



LE DÉPISTAGE ET LE PARCOURS DES CANCERS CUTANÉS : PRATIQUES SUR LE TERRITOIRE

Dossier documentaire

Thème de mai 2022

Rédacteur : Dr Hervé LE NEEL
Constitutrices : Dr Nicole JOUAN et Dr Nicole COCHELIN

SOMMAIRE

L'épidémiologie.....	3
Facteurs de retard au diagnostic	4
Et sur notre territoire ?.....	5
Documents annexes	6

En mai les groupes qualité ont pour sujet : **Le dépistage et le parcours des cancers cutanés, pratiques sur le territoire.**

Cette thématique préoccupe les usagers, les patients, les médecins, et aussi les institutions, ARS et Assurance maladie, par la situation régionale – incidence plus forte du mélanome en Bretagne – et par l'identification d'une approche considérée comme perfectible.

D'emblée, la HAS recense les acteurs du dépistage précoce du mélanome : « les acteurs du diagnostic précoce du mélanome cutané sont multiples : le patient, le médecin traitant ou tout autre spécialiste, l'infirmier, le masseur-kinésithérapeute, le pédicure-podologue » et suggère bien entendu le recours rapide au dermatologue avant l'extension de la maladie.

L'épidémiologie

Les données épidémiologiques indiquent un **triplément des cancers cutanés entre 1980 et 2020** en France, dont 90% de carcinomes.

Le mélanome, quant à lui, a vu son incidence et sa mortalité augmenter significativement dans les quarante dernières années, avec actuellement en France 16 000 nouveaux cas annuels et 1 800 décès.

En Bretagne, la situation est particulière, une étude de 2014 indique un nombre de cas proportionnellement très supérieur à celui de la région PACA et à celui de la population nationale¹ :

- 585 cas de mélanome en PACA (ce qui correspond à la moyenne nationale en pourcentage de population) ;
- 1 305 en Bretagne, soit près du triple de la moyenne nationale (en appliquant la moyenne nationale, on ne devrait en trouver que 558) !

Le diagnostic précoce est un élément fortement argumenté du pronostic du mélanome. La survie à 5 ans est de 98% au stade localisé et de 62% au stade loco-régional. En l'état actuel, seule la **prise en charge précoce à un stade initial** permet d'améliorer le pronostic, et c'est aussi le constat des trente dernières années : le dépistage précoce est le facteur capital de la réduction de mortalité du mélanome².

Il faut souligner que l'INCa a réalisé des documents de dépistage précoce du mélanome à destination des **infirmiers et kinésithérapeutes**, en 2017, mais aussi des **patients**, en 2018. On constate, du côté institutionnel, la prise en compte à la fois du patient acteur de sa santé et de l'extension des professionnels considérés, auxquels il paraît opportun d'ajouter les pédicures-podologues.

Ce sont là les pistes identifiées d'amélioration du diagnostic précoce, en dehors du parcours des sujets identifiés à risque élevé de mélanome. A noter que ni l'INCa, ni la HAS ne proposent l'organisation d'un dépistage organisé en population générale, comme pour les cancers du sein, du colon ou du col utérin³.

¹ Communiqué de presse du Syndicat national des dermatologues-vénérologues, « Etude comparée sur les cancers de la peau en Bretagne et en PACA : des résultats surprenants » (https://france3-regions.francetvinfo.fr/bretagne/sites/regions_france3/files/assets/documents/2017/06/19/cp_etude_comparée-3129729.pdf)

² Haute Autorité de Santé, « Mélanome cutané : la détection précoce est essentielle » (https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974838/fr/melanome-cutane-la-detection-precoce-est-essentielle)

³ Haute Autorité de Santé, « Actualisation de la revue de la littérature d'une recommandation en santé publique sur la « Détection précoce du mélanome cutané » (https://www.has-sante.fr/jcms/c_1354947/fr/actualisation-de-la-revue-de-la-litterature-d-une-recommandation-en-sante-publique-sur-la-detection-precoce-du-melanome-cutane)

Facteurs de retard au diagnostic⁴

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

- Les facteurs **liés au médecin généraliste** : les données de la littérature montrent que la formation des médecins généralistes est suivie par une augmentation du nombre de mélanomes identifiés et par une diminution de leur épaisseur (indice de Breslow). Cependant comme pour toutes les formations elle nécessite d'être répétée à intervalle régulier pour maintenir son efficacité. Concernant leur formation et leur niveau de connaissance, les médecins généralistes déclarent avoir une connaissance qu'ils jugent globalement suffisante à l'égard de la prévention et de la détection précoce des cancers de la peau mais estiment que cette connaissance est améliorable et sont demandeurs d'une formation complémentaire sur cette thématique.

Concernant leurs pratiques :

- Les médecins généralistes orientent de manière quasi systématique leur patient chez le dermatologue en cas de détection de lésion cutanée suspecte ;
- Le parcours de soins n'a ni modifié leur pratique ni ajouté une charge de travail inutile, et ils estiment qu'il ne retarde pas le diagnostic du mélanome cutané ;
- Ils examinent le revêtement cutané de leurs patients mais ne les déshabillent pas complètement de manière systématique, notamment lorsque les patients consultent pour un autre motif qu'un problème dermatologique
- Ils connaissent les critères d'identification d'une lésion suspectée d'être un mélanome cutané mais pas leur hiérarchisation ;
- Ils ne maîtrisent pas l'ensemble des facteurs de risque, ce qui peut être à l'origine de la non-identification des patients à risque de mélanome cutané. Les données de l'enquête de pratique ne remettent pas en cause les conclusions du rapport HAS 2006 qui préconisait de renforcer la formation des médecins au diagnostic précoce, à la sémiologie des mélanomes cutanés et à l'identification des patients à risque.

La HAS a défini en 2010 dans son guide patient les indications de la surveillance dermoscopique des patients à haut risque de mélanome cutané :

- patient ayant des lésions mélanocytaires atypiques (nævus atypiques) sans signe clinique et dermoscopique de malignité ;
- patient ayant un antécédent personnel et/ou familial de mélanome ;
- patient ayant un nombre de lésions mélanocytaires (nævus communs) supérieur à 40 ;
- patient ayant une mutation identifiée en tant que prédisposition génétique au mélanome cutané.

- Les **facteurs liés au dermatologue**

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

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

⁴ Haute Autorité de Santé, Rapport d'orientation, « Facteurs de retard au diagnostic du mélanome cutané », synthèse, juillet 2012.

⁵ *Ibid.*

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

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

A ce dernier sujet, il n'est pas inutile de rappeler que la Bretagne est de loin la région ayant le pourcentage le plus faible de médecins en secteur 2 conventionnel.

Au regard de ces éléments, il semble pertinent d'optimiser :

- L'information des patients et des professionnels de santé susceptibles de découvrir une lésion suspecte (IDE, MK, podologues).
- La formation des médecins généralistes à la caractérisation des lésions suspectes et à la priorisation des parcours du patient. La question de la formation à la dermoscopie en médecine générale peut également être posée
- L'accès au médecin dermatologue dans les situations considérées suspectes, dans des délais acceptables, comme celui de 3 semaines maximum annoncé par le SNDV (syndicat national des dermato-vénérologues).

Et sur notre territoire ?

Les échanges en séance, en la présence si possible de spécialiste(s) concerné(s), qui ont pour objet premier le partage et l'analyse de pratiques appuyés sur des cas concrets (« cas cliniques »), devraient permettre de proposer des pistes d'amélioration du parcours patient sur le territoire, au moins en ce qui concerne notre sujet des cancers cutanés et plus spécifiquement du mélanome.

Bien sûr, ces cas cliniques peuvent inclure des difficultés de parcours de la situation « cancer cutané », que ces difficultés proviennent des patients, des médecins généralistes ou des dermatologues.

Pour ceux qui en sont membres, il sera intéressant d'échanger sur l'apport des CPTS à ce parcours. De même pour les MSP qui ont pu mettre en place sur leur territoire, avec l'appui de leur coordinatrice, des solutions d'avis et de recours auprès des spécialistes de proximité. Et sans doute des médecins, en exercice individuel ou en groupe, sans MSP ni CPTS, ont-ils développé des solutions et ... nous serons tout aussi ravis de les recueillir dans le compte rendu de la séance.

Du nouveau : La téléexpertise pour tous !

Heureusement, c'est sa nature, le monde bouge.

Et donc des solutions sont mises en œuvre en Bretagne afin de faciliter le parcours « cancer cutané » et, en premier lieu, l'articulation entre médecins généralistes et dermatologues.

Un partenariat entre le réseau de cancérologie de Bretagne OncoBreizh, l'URPS des médecins libéraux et la solution de téléexpertise « Omnidoc » a conduit, **de façon simple**, à pouvoir proposer aux médecins généralistes un avis rapide en cancérologie cutanée, avec une prise en charge adaptée à la téléexpertise réalisée.

- Comment ça se passe ?

1 - Je suspecte un cancer cutané à l'examen d'un patient.

2 - Je demande, après information et consentement du patient, un avis auprès d'**OncoBreizh Télédermato** par une téléexpertise. C'est une téléexpertise « asynchrone » (je demande un avis mais je n'ai pas un échange en ligne avec le dermatologue)

3 - Je reçois l'avis d'un dermatologue libéral breton et envisage avec lui la suite de la prise en charge du patient.

Préalablement, je me suis inscrit sur [omnidoc.fr/oncobreizh](https://www.omnidoc.fr/oncobreizh) pour utiliser ce service de téléexpertise dermatologique, et j'ai regardé le tutoriel : <https://www.youtube.com/watch?v=lbbWjEzo9-8>

- Et ça marche ?

- Les demandes d'avis obtiennent une réponse dans les 48h,
- 37% des téléexpertises donnent lieu à une consultation avec un dermatologue de proximité, qui n'est pas nécessairement celui qui a réalisé la téléexpertise
- 39% des téléexpertises conduisent au diagnostic de tumeur maligne
- Bonne satisfaction de l'usage de l'outil Omnidoc de téléexpertise pour les médecins requérants (généralistes) comme requis (dermatologues)

Au moment de l'écriture de ce dossier, en Bretagne, 588 demandes ont été effectuées par 188 médecins généralistes requérants, auprès de 19 dermatologues requis répartis en 3 secteurs. Le nombre des dermatologues pouvant être sollicités va en se majorant et la couverture du territoire breton est complète (ouest et est), même si le dermatologue requis n'est pas de proximité.

- Et, euh, accessoirement (...) ?

J'utilise la cotation « RQD » du requérant de téléexpertise qui vient s'ajouter à ma consultation à hauteur de 10 euros. Depuis le 1^{er} avril, cette téléexpertise est ouverte **à tous les patients**.

Conventionnellement parlant, c'est l'avenant 9 à la convention qui donne cette possibilité, avec la limite de 4 actes par an et par médecin requérant pour un même patient.

La rémunération du médecin requis est de 20 euros, avec la même limite de 4 actes par an et par patient.

Formations

Par ailleurs, OncoBreizh Télédermato propose aux médecins généralistes sur ce sujet deux formations en webinaire :

- Le 13 septembre (20h-21h) : diagnostic des cancers cutanés
- Le 13 octobre (20h-21h) : intérêt de la dermoscopie en cancérologie cutanée

Notez les dates...

Documents annexes

Annexe 1 : Détection précoce des cancers de la peau, document à l'usage des médecins généralistes réalisé par l'Institut national du cancer

Annexe 2 : Powerpoint de description des aspects pratiques de la téléexpertise en dermatologie, réalisé par le Dr Nicole Jouan, dermatologue à Brest

Annexe 3 : Infographie chiffres clés sur les premiers mois d'usage d'OncoBreizh Télédermato

Annexe 4 : Flyer de présentation d'OncoBreizh Télédermato