at high risk for melanoma: a French cohort study. Rafi C, Girmaux C, Quennois G, et al. BMJ Open. 2015 Jul;20(5):e2007471.
 Early detection of melanoma: reviewing the ABCDEs. American Academy of Dermatology Ad Hoc Task Force for the ABCDEs of Melanoma. Tsao H, Olazagasti JM, Corrodo KM, et al. J Am Acad Dermatol. 2015 Apr;72(4):717-23.
 Patients at elevated risk of melanoma: individual predictors of non-compliance to GP referral for a dermatologist consultation. Rafi C, Quennois G, Monoger du Sollier M, et al. Prev Med. 2014 Jul;64:48-53.
 Efficacy of a general practitioner training campaign for early detection of melanoma in France. Grange F, Woronoff AS, Bera R, et al. Br J Dermatol. 2014 Jan;170(1):123-9.

-Congrès Société Gérontologique de l'Ouest et du Centre (24-25 mai 2019 Rennes)

-15èmes journées nationales de la Société Francophone d'OncoGériatrie (26-27 septembre 2019 Lille)

-Congrès National des Réseaux de Cancérologie 2019 (4-5 octobre 2019 Rennes)

« Par délibération de son Conseil en date du 10 novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs »

Vu, le Président de la thèse

Vu, le Doyen de l'UFR Santé

Vu et permis d'imprimer

en référence à la délibération

du Conseil d'Université

en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président

de l'Université de Caen et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

Titre de Thèse : Dépistage des cancers cutanés chez les seniors : retour d'expérience dans un PSLA en Normandie

Résumé de la thèse en Français : Le nombre de cas de mélanome a été multiplié par trois ces trente dernières années, et l'Institut National du Cancer a émis des recommandations de dépistage, dès l'âge de 18 ans, basé sur l'examen cutané régulier des personnes ayant des facteurs de risque. L'organisation de ce dépistage reste hétérogène en France. La population âgée peut présenter des difficultés d'autosurveillance et de déplacement vers un médecin. Dans le cadre de l'Amélioration des Pratiques Professionnelles, un questionnaire de dépistage a été conçu en mai 2018 puis expérimenté par les médecins généralistes du Pôle de Santé Libéral Ambulatoire d'Isigny/mer. Il existe une forte prévalence sur ce territoire des facteurs de risque liés à l'exposition professionnelle aux UV. Nous avons réalisé une étude rétrospective sur le taux de réalisation et le contenu des questionnaires complétés entre juin et août 2018. 833 patients de 70 ans et plus ont consulté sur cette période, et 102 questionnaires ont été complétés, dont 71 patients avaient au moins un facteur de risque de mélanome. Suite à l'examen cutané, une lésion a été jugée suspecte chez 19 patients, mais une seule a été confirmée histologiquement cancéreuse. Les médecins généralistes ont signalé le caractère chronophage de cette consultation spécifique. Les perspectives d'amélioration pourraient être la sensibilisation des professions à risque par la médecine du travail et les mutuelles, l'aide des professions paramédicales pour l'identification des patients à risque, une meilleure formation des médecins généralistes et l'apport d'avis dermatologiques par téléconsultation.

Mots-Clés : Dépistage précoce du cancer ; mélanome ; médecins généralistes ; sujet âgé

Titre de Thèse en Anglais : Skin Cancer Screening in older patients: feedback from a general practitioners medical center in Normandy

Summary : The number of melanoma cases has tripled in the last thirty years, and the National Cancer Institute has issued screening recommendations, starting at age eighteen, based on regular skin examination of people with risk factors. The organization of this screening remains heterogeneous in France. The elderly population may have difficulty self-monitoring and moving to a physician. As part of the Improvement of Professional Practices, a screening questionnaire was designed in May 2018 and tested by the general practitioners of Isigny Sur Mer. There is a high prevalence of risk factors as UV professional exposure in this territory. We conducted a retrospective study on the completion rate and content of screening files between June and August 2018. 833 patients aged 70 and over consulted during this period, for whom 102 screening files were completed, finding 71 patients with at least one melanoma risk factor. Following skin examination, suspicious lesion of cancer was found in 19 patients, addressed to the dermatologist, but only one was a histologically confirmed carcinoma. General practitioners reported that this specific consultation was time-consuming. The prospects for improvement could be the awareness of at-risk professionals through occupational health physicians and health insurances, the assistance of allied health professionals in identifying patients at risk, better training of general practitioners and providing dermatological advices by remote consultation.

Key words : early cancer detection ; melanoma ; general practitioners ; aged