

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2016

N° 193

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(DES de Dermatologie-Vénérologie)

par

**Justine Daguzé**

Née le 12/02/1988 à Fontenay le Comte (85)

---

Présentée et soutenue publiquement le 24 aout 2016

---

**CREATION ET MISE EN PLACE D'UN DPC VIA *E-LEARNING* SUR LE  
MELANOME POUR LES MEDECINS GENERALISTES**

---

Présidente : Madame le Professeur Brigitte Dréno

Directrice de thèse : Madame le Professeur Gaëlle Quereux

## Liste des abréviations

|        |                                                                                              |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| AJCC   | American Joint Committee on Cancer                                                           |
| CBC    | Carcinome basocellulaire                                                                     |
| CNPMC  | Conseils nationaux de la FMC                                                                 |
| CREX   | Comité de retour d'expérience                                                                |
| CTLA 4 | Cytotoxic T lymphocyte-associated antigen 4 (Antigène 4 associé au lymphocyte T cytotoxique) |
| DPC    | Développement professionnel continu                                                          |
| DU     | Diplôme universitaire                                                                        |
| EPP    | Evaluation des pratiques professionnelles                                                    |
| FMC    | Formation médicale continue                                                                  |
| HAS    | Haute autorité de santé                                                                      |
| HPST   | Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires                                                  |
| INCa   | Institut National du Cancer                                                                  |
| InVS   | Institut national de veille sanitaire                                                        |
| OGDPC  | Organisme de gestion du développement professionnel continu                                  |
| PD 1   | Programmed death-1                                                                           |
| RCP    | Réunion de concertation pluridisciplinaire.                                                  |
| REMEDI | Revue des erreurs médicales                                                                  |
| RMM    | Revue de morbidité mortalité                                                                 |
| URML   | Unions régionales des médecins libéraux                                                      |
| URPS   | Unions Régionales des Professionnels de Santé                                                |

# Table des matières

|                                                                                                                                            |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Liste des abréviations .....</b>                                                                                                        | <b>2</b>  |
| <b>I. Introduction .....</b>                                                                                                               | <b>5</b>  |
| 1 La formation médicale continue en France .....                                                                                           | 5         |
| A. <i>Historique de la formation médicale continue .....</i>                                                                               | <i>5</i>  |
| B. <i>Définition du Développement Professionnel Continu (DPC).....</i>                                                                     | <i>5</i>  |
| C. <i>Réglementation du DPC .....</i>                                                                                                      | <i>7</i>  |
| D. <i>DPC en 2015 : états des lieux et difficultés rencontrées.....</i>                                                                    | <i>9</i>  |
| 2 Intérêt d'une formation du médecin généraliste dans le mélanome.....                                                                     | 11        |
| A. <i>Besoin chez les médecins généralistes .....</i>                                                                                      | <i>11</i> |
| B. <i>Épidémiologie du mélanome .....</i>                                                                                                  | <i>12</i> |
| C. <i>Facteurs de risque de mélanome.....</i>                                                                                              | <i>13</i> |
| D. <i>Histoire naturelle du mélanome .....</i>                                                                                             | <i>14</i> |
| E. <i>Critères pronostiques du mélanome.....</i>                                                                                           | <i>16</i> |
| F. <i>Rationnel pour promouvoir un dépistage précoce.....</i>                                                                              | <i>16</i> |
| <b>II. Mise en place d'un DPC pour le médecin généraliste intitulé : Améliorer le<br/>dépistage et la prise en charge du Mélanome.....</b> | <b>18</b> |
| 1 Introduction .....                                                                                                                       | 18        |
| 2 Création des modules d'enseignement.....                                                                                                 | 20        |
| A. <i>Étape 1 du DPC : phase d'observation et de recueil des pratiques.....</i>                                                            | <i>20</i> |
| B. <i>Étapes 2 et 3 du DPC : phase d'acquisition des connaissances. ....</i>                                                               | <i>20</i> |
| C. <i>Étape 4 : Analyse des pratiques professionnelles.....</i>                                                                            | <i>24</i> |
| D. <i>Étape 5 : Étape d'évaluation et de suivi et actions d'amélioration des pratiques.....</i>                                            | <i>27</i> |
| 3 Mise en place du programme de DPC et réalisation du dossier de demande<br>d'accréditation. ....                                          | 27        |
| <b>III. Discussion .....</b>                                                                                                               | <b>29</b> |

|            |                                                                                         |           |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1          | Difficultés techniques et politiques rencontrées lors de la mise en place de notre DPC. | 29        |
| 2          | Promotion de notre DPC auprès des médecins généralistes.                                | 30        |
| 3          | Utilisation du DPC par les médecins traitants.                                          | 30        |
| 4          | Mise à jour du DPC.                                                                     | 32        |
| <b>IV.</b> | <b>Conclusion</b>                                                                       | <b>32</b> |
| <b>V.</b>  | <b>Bibliographie</b>                                                                    | <b>34</b> |
| <b>VI.</b> | <b>Liste des annexes</b>                                                                | <b>40</b> |
| 1          | Annexe 1 : PDF première partie de formation                                             | 40        |
| 2          | Annexe 2                                                                                | 52        |
| 3          | Annexe 3                                                                                | 55        |
| 4          | Annexe 4                                                                                | 57        |
| 5          | Annexe 5                                                                                | 58        |
| 6          | Annexe 6                                                                                | 60        |
| 7          | Annexe 7                                                                                | 62        |
| 8          | Annexe 8 : analyse des pratiques professionnelles                                       | 65        |
| 9          | Annexe 9 : cas cliniques                                                                | 67        |

# **I. Introduction**

## **1 La formation médicale continue en France**

### **A. Historique de la formation médicale continue**

En 1990, la convention médicale institue une formation médicale continue (FMC) conventionnelle des médecins libéraux validée, financée et indemnisée. Cette obligation déontologique est transformée en obligation légale par l'ordonnance Juppé en 1996.

La loi établit, en 1998, une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) volontaire, non sanctionnante pour les médecins libéraux, cogérée entre les Unions régionales des médecins libéraux (URML) et l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes).

En 2002, La loi Kouchner, relative à la qualité du système de santé, relance le dispositif en prévoyant la mise en place de trois conseils nationaux de la FMC (CNFMC), représentant chaque type d'exercice (libéral, établissement de santé, salarié hors établissement de santé).

C'est en 2004 que la FMC devient obligatoire. En effet la loi du 13 août confirme l'obligation de FMC, institue trois CNFMC et introduit une obligation d'EPP pour les médecins, distincte du perfectionnement des connaissances. L'EPP est alors mise en œuvre par l'HAS (1).

### **B. Définition du Développement Professionnel Continu (DPC)**

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation continue sont désormais intégrées dans un dispositif unique : le Développement Professionnel Continu (DPC) reposant sur des principes simples, défini par la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) en 2009 (2). La gestion de ce nouveau dispositif a été confiée à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (l'OGDPC), créé en juillet 2012. Le DPC est effectif depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013. Ce dispositif s'adresse à

l'ensemble des professionnels de santé de France médicaux et paramédicaux (au sens du Code de Santé Publique, chapitre IV) (3).

Le développement professionnel continu est un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation continue et l'analyse des pratiques professionnelles. Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente d'amélioration de la qualité des soins (4).

Le DPC s'organise en trois temps (1) :

- **formation** : acquisition ou approfondissement de connaissances et compétences ;
- **analyse des pratiques** ;
- **suivi des actions d'amélioration, de la qualité et de la sécurité des soins.**

**En établissement de santé**, les médecins mettent en œuvre des démarches d'amélioration des pratiques, le plus souvent de manière collective (mono-disciplinaire, multidisciplinaire ou multi-professionnelle) à travers par exemple :

- la certification des établissements ;
- l'accréditation des médecins exerçant en établissement de santé une spécialité ou une activité dite « à risques », forme spécifique de DPC centrée sur la gestion du risque (avec signalement d'événements porteurs de risques et mise en œuvre de recommandations) et qui valide de facto l'obligation (5).

**En milieu libéral**, Les médecins ont le choix de leur organisme de DPC enregistré par l'OGDPC. Les URPS (Unions Régionales des Professionnels de Santé) ont un rôle de promotion des programmes de DPC. Elles sont en place dans chaque région (5).

Le DPC repose finalement sur les fondamentaux de la démarche qualité. De nombreux outils, guides, documents de référence et démarches ayant pour objectif d'améliorer la qualité et la sécurité contribuent au DPC notamment pour l'analyse des pratiques professionnelles.

Ainsi, le DPC présente de nombreux avantages et permet au professionnel de santé d'être acteur de sa formation, ce qui est fondamental. En effet, il favorise l'inter

professionnalisation et le décloisonnement des différents modes d'exercice (ville, hôpital). Il permet le soutien des plans de santé publique nationaux et régionaux. Il consent au renforcement et à une meilleure adaptation de l'offre de formation aux différents modes d'exercice et aux besoins des professionnels de santé. Le DPC est géré par un seul organisme gestionnaire : l'OGDPC, ce qui facilite le dispositif (3)(6).

### C. Réglementation du DPC

Tout professionnel de santé est tenu de participer tous les ans à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel, proposé par un organisme de DPC (ODPC) enregistré à l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) et évalué favorablement (7).

La réglementation du DPC est définie dans le décret no 2011-2116 du 30 décembre 2011 (8)

- Le programme de DPC doit être conforme à une **orientation** nationale ou à une orientation régionale de développement professionnel continu.
- Il doit comporter **l'une des méthodes** et des modalités validées par la Haute Autorité de Santé (HAS) après avis de la commission scientifique indépendante des médecins ; ces méthodes et modalités précisent les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective, en tant que participant ou en tant que formateur, à un programme de développement professionnel continu.
- Le programme de DPC doit être mis en œuvre par un organisme de développement professionnel continu enregistré.

#### Méthodes utilisables pour le DPC :

Plusieurs méthodes sont utilisables dans le cadre du DPC (7). Afin de construire leurs programmes de DPC, les organismes de DPC choisissent parmi plusieurs méthodes proposées par l'HAS les mieux adaptées au contexte de soins, aux objectifs, aux attentes des médecins, aux démarches déjà entreprises.

Ainsi pour les activités pédagogiques et cognitives en groupe, les méthodes peuvent être des formations présidentielles comme les congrès scientifiques, les séminaires, les colloques, les ateliers, les journées, les formations universitaires, les formations interactives, ou des revues bibliographiques et analyses d'articles.

Pour les activités pédagogiques et cognitives individuelles les méthodes sont les formations à distance par *e-learning* (apprentissage en ligne officialisé par le circulaire de 2001(9)) ou les formations diplômantes ou certifiantes comme les diplômes universitaires (DU).

L'activité pédagogique ou cognitive doit être complétée par une activité d'analyse des pratiques qui peut être :

- une gestion des risques par revue de morbidité mortalité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), revue des erreurs médicales (REMEDI), analyse à priori des risques ;
- une revue de dossiers et analyse de cas avec des groupes d'analyse de pratiques, des staffs des équipes médico-soignantes, des pratiques réflexives en situation réelle, des revues de pertinence ou des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Les professionnels de santé ouvrent un compte auprès de l'OGDPC. Les organismes de formation se font enregistrer, après une évaluation scientifique indépendante, auprès du même organisme qui publie les programmes disponibles auxquels les professionnels s'inscrivent. L'OGDPC finance les formations et indemnise les professionnels. L'OGDPC gère la partie financière du dispositif du DPC pour près de 500 000 professionnels de santé et plus de 3 000 organismes de DPC en 2015. Il prend en charge la participation à au moins un programme de DPC, des professionnels de santé libéraux et salariés exerçant en centre de santé conventionné dans la limite de l'enveloppe en vigueur pour la profession concernée. Chaque forfait de prise en charge comprend :

- le paiement de l'organisme de DPC dispensant le programme de DPC suivi ;
- l'indemnisation du professionnel de santé pour participation à l'intégralité



du programme de DPC.

#### **D. DPC en 2015 : états des lieux et difficultés rencontrées**

En 2015, en France 2 985 organismes de DPC sont habilités à dispenser des programmes de DPC (toutes professions de santé confondues). 32 026 programmes de DPC ont été proposés sur le site de l'OGDPC en 2015. 153 181 professionnels de santé différents ont suivi au moins un programme de DPC en 2015 (dont 58 950 médecins).

En 2016, 3 488 organismes de DPC étaient enregistrés en France, 84 863 programmes étaient déposés, 133 468 inscriptions étaient engagées (10).

En 2013, l'OGDPC disposait d'un budget global de 155,1 millions d'euros (financement des programmes de DPC, indemnisations des professionnels de santé, DPC des médecins hospitaliers et frais de structure de l'OGDPC).

Depuis 2014, le DPC est en pleine restructuration, car il s'est heurté rapidement à plusieurs difficultés, notamment financières mais portant également sur le contrôle de qualité des différents organismes de DPC (11).

Avant 2014, les programmes de DPC suivis par les médecins libéraux et les médecins des centres de santé étaient financés entièrement par l'organisme de gestion du DPC (OGDPC), selon le code de la santé publique. Mais le décret du 7 octobre 2014, entraîne la limitation de la prise en charge des programmes de DPC aux seuls professionnels n'étant pas encore inscrits à une formation débutant en 2014, (à l'exception des formations de formateurs et de maître de stage) (12). Selon ce même décret l'OGDPC « concourt au financement des programmes de DPC suivis par les professionnels de santé », cela signifie que la prise en charge du financement du DPC par l'OGDPC n'est plus une obligation (13). Ce blocage porte également sur le financement des organismes de formation par l'industrie pharmaceutique. Il existe de grands aléas budgétaires affectant la construction des budgets de l'OGDPC. Ainsi, cela ne permet pas l'assurance du financement du coût d'un DPC généralisé à tous les effectifs de l'ensemble des professions.

- L'obligation de formation n'a pas de contenu précis. Le volume d'heures, le contenu de la formation ne sont pas spécifiés et définis au préalable. La sanction du manquement à l'obligation de FMC n'est pas organisée (11).

- La qualité des différents organismes de formation proposant des formations de DPC peut être variable. En effet la procédure d'évaluation préalable des organismes par des commissions scientifiques indépendantes n'apporte pas toute garantie de qualité et la procédure de contrôle *a posteriori* n'est pas encore mise en place (11).

## **2 Intérêt d'une formation du médecin généraliste dans le mélanome**

### **A. Besoin chez les médecins généralistes**

Actuellement avec le parcours de santé, le médecin généraliste est le spécialiste de premier recours qui coordonne la prise en charge du patient, assure la synthèse, permet la continuité des soins. Le médecin généraliste travaille donc avec toutes les disciplines médicales, et son champ de compétence est large. Il se doit donc de se former régulièrement et notamment de mettre à jour ses différentes connaissances sur l'ensemble des spécialités.

Le médecin généraliste est d'autant plus concerné par le DPC car la plupart du temps il exerce seul à son cabinet, cela permet donc le décroisement du mode d'exercice.

Il a été clairement objectivé une demande et un besoin d'informations des médecins généralistes concernant le dépistage du mélanome (14). Ce besoin concerne à la fois des données théoriques telles que l'identification des facteurs de risque (15), mais surtout des données pratiques concernant leur capacité à reconnaître les mélanomes. En effet, dans une étude canadienne, interrogeant 355 médecins généralistes sur le mélanome, plus de 50% d'entre eux n'étaient pas confiants dans leur capacité à reconnaître un mélanome. En outre dans cette étude, certains facteurs de risque importants n'étaient pas bien connus (14). Par ailleurs, de nombreuses études ont montré que la capacité des dermatologues à dépister des mélanomes était supérieure à celles des médecins généralistes, assez logiquement compte tenu de leur formation et de leur expérience (16)(17).

Plusieurs études ont démontré l'impact positif d'une formation médicale continue sur le dépistage du mélanome, comme cette étude (18) que nous avons réalisée dans l'ouest de la France auprès de médecins généralistes ayant suivi des formations, et dont les résultats confirment les données des précédentes études (19)(20). En effet, 11% des participants ont diagnostiqué un mélanome dans les deux ans ayant suivi la formation, ce qui est considérable au vu de l'incidence annuelle du mélanome.

Le DPC basé sur l'*e-learning* est donc un moyen d'offrir aux médecins généralistes une formation continue compatible avec leur activité professionnelle quotidienne chargée, avec parfois l'éloignement géographique.

Enfin, le DPC va accompagner le médecin généraliste tout au long de sa carrière, favoriser les échanges entre collègues (21).

## **B. Épidémiologie du mélanome**

L'incidence du mélanome croît considérablement depuis plusieurs décennies. En effet l'incidence du mélanome a augmenté plus rapidement que celle de n'importe quel autre cancer. Elle a doublé tous les 15 ans depuis 1950 ans dans tous les pays du monde à population caucasienne. Depuis une vingtaine d'années, on observe une baisse récente de l'incidence en Europe.

L'incidence actuelle en **France** est évaluée à environ 8 à 10 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants, soit environ **7500 nouveaux cas chaque année** dont 42% d'hommes et 58 % de femmes (22)(23). Le nombre de nouveaux cas de mélanome en France en 2012 est estimé à 11 176. Ce cancer vient au neuvième rang des cancers chez la femme et treizième rang chez l'homme. Les taux d'incidence augmentent avec l'âge à partir de la puberté. Ces chiffres se situent dans la moyenne européenne (d'après Estimation régionale de l'incidence des cancers de 1980 à 2005 ; INV) (22).

En France, les taux d'incidence les plus élevés sont observés :

- dans l'ouest (pays de Loire, Bretagne, Basse Normandie) avec 11,4 nouveaux cas par an sur 100 000 habitants en Bretagne ;
- en Alsace avec 10.6 nouveaux cas pour 100 000 habitants chez l'homme et 8.6 pour 100 000 habitants chez la femme ;
- dans La Manche : 10.3 nouveaux cas pour 100 000 habitants chez la femme, 7.6 pour 100 000 habitants chez l'homme ;

Les taux d'incidence les plus bas en France sont observés :

- dans la Somme, 3.8 nouveaux cas pour 100 000 habitants chez la femme, 3.9 pour 100 000 chez l'homme ;

- dans Le Tarn 5.4 nouveaux cas pour 100 000 habitants chez la femme, 5.3 pour 100 000 chez l'homme ;

Par conséquent le mélanome est responsable d'une morbidité et d'une mortalité importante dans le monde (1 672 décès par an liés au mélanome en France en 2012 selon l'INCa).

## C. Facteurs de risque de mélanome

Nous ne sommes pas tous égaux face au risque de développer un mélanome. En effet certains facteurs connus majorent ce risque. Il est donc important de repérer ces facteurs de risque pour lesquels le risque relatif de développer un mélanome par rapport à la population générale est plus important.

Les principaux facteurs de risque de mélanome sont les suivants :

- les antécédents personnels ou familiaux de mélanome ;
- les antécédents d'exposition solaire importante (24) ;
- les antécédents de coups de soleil sévères dans l'enfance (24) ;
- les phototypes clairs (I, II) et les éphélides ;
- les nævi : Le **risque** de développer un mélanome **augmente** avec le **nombre de nævi** (plus de 40), la présence de nævi atypique (plus de 2), la présence d'un nævus congénital de plus de 20 cm.

De nombreuses études ont démontré la relation entre la présence de nombreux nævi et le risque de développer un mélanome. Cependant il est difficile de quantifier précisément ce risque. La méta analyse de Gandini quantifie ce risque ainsi (25) :

- le risque des sujets ayant un nombre très élevé de nævi (101 à 120) est presque 7 fois plus élevé que celui de ceux en ayant peu (0 à 15), (RR : 6,89 ; IC95% :4,63-10,25) ;
- les sujets ayant plus de 5 nævi atypiques ont un risque 6 fois plus important que ceux n'en ayant pas. (RR : 6,52 ; IC95% :3,78-11,25) ;
- le syndrome des nævi atypique : Il est défini par la présence de nævus en grand nombre (N>50), souvent de grande taille (>6 mm de diamètre), avec

des caractères atypiques (asymétrie, bords irréguliers, polychromie). On retrouve souvent un terrain familial ;

- les antécédents personnels ou familiaux de mélanome (26)(27) ;
- l'immunodépression.

## **D. Histoire naturelle du mélanome**

Le mélanome est une tumeur cutanée maligne développée aux dépens des mélanocytes. Dans 70 à 80 % des cas les mélanomes surviennent de novo. Plus rarement il résulte de la transformation maligne d'un nævus, environ 20% à 30% des cas selon les études (28). Le nævus congénital est une exception. Ce nævus présente un risque non négligeable de transformation en mélanome. Ce risque est variable selon les études, il est estimé entre 2 et 10 % (29). Il semble surtout lié à la taille du nævus congénital. En effet les nævi congénitaux de grande taille (> 20 cm de diamètre) ont un risque beaucoup plus important de transformation (30)(31), justifiant donc une exérèse chirurgicale si elle est possible. Pour les nævi congénitaux de taille petite ou moyenne, compte tenu de la difficulté d'appréciation du risque de récurrence, il n'y a pas de consensus formel sur la prise en charge. Il peut être proposé une exérèse simple de la lésion ou une surveillance clinique (30)(31).

L'histogénèse dans la majorité des mélanomes se déroule en deux phases : une première phase d'extension horizontale intra-épidermique, dite « en nappe » au-dessus de la membrane basale, puis une seconde phase d'extension verticale avec envahissement du derme superficiel puis du derme profond et de l'hypoderme. Pendant cette phase, le mélanome est à haut risque métastatique, hématogène ou lymphatique.

Dans la majorité des cas (70 % des cas) le mélanome récidive au niveau locorégional avant de récidiver au niveau viscéral (32). Il peut s'agir de métastases cutanées en transit ou le plus souvent d'un envahissement ganglionnaire dans l'aire de drainage. Cet envahissement est de mauvais pronostic et le risque de récurrence ultérieure avec métastases profondes est important. Ce risque de récurrence est d'autant plus important que le nombre de ganglions envahis sur le curage est élevé. Les sites métastatiques les plus fréquents sont les poumons (33 à 44 %), le système nerveux central (17 à 22 %), le foie (7 à 14 %) et l'os (7 à 8 %), mais tous les organes peuvent être atteints.

La survie diminue considérablement avec l'évolution de la maladie comme le montre le tableau ci dessous.

| <b>M primitif</b>             | <b>R récidive</b> | <b>R décès à 5 ans</b> | <b>R décès à 10 ans</b> |
|-------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------------|
| <b>intraépidermique</b>       | <b>0%</b>         |                        |                         |
| <b>Br: 0,2 - 0,75 mm</b>      | <b>&lt; 10 %</b>  | <b>&lt; 5 %</b>        | <b>&lt; 5 %</b>         |
| <b>Br: 0,75 - 1,5 mm</b>      | <b>20 %</b>       | <b>10 %</b>            | <b>15 %</b>             |
| <b>Br: 1,5 - 4 mm</b>         | <b>40%</b>        | <b>30 %</b>            | <b>40%</b>              |
| <b>Br &gt; 4 mm</b>           | <b>70 %</b>       | <b>40 %</b>            | <b>50 %</b>             |
| <b>Atteinte ganglionnaire</b> |                   |                        |                         |
| <b>1 adénopathie</b>          | <b>70%</b>        | <b>50 %</b>            | <b>&gt; 60 %</b>        |
| <b>&gt;4 adénopathies</b>     | <b>&gt;80 %</b>   | <b>&gt;70%</b>         | <b>&gt; 80%</b>         |

Ce tableau représente une approximation du risque de récidive et de décès selon l'indice de Breslow de la tumeur et en fonction d'une atteinte ganglionnaire.

## **E. Critères pronostiques du mélanome**

Sur la base des données de suivi de 17 600 patients dans 13 centres américains de traitement du cancer, *l'American Joint Committee on Cancer* (AJCC) a établi une classification des mélanomes en stades I à IV (33). Elle prend en compte l'épaisseur (indice de Breslow) et l'ulcération de la tumeur (classification T), le nombre et la taille des adénopathies (classification N), le nombre de métastases viscérales et le taux sérique de LDH (classification M) (34)(35). Plus l'indice de Breslow (exprimé en mm) est épais au moment de l'exérèse, plus la survie est défavorable.

Ces critères ont été révisés en 2009 avec le suivi de 30 946 patients atteints de mélanome de stades I, II et III et 7972 patients atteints de mélanome de stade IV (34).

- Les stades I et II correspondent à des mélanomes sans adénopathie (N0), ni métastase (M0). Les sous-groupes A, B ou C correspondent à des différences d'épaisseur (indice de Breslow).
- Les stades III et IV correspondent à des mélanomes ayant métastasé : métastases régionales pour le stade III et métastases à distance pour le stade IV.
- Le degré d'invasion des cellules tumorales est estimé par *le niveau de Clark et Mihm* (exprimé de I à IV). Il est utilisé pour estimer le pronostic des mélanomes ayant un indice de Breslow < 1 mm. Au-delà de 1 mm, le niveau d'invasion des cellules tumorales n'est plus utilisé comme facteur pronostique. En effet, les études statistiques ont montré qu'il n'était pas un bon indicateur pour les mélanomes épais (34).

## **F. Rationnel pour promouvoir un dépistage précoce.**

Compte tenu des chiffres d'incidence et de mortalité et par ailleurs du mauvais pronostic du mélanome au stade évolué, la prévention primaire et secondaire du mélanome est à l'heure actuelle une priorité.



L'exposition aux UV a été clairement identifiée comme étant l'un des principaux facteurs de risque de mélanome. La prévention primaire consiste à s'organiser pour réduire l'exposition solaire de la population. Parallèlement, le pronostic du mélanome étant clairement lié à son épaisseur (indice de Breslow), le dépistage précoce est un élément essentiel pour contribuer à l'amélioration du pronostic du mélanome.

En effet, le rationnel pour promouvoir le dépistage précoce du mélanome est le suivant :

- les mélanomes sont dans la majorité des cas des tumeurs qui progressivement infiltrant la peau en profondeur et deviennent de plus en plus épaisses ;
- par ailleurs, la survie après traitement d'un mélanome est inversement corrélée à l'indice de Breslow lors du diagnostic ;
- un diagnostic plus précoce du mélanome permet de dépister des lésions moins épaisses et donc ainsi de faire probablement baisser la mortalité liée au mélanome.

Ce dépistage précoce repose sur la collaboration du médecin généraliste et du dermatologue, conformément au rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2006 « *Stratégie de diagnostic précoce du mélanome* ». Ce rapport conseille que « *le médecin traitant identifie les patients à risque ou identifie une lésion suspecte à l'occasion d'une consultation ; le dermatologue confirme ou non la suspicion diagnostique de mélanome* »(36)(37). Cette stratégie est en accord avec le parcours de soins coordonnés en France.

## **II. Mise en place d'un DPC pour le médecin généraliste intitulé : Améliorer le dépistage et la prise en charge du Mélanome.**

### **1 Introduction**

La prévention des facteurs de risque, le diagnostic et la prise en charge précoce du mélanome sont essentiels afin d'améliorer significativement son pronostic. L'expérience et la formation des médecins généralistes améliorent la performance de l'examen clinique.

Ainsi, afin d'améliorer la formation des professionnels de santé, un réseau appelé Réseau Mélanome Ouest a été créé en Juillet 2000 par l'équipe d'onco-dermatologie du CHU de Nantes. Son but est l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de mélanome en Bretagne et Pays de Loire. Ce réseau est un réseau ville-hôpital dans lequel travaillent des médecins généralistes et spécialistes, ainsi que des infirmiers impliqués dans la prise en charge du mélanome.

Les objectifs prioritaires du Réseau Mélanome Ouest sont d'assurer la prise en charge globale du patient porteur de mélanome, de garantir la qualité des soins et le suivi continu du malade par le partage des informations et la formation continue des différents professionnels adhérant au réseau. Il a également pour objectif le renforcement des actions d'éducation et de formation dans le domaine de la cancérologie cutanée de manière à améliorer la prévention primaire et à encourager le dépistage précoce du mélanome. Ainsi un *e-learning*, accessible sur le réseau mélanome Ouest, a été créé en 2010 par le Dr Hélène Aubert (dermatologue au CHU de Nantes) afin d'améliorer les connaissances sur le dépistage et la prise en charge du mélanome ainsi que sur la prévention primaire. Cet *e-learning* est destiné aux médecins généralistes et aux dermatologues libéraux souhaitant compléter leur formation sur le mélanome. Il s'agit d'un enseignement interactif mélangeant parties théoriques, quizz et imprégnations iconographiques.

Nous avons donc décidé de poursuivre, et notamment d'amplifier, les actions de formations des professionnels de santé réalisées par le Réseau Mélanome Ouest, en s'engageant dans la dynamique du développement professionnel continu.

Le but principal de notre travail était donc d'actualiser et de compléter l'*e-learning* existant afin de le transformer en un véritable programme de DPC pour les médecins généralistes, via une formation à distance par méthode d'*e-learning*.

L'objectif pédagogique principal de notre DPC était d'améliorer le dépistage du mélanome par les médecins généralistes.

Les objectifs secondaires étaient :

- améliorer les connaissances sur les principes de prévention primaire et secondaire du mélanome ;
- connaître les rôles de la photoprotection et savoir comment la conseiller aux patients ;
- rappeler les définitions, connaître les diagnostics différentiels du mélanome ainsi que son histoire naturelle ;
- connaître les principes de traitement du mélanome aux différents stades ;
- réaliser une imprégnation iconographique des différents types de mélanomes et de leurs diagnostics différentiels.

Les données utilisées pour construire le contenu du DPC étaient extraites de la bibliographie, des données de l'HAS, de l'INCa, et des documents de référence du site Réseau Mélanome Ouest (38). Les données de l'*e-learning* déjà existantes sur le Réseau Mélanome Ouest ont également été reprises et mises à jour. L'iconographie utilisée pour la construction du DPC était extraite des collections de l'unité de dermato-cancérologie du CHU de Nantes, du réseau mélanome Ouest et du catalogue du service de dermatologie du Dr Maillard au Centre Hospitalier du Mans.

La création de l'outil pédagogique *e-learning* et sa mise en page ont été réalisées par une société d'informatique en collaboration avec Mr Thibaud Blanchere (jpcom®).

## 2 Création des modules d'enseignement

Nous avons créé un nouveau programme de DPC pour les médecins généralistes, avec une approche pédagogique et individuelle. La formation se fait à distance utilisant l'*e-learning*. Cette formation s'articule en cinq étapes détaillées ci dessous.

- La 1<sup>ère</sup> étape correspond à la phase d'observation et de recueil des pratiques.
- Les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> étapes sont les phases d'acquisition des connaissances, correspondant à six sessions de formation d'une heure chacune sous forme d'un *e-learning*.
- La 4<sup>ème</sup> étape est l'analyse de pratique professionnelle.
- La 5<sup>ème</sup> étape correspond à l'étape d'évaluation et de suivi d'action et d'amélioration des pratiques.

### A. Étape 1 du DPC : phase d'observation et de recueil des pratiques.

Cette étape représente une heure de travail personnel par les médecins généralistes. Elle se déroule deux à quatre semaines avant le début de l'enseignement par *e-learning*. Elle consiste dans l'envoi d'un questionnaire grâce à notre outil d'*e-learning*. Les participants ouvrent un pré test et répondent à une cinquantaine de questions (annexe 1).

### B. Étapes 2 et 3 du DPC : phase d'acquisition des connaissances.

Il y a deux étapes de perfectionnement et d'acquisition des connaissances et des compétences basées sur six sessions de formation d'une heure chacune, soit six heures de travail personnel. Les sessions abordent les différents thèmes suivants :

- 2<sup>ème</sup> étape : Diagnostiquer précocement un mélanome :
  1. Généralités sur le mélanome : rappels sur le mélanome et les nævi : définitions, épidémiologie, histoire naturelle.

2. Apprendre à diagnostiquer des lésions suspectes de mélanome : principes de l'examen cutané, démarche analytique visuelle, démarche cognitive globale, principaux diagnostics différentiels.
  3. Apprendre à identifier les individus à risque plus élevé de mélanome (facteurs de risque de mélanome).
- 3<sup>ème</sup> étape : Prendre en charge un patient atteint de mélanome (traitement, surveillance et prévention primaire) :
1. Connaître les principes de prise en charge du mélanome
  2. Apprendre les principes de la surveillance d'un patient ayant eu un mélanome.
  3. Connaître les principes de prévention primaire du mélanome (risques des UV, principe et rôle de la photoprotection).

Chaque session comprend des séquences d'auto-évaluation. Pour chaque session d'enseignement nous avons créé une fiche récapitulative avec les grandes informations indispensables à connaître, que le médecin généraliste peut télécharger sous la forme d'un PDF à la fin de chaque session, une fois l'enseignement terminé.

**a) Partie 1 : Généralités sur le mélanome : Rappels sur le mélanome et les nævi : définitions, épidémiologie, histoire naturelle. (Annexe 1,2)**

Le premier module reprend les généralités sur le mélanome. Il reprend les définitions de mélanome, de nævi, l'histoire naturelle du mélanome, son incidence en France et dans le monde. Nous abordons également la mortalité avec quelques chiffres importants à connaître. Nous reprenons l'histoire naturelle du mélanome, sa croissance et son haut risque métastatique. Nous définissons les quatre formes anatomo-cliniques du mélanome, chacune accompagnée d'un enseignement iconographique. Enfin, dans cette partie nous expliquons également les deux facteurs pronostics anatomo-cliniques majeurs (indice de Breslow et niveau de Clark).

Ce premier module est suivi d'un quizz de 10 questions reprenant les principales informations à connaître après cette session d'enseignement.

Lien du module d'enseignement 1 : <http://www.matières-grises.com/uploads/modules-melanomes-2016/Module-MOF-1.exp/html/>

## **b) Partie 2 : Dépistage du mélanome : Apprendre à diagnostiquer des lésions suspectes de mélanome. (Annexe 3)**

Ce deuxième module d'enseignement débute par un quizz interactif de 10 photos principalement des mélanomes mais aussi des lésions bénignes ou autre lésions malignes cutanées. Le médecin réalisant cet enseignement doit cocher la case *bénin* s'il pense que la lésion est rassurante ou *suspect* si la lésion lui semble suspecte. Les réponses sont données après chaque quizz, ensuite une note est attribuée sur 10. Ce test est suivi de la partie théorique de l'enseignement. Dans un premier temps nous reprenons les grands principes de l'examen dermatologique, savoir examiner l'ensemble du revêtement cutané sans oublier les muqueuses et les plis. Nous expliquons les deux grandes règles de dépistage d'un mélanome, la démarche analytique visuelle c'est à dire la règle ABCDE (asymétrie, bordure inhomogène, couleurs hétérogènes, diamètre > 0,5 cm et l'évolutivité), et la démarche cognitive globale basée sur la règle du « vilain petit canard ». L'enseignement est accompagné de nombreuses photographies et schémas afin de favoriser la compréhension et de faciliter l'apprentissage. Nous enseignons ensuite l'ensemble des diagnostics différentiels du mélanome grâce à de nombreuses photographies, il s'agit principalement de carcinomes basocellulaires, kératoses séborrhéiques, nævus bleus, lentigos actiniques, angiomes, histiocytofibromes. Nous expliquons dans ce module les grands principes de la dermoscopie. Enfin, nous terminons par un quizz post enseignement avec 15 photographies de mélanome, ainsi que de l'ensemble des diagnostics différentiels, le but étant l'enseignement iconographique. Une note est attribuée, puis nous donnons le pourcentage de progression de l'enseignement pré test/post test.

Lien du module d'enseignement 2 : <http://www.matieres-grises.com/uploads/modules-melanomes-2016/Module-MOF-2.exp/html/>

## **c) Partie 3 : Repérer un sujet à risque de mélanome. (Annexe 4)**

Cette troisième partie définit le dépistage secondaire, et notamment l'intérêt du dépistage ciblé dans le mélanome.

Elle reprend un par un les facteurs de risque de mélanome, les nævi, le syndrome des nævi atypique, les différents phototypes, tous illustrés par des photographies. Nous détaillons les scores de risque, notamment le SAMScore. Ensuite nous expliquons la

deuxième manière de dépister un mélanome, c'est à dire cibler les mélanomes épais. Cette partie est suivie d'un quizz de 8 questions reprenant les grandes informations de ce module, une note est attribuée.

Lien du module d'enseignement 3 : <http://www.matières-grises.com/uploads/modules-melanomes-2016/Module-MOF-3.exp/html/>

#### **d) Partie 4 : les principes de prise en charge du mélanome. (Annexe 5)**

Dans ce module nous enseignons les grands principes de prise en charge du mélanome, c'est à dire dans un premier temps l'exérèse chirurgicale, et la reprise chirurgicale avec une marge adaptée à l'analyse anatomopathologique. La classification du mélanome, ses différents stades ainsi que le bilan d'extension sont abordés. Ensuite nous expliquons les différents traitements selon le stade du mélanome, d'abord le traitement adjuvant par interféron (modalités de prescriptions, modalités de surveillance, principaux effets secondaires à connaître), puis le traitement du mélanome de stade III. Nous détaillons également la prise en charge du mélanome au stade métastatique, les principales classes thérapeutiques disponibles (chimiothérapie, immunothérapies (39)(40), thérapies ciblées (41)) ainsi que leurs grands principes d'action, leurs principaux effets secondaires, les effets secondaires cutanés sont illustrés par des photographies. Nous abordons les progrès réalisés dans le domaine de la prise en charge du mélanome métastatique ainsi que la recherche en cours dans ce domaine. Nous terminons cette partie par un quizz de 16 questions portant principalement sur les traitements, leur surveillance, et les effets secondaires.

Lien du module d'enseignement 4 : <http://www.matières-grises.com/uploads/modules-melanomes-2016/Module-MOF-4.exp/html/>

#### **e) Partie 5 : Apprendre les principes de la surveillance d'un patient ayant eu un mélanome. (Annexe 6)**

L'objectif de ce module est d'apprendre les principes de surveillance d'un patient suivi pour un mélanome. Dans un premier temps nous exposons les principaux risques des patients, dominés par le risque de récurrence du mélanome, mais également le risque de développer un deuxième mélanome primitif, ou d'autres carcinomes. Nous insistons

sur les métastases cutanées de mélanome avec différentes photographies. Nous enseignons les recommandations de suivi de l'AJCC selon le stade du mélanome avec les examens standards et les examens optionnels recommandés. Dans ce module nous rappelons également les principes et l'importance de l'auto examen cutané.

Lien du module d'enseignement 5 : <http://www.matières-grises.com/uploads/modules-melanomes-2016/Module-MOF-5.exp/html/>

#### **f) Partie 6 : Apprendre à identifier les individus à risque plus élevé de mélanome : Prévention primaire, photoprotection. (Annexe 7)**

Ce deuxième module débute par un quizz avec un questionnaire à choix simple composé de 9 questions reprenant les grands principes du rayonnement et de photoprotection.

Ensuite nous reprenons les principes de rayonnement solaire, les différents effets physiques du rayonnement solaire (bénéfiques, néfastes, immédiats et retardés).

Nous expliquons la notion de capital solaire. Puis nous abordons longuement les différentes protections solaires, étape indispensable pour conseiller de manière optimale les patients : la photoprotection naturelle, la photoprotection physique et la photoprotection chimique représentée par les crèmes solaires avec la définition des différents indices de protection, que conseiller ? Quels en sont les modalités d'application ? Ce module se termine par une conclusion reprenant les principales notions à connaître.

Lien du module d'enseignement 6 : <http://www.matières-grises.com/uploads/modules-melanomes-2016/Module-MOF-6.exp/html/>

### **C. Étape 4 : Analyse des pratiques professionnelles**

Nous complétons l'activité cognitive par une activité d'analyse des pratiques professionnelles des médecins généralistes. Cette étape correspond à environ quatre heures de travail personnel par les médecins généralistes participant au DPC.

Il est demandé aux participants de mener cette activité d'analyse de pratique au cours d'une journée, dans le mois qui suit les deux étapes d'acquisition de connaissance.



Il s'agit d'un travail prospectif pendant une journée de travail. Il est demandé à chacun des participants au cours de cette journée de :

- identifier les sujets à risque élevé de mélanome (grâce au Self-Assessment-Melanome Risk Score ou SAMScore ci dessous) parmi tous les patients venant les consulter au cours de cette journée (20 à 30 sujets) (42)(43) ;
- discuter avec les patients de la notion de risque de mélanome (et leur rappeler éventuellement leurs facteurs de risques) ;
- proposer un examen cutané des sujets à risque ;
- établir un bilan de cette journée (Annexe 8).

|                                                                                                                                                                                                                                      |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Médecin n° :                                                                                                                                                                                                                         | Patient n° : |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Merci de répondre à ces quelques questions.                                                                                                                                                                                          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indiquer les 3 premières lettres de votre nom de famille :</b> ....                                                                                                                                                               |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>1. Quel âge avez-vous ?</b> .....                                                                                                                                                                                                 |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>2. Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme                                                                                                                                                       |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>3. Quelle est votre profession ?</b> .....                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>4. Dans quel « groupe » vous classeriez-vous ?</b>                                                                                                                                                                                |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Phototype I : peau très claire, cheveux blonds ou roux, yeux clairs (bleus ou verts), incapacité à bronzer avec coups de soleils constants après une exposition solaire.                                    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Phototype II : peau claire, cheveux clairs ou châains, yeux clairs (bleus ou verts), coups de soleil fréquents.                                                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Phototype III : peau légèrement mate, cheveux châains ou bruns, yeux bruns, parfois clairs.                                                                                                                 |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Phototype IV : peau mate, cheveux foncés, yeux foncés                                                                                                                                                       |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Phototype V : peau brun foncée, cheveux noirs, yeux noirs                                                                                                                                                   |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Phototype VI : peau noire, cheveux noirs, yeux noirs                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| T svp →                                                                                                                                                                                                                              |              | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="color: red; font-weight: bold; margin: 0;">Ne rien remplir dans cette colonne</p> <p><b>4.</b></p> <p><input type="checkbox"/> phototype I</p> <p><input type="checkbox"/> phototype II</p> <p><input type="checkbox"/> phototype III</p> <p><input type="checkbox"/> phototype IV</p> <p><input type="checkbox"/> phototype V</p> <p><input type="checkbox"/> phototype VI</p> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>5. Avez-vous des tâches de rousseur ?</b>                                                                                                                                                                                         |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                                                                                                                                                                            |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>6. Combien de grains de beauté avez-vous approximativement sur l'ensemble du corps ?</b>                                                                                                                                          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> plus de 50 <input type="checkbox"/> moins de 50                                                                                                                                                             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>7. Au cours de votre enfance ou votre adolescence, avez-vous déjà pris des coups de soleil sévères (coups de soleil rouges et très douloureux avec cloques, brûlures solaires) ?</b>                                              |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                                                                                                                                                                            |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>8. Avez-vous vécu plus d'un an dans un pays à fort ensoleillement (Afrique, Moyen Orient, Dom-Tom, Sud des USA, Australie...) ?</b>                                                                                               |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                                                                                                                                                                            |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>9. Avez-vous déjà eu au cours de votre vie un mélanome (également appelé « grain de beauté cancéreux », il s'agit d'un cancer de la peau se développant aux dépens des cellules responsables de la pigmentation de la peau) ?</b> |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                                                                                                                                                                            |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>10. Un membre de votre famille proche (parents, enfants ou frères et sœurs) a-t-il déjà eu un mélanome ?</b>                                                                                                                      |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas                                                                                                                                       |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                      |              | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="color: red; font-weight: bold; margin: 0;">Ne rien remplir dans cette colonne</p> <p><b>5.</b></p> <p><input type="checkbox"/> oui                      <input type="checkbox"/> non</p> <p><b>6.</b></p> <p><input type="checkbox"/> &gt; 50                      <input type="checkbox"/> &lt; 50</p> <p><b>7.</b></p> <p><input type="checkbox"/> oui                      <input type="checkbox"/> non</p> <p><b>8.</b></p> <p><input type="checkbox"/> oui                      <input type="checkbox"/> non</p> <p><b>9.</b></p> <p><input type="checkbox"/> oui                      <input type="checkbox"/> non</p> <p><b>10.</b></p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> nsp</p> </div> |

## **D. Étape 5 : Étape d'évaluation et de suivi et actions d'amélioration des pratiques.**

Cette dernière étape d'évaluation et de suivi et actions d'amélioration des pratiques représente une heure de travail personnel pour les médecins généralistes réalisant la formation, elle doit être réalisée dans le mois suivant la formation.

Il est demandé aux participants d'analyser trois cas cliniques, et de répondre pour chacun d'entre eux à une dizaine de questions. Ces trois cas cliniques reprennent les éléments importants à connaître de l'ensemble de la phase d'acquisition des connaissances (Annexe 9). Le premier cas clinique porte sur la prévention primaire (12 questions), le deuxième est composé de 21 questions de diagnostic iconographique (comprenant des iconographies de mélanomes et de l'ensemble des diagnostics différentiels), le troisième cas clinique porte sur la prise en charge d'un patient présentant un mélanome du stade de diagnostic au stade métastatique (10 questions). Les participants sont par ailleurs réinterrogés grâce au questionnaire fait d'une cinquantaine de questions du pré-test.

Chaque réponse à une question est suivie de la réponse idéale selon la recommandation.

## **3 Mise en place du programme de DPC et réalisation du dossier de demande d'accréditation.**

Afin de mettre en place le programme de DPC élaboré, il était nécessaire de créer un nouvel organisme de DPC (nommé ODPC) apte à dispenser des DPC, et notamment proposer notre programme de DPC sur le thème du mélanome.

Pour cela, nous avons donc créé une association indépendante nommée « Mel Ouest Formation », dont le Pr Quereux (unité d'onco-dermatologie au CHU de Nantes) en est la présidente. Le siège social de cette association est fixé au CHU de Nantes, Service de Dermatologie. Cette association a pour but d'assurer la gestion et le fonctionnement de l'organisme de formation Mel Ouest Formation.

Afin que cette association devienne un organisme de DPC, nous avons monté un dossier administratif que nous avons soumis à la demande d'enregistrement à l'OGDPC en septembre 2015.

Dans le dossier administratif, nous devions justifier nos capacités scientifiques, méthodologiques et pédagogiques, justifier le programme de DPC, justifier de l'absence de conflit d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique, expliquer le déroulement du programme et décrire les ressources humaines impliquées dans cette formation.

L'objectif prioritaire de ce nouvel organisme de formation est donc d'assurer des actions de formation et de DPC (développement professionnel continu) dans le domaine de la dermatologie et en particulier du mélanome. Ces actions de formation sont destinées aux médecins généralistes et spécialistes, aux pharmaciens et aux professionnels paramédicaux : (infirmiers, kinésithérapeutes, etc.).

Ainsi dans le dossier administratif, nous devions justifier nos capacités scientifiques, méthodologiques et pédagogiques, justifier le programme de DPC, justifier de l'absence de conflit d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique, expliquer le déroulement du programme et décrire les ressources humaines impliquées dans cette formation. Pour cela nous avons transmis l'ensemble des formations passées sur le thème du mélanome réalisées par le Réseau Mélanome Ouest depuis 2004, cela correspond à 24 formations soit 600 médecins généralistes formés. Nous devions justifier du statut de l'association Mél Ouest Formation, et de l'ensemble des membres de l'association. Nous avons transmis un programme témoin de notre DPC, c'est à dire une description détaillée de notre programme de DPC.

Enfin nous avons déposé le dossier complet de demande d'enregistrement, et d'agrément auprès l'OGDPC en septembre 2015. Nous avons obtenu l'agrément en mars 2016. Il est dans un premier temps administratif, puis le dossier scientifique et pédagogique est étudié ultérieurement par un comité scientifique, cet agrément est ensuite dit « scientifique » ou « définitif ». Nous avons obtenu cette validation scientifique en mai 2016. Dès l'agrément obtenu, les formations peuvent débuter.

### **III. Discussion**

Les préventions primaire et secondaire du mélanome sont à l'heure actuelle une priorité. Le pronostic du mélanome étant clairement lié à son épaisseur, le dépistage précoce est un élément essentiel pour contribuer à l'amélioration de son pronostic. Ainsi, une demande et un besoin d'information des médecins généralistes concernant le dépistage du mélanome ont été clairement objectivés (34). Nous avons donc créé un nouveau programme de DPC pour les médecins généralistes, basé sur la formation à distance via *e-learning*, sur le thème du mélanome avec une approche individuelle et pédagogique.

#### **1 Difficultés techniques et politiques rencontrées lors de la mise en place de notre DPC.**

Actuellement, le DPC est en pleine restructuration. Depuis sa création en 2012, l'organisme OGDPC est victime de nombreuses critiques. En effet il a traversé de nombreuses difficultés, notamment financières.

Face à cette situation, l'OGDPC a été restructuré et est devenu l'Agence Nationale du DPC en 2016 (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 « Loi de modernisation de notre système de santé » article 114 (44)), avec de nouvelles orientations nationales du DPC fixées par l'arrêté du 17 décembre 2015 (45) (« Loi de modernisation de notre système de Santé » adoptée par l'Assemblée Nationale le 17 décembre 2015). Il existe maintenant 7 orientations nationales en dermatologie :

- diagnostic et évaluation de la prise en charge des infections cutanéomuqueuses ;
- pathologies tumorales cutanées ;
- nouvelles technologies dans la pratique quotidienne dermatologique ;
- pathologies dermatologiques liées à l'âge ;
- diagnostic et évaluation de la prise en charge des dermatoses inflammatoires chroniques ;
- prescription des médicaments à visée dermatologique ;

- gestion des risques associés aux actes et aux modalités de prise en charge dermatologique médicale et instrumentale.

L'obligation de DPC est désormais triennale (et non plus annuelle). L'ensemble de cette restructuration a ainsi retardé la mise en place de notre DPC.

Notre DPC a obtenu la validation administrative en mars 2016, puis la validation scientifique en mai 2016.

## **2 Promotion de notre DPC auprès des médecins généralistes.**

Notre DPC a été enregistré en mars 2016 auprès de l'Agence Nationale du DPC. Afin d'assurer sa promotion auprès des médecins généralistes, dont la participation est déjà fortement sollicitée au sein de différents programmes de DPC ou autres formations, nous avons communiqué principalement par des newsletters via des mailing lists. L'objectif d'une bonne communication est de recruter un nombre suffisant de participants pour permettre le lancement des différentes sessions.

Par la suite, nous pensons renforcer la communication et la promotion autour du DPC dans les congrès auxquels participent les médecins généralistes, sur le site Réseau Mélanome Ouest et via les formations réalisées auprès des médecins généralistes par ce même réseau, qui depuis sa création en 2010 est engagé dans la formation des professionnels de santé de la région.

## **3 Utilisation du DPC par les médecins traitants.**

Il ne faut pas négliger le contexte actuel où la baisse de la démographie médicale, l'augmentation de la charge de travail, la lourdeur des tâches administratives et l'éloignement rendent parfois difficile l'accès aux formations continues.

Ainsi, nous avons choisi un format de DPC par *e-learning*. L'*e-learning* est un apprentissage en ligne, ouvert, qui favorise l'accessibilité, et l'autonomie des apprenants (9). Cela pourrait permettre aux médecins généralistes d'accéder plus facilement à cette formation, de fragmenter et d'organiser à leur rythme l'acquisition des connaissances et

donc d'améliorer la qualité de l'apprentissage. Nous avons estimé le temps passé pour l'appropriation des connaissances via *e-learning*, à six heures (soit une heure par module de formation). Cependant, le temps estimé pourrait être différent du temps réellement passé par les médecins généralistes. Nous n'avons pas, à l'heure actuelle, de possibilité de contrôler le temps réellement passé par module, ni l'assurance que le module ait été correctement effectué.

Nous pouvons nous interroger sur l'appropriation de l'outil *e-learning* par les médecins généralistes. Les formations n'ayant pas encore débuté, nous n'avons pas eu de retour concernant la facilité de l'utilisation de l'outil informatique, du caractère pratique de l'outil.

Nous avons intégré de nombreux quizz et séquences d'auto évaluation pendant tout le parcours d'enseignement en ligne. Afin d'inciter les médecins généralistes à les réaliser et ne pas les décourager dans leur apprentissage, nous avons opté pour des quizz ludiques, pédagogiques et adaptés au niveau de connaissances requis. A la fin de chaque quizz, une note est attribuée. Comme pour la partie théorique, ceux-ci n'ont pas encore pu être testés réellement mais les premières sessions de la formation nous permettront d'avoir un premier retour quant à la difficulté des questions et à l'adhésion des médecins.

Enfin, si l'*e-learning* présente de nombreux avantages, il ne permet ni réelle discussion, ni interaction avec les experts de la spécialité dermatologique.

Le DPC intègre plusieurs phases, notamment une activité d'analyse des pratiques professionnelles, correspondant à environ quatre heures de travail personnel par les médecins généralistes. Cette activité doit être réalisée dans le mois suivant la formation. Les médecins doivent identifier les sujets à risque élevé de mélanome, parmi tous les patients les consultant au cours de cette journée. Nous pouvons nous interroger sur la faisabilité de cette activité par les médecins généralistes. En effet, cela diffère de leur pratique habituelle, et majore le temps de consultation de façon non négligeable (discussion du risque de mélanome, examen cutané complet des sujets à risque chez des médecins parfois peu familiarisés avec l'examen dermatologique).

## 4 Mise à jour du DPC

La prise en charge du mélanome évolue très vite, avec l'obtention régulière de nouvelles AMM notamment dans le cadre des traitements du mélanome au stade métastatique. Ainsi, une mise à jour régulière de l'*e-learning* devra être effectuée. Cela impliquera donc un temps médical pour réaliser une revue de la littérature régulière et mettre à jour les modules d'enseignement, mais aussi un temps informatique non négligeable.

## IV. Conclusion

Nous avons décidé de poursuivre, et notamment d'amplifier, les actions de formations des professionnels de santé déjà réalisées par le Réseau Mélanome Ouest en s'engageant dans la dynamique du développement professionnel continu. Ainsi, nous avons créé un nouveau programme de DPC pour les médecins généralistes basé sur la formation à distance via *e-learning*, sur le thème du mélanome avec une approche individuelle et pédagogique adaptée à un rythme professionnel parfois soutenu.

L'objectif principal de ce DPC est d'aider à améliorer le dépistage du mélanome par le médecin généraliste. Les objectifs secondaires sont :

- améliorer les connaissances sur les principes de prévention primaire et secondaire du mélanome ;
- rappeler les différentes définitions et l'histoire naturelle du mélanome ;
- énoncer les principaux diagnostics différentiels du mélanome ;
- réaliser une imprégnation iconographique du mélanome ;
- connaître les principes de traitement aux différents stades.

Le DPC s'organise en cinq étapes, correspondant à douze heures de travail personnel (avec une phase d'observation et de recueil des pratiques, deux phases d'acquisition des connaissances via *e-learning*, une phase d'analyse de pratique professionnelle et une phase d'évaluation et de suivi d'action et d'amélioration des pratiques).

La formation continue des médecins reste difficile et inégale en France. Depuis sa création, la formation médicale continue a connu de nombreuses évolutions et plusieurs



réformes se sont succédées afin d'améliorer son efficacité, notamment en terme de santé publique. Le DPC a été créé pour homogénéiser et faciliter la formation continue des professionnels de santé. Ces difficultés politiques nous ont retardés dans la mise en place de la formation mais la validation administrative et surtout scientifique, obtenue en mai 2016, nous permet de lancer les premières sessions et donc de rapidement tester et valider cette formation auprès des médecins généralistes.

## V. Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé - Cadre légal et historique du DPC [Internet]. [cité 12 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1288567/fr/cadre-legal-et-historique-du-dpc](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288567/fr/cadre-legal-et-historique-du-dpc)
2. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | Legifrance [Internet]. [cité 12 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id>
3. TEXTES\_FONDATEURS\_OGDPC\_DPC\_INTE [Internet]. [cité 14 mai 2015]. Disponible sur: [https://www.mondpc.fr/public/medias/ogdpc/pdf/Rubrique\\_NOUS%20CONNAITRE/TEXTES\\_FONDATEURS\\_OGDPC\\_DPC\\_INTE](https://www.mondpc.fr/public/medias/ogdpc/pdf/Rubrique_NOUS%20CONNAITRE/TEXTES_FONDATEURS_OGDPC_DPC_INTE)
4. Haute Autorité de Santé - DPC, mode d'emploi [Internet]. [cité 12 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1288606/fr/dpc-mode-d-emploi](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288606/fr/dpc-mode-d-emploi)
5. Haute Autorité de Santé - DPC des médecins [Internet]. [cité 12 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_438418/en/dpc-des-medecins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438418/en/dpc-des-medecins)
6. Le DPC en pratique [Internet]. [cité 14 mai 2015]. Disponible sur: [https://www.mondpc.fr/mondpc/le\\_dpc\\_en\\_pratique](https://www.mondpc.fr/mondpc/le_dpc_en_pratique)
7. liste\_methodes\_modalites\_dpc\_decembre\_2012.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste\\_methodes\\_modalites\\_dpc\\_decembre\\_2012.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf)
8. Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux | Legifrance [Internet]. [cité 12

mai 2015]. Disponible sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025062401&dateTexte=&categorieLien=id>

9. [guide\\_e-learning\\_rapport\\_complet.pdf](#) [Internet]. [cité 24 juill 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/guide\\_e-learning\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/guide_e-learning_rapport_complet.pdf)
10. Nous connaître – Chiffres clés [Internet]. [cité 25 juill 2016]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/chiffres-cles>
11. Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé - Rapport\_2013-126R\_controle\_OGDPC.pdf [Internet]. [cité 29 juill 2015]. Disponible sur: [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_2013-126R\\_controle\\_OGDPC.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2013-126R_controle_OGDPC.pdf)
12. Arrêté du 7 octobre 2014 portant approbation de la modification de la convention constitutive du groupement d'intérêt public « Organisme gestionnaire du développement professionnel continu ».
13. Décret n° 2014-1138 du 7 octobre 2014 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu | Legifrance [Internet]. [cité 14 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029552409&fastPos=1&fastReqId=1193494184&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
14. Stephenson A, From L, Cohen A, Tipping J. Family physicians' knowledge of malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol.* déc 1997;37(6):953-7.
15. de Gannes GC, Ip JL, Martinka M, Crawford RI, Rivers JK. Early detection of skin cancer by family physicians: a pilot project. *J Cutan Med Surg.* avr 2004;8(2):103-9.
16. Brochez L, Verhaeghe E, Bleyen L, Naeyaert JM. Diagnostic ability of general practitioners and dermatologists in discriminating pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol.* juin 2001;44(6):979-86.

17. Morisson A. Suspicion de cancer de la peau : une comparaison des diagnostics de médecins de famille et dermatologues chez 493 patients. *Int J Dermatol.* févr 2001;40:104-7.
18. Peuvrel L, Quereux G, Jumbou O, Sassolas B, Lequeux Y, Dreno B. Impact of a campaign to train general practitioners in screening for melanoma. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP.* juin 2009;18(3):225-9.
19. Brochez L, Verhaeghe E, Bleyen L, Naeyaert JM. Diagnostic ability of general practitioners and dermatologists in discriminating pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol.* juin 2001;44(6):979-86.
20. Grange F, Hédelin G, Halna J-M, Grall J-C, Kirstetter H, Guillaume J-C, et al. [Assessment of a general practitioner training campaign for early detection of cutaneous melanoma in the Haut-Rhin department of France]. *Ann Dermatol Vénéréologie.* déc 2005;132(12 Pt 1):956-61.
21. Haute Autorité de Santé - Collège de la médecine générale et DPC [Internet]. [cité 12 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1348401/fr/college-de-la-medecine-generale-et-dpc](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1348401/fr/college-de-la-medecine-generale-et-dpc)
22. estimation\_cancer\_1980\_2005.pdf [Internet]. [cité 28 juill 2015]. Disponible sur: [http://www.invs.sante.fr/publications/2009/estimation\\_cancer\\_1980\\_2005/estimation\\_cancer\\_1980\\_2005.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2009/estimation_cancer_1980_2005/estimation_cancer_1980_2005.pdf)
23. Epidémiologie des cancers - Les chiffres du cancer en France | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 28 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>
24. 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 Oxf Engl* 1990. janv 2005;41(1):45-60.
25. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Abeni D, Boyle P, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. janv 2005;41(1):28-44.

26. Négrier S, Fervers B, Bailly C, Beckendorf V, Cupissol D, Doré J-F, et al. Standards, Options et Recommandations (SOR) pour la prise en charge des patients atteints de mélanome cutané. *Bull Cancer (Paris)*. 6 mars 2000;87(2):173-82.
27. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Zanetti R, Masini C, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: III. Family history, actinic damage and phenotypic factors. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. sept 2005;41(14):2040-59.
28. Rivers JK. Is there more than one road to melanoma? *Lancet Lond Engl*. 28 févr 2004;363(9410):728-30.
29. Krengel S, Hauschild A, Schäfer T. Melanoma risk in congenital melanocytic naevi: a systematic review. *Br J Dermatol*. juill 2006;155(1):1-8.
30. Bett BJ. Large or multiple congenital melanocytic nevi: occurrence of cutaneous melanoma in 1008 persons. *J Am Acad Dermatol*. mai 2005;52(5):793-7.
31. Tannous ZS, Mihm MC, Sober AJ, Duncan LM. Congenital melanocytic nevi: clinical and histopathologic features, risk of melanoma, and clinical management. *J Am Acad Dermatol*. févr 2005;52(2):197-203.
32. Slingluff CL, Dodge RK, Stanley WE, Seigler HF. The annual risk of melanoma progression. Implications for the concept of cure. *Cancer*. 1 oct 1992;70(7):1917-27.
33. Balch CM, Buzaid AC, Soong SJ, Atkins MB, Cascinelli N, Coit DG, et al. Final version of the American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous melanoma. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 15 août 2001;19(16):3635-48.
34. Balch CM, Gershenwald JE, Soong S-J, Thompson JF, Atkins MB, Byrd DR, et al. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 20 déc 2009;27(36):6199-206.
35. Rapport\_Stratégie de diagnostic précoce du mélanome - rapport\_strategie\_de\_diagnostic\_precoce\_du\_melanome.pdf [Internet]. [cité 27 juill 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport\\_strategie\\_de\\_diagnostic\\_precoce\\_du\\_melanome.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_strategie_de_diagnostic_precoce_du_melanome.pdf)

36. Guide du médecin Mélanome 221106:Éval..qxd - gmed.\_melanome\_231106.pdf  
[Internet]. [cité 22 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/gmed.\\_melanome\\_231106.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/gmed._melanome_231106.pdf)
37. Synthèse du rapport d'orientation facteurs de retard au diagnostic du mélanome cutané.pdf [Internet]. [cité 22 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/synthese\\_du\\_rapport\\_dorientation\\_facteurs\\_de\\_retard\\_au\\_diagnostic\\_du\\_melanome\\_cutane.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/synthese_du_rapport_dorientation_facteurs_de_retard_au_diagnostic_du_melanome_cutane.pdf)
38. Ôsez innover un comportement solaire responsable - Réseau Mélanome Ouest  
[Internet]. [cité 1 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.reseau-melanome-ouest.com/>
39. Robert C, Long GV, Brady B, Dutriaux C, Maio M, Mortier L, et al. Nivolumab in previously untreated melanoma without BRAF mutation. *N Engl J Med*. 22 janv 2015;372(4):320-30.
40. Postow MA, Chesney J, Pavlick AC, Robert C, Grossmann K, McDermott D, et al. Nivolumab and ipilimumab versus ipilimumab in untreated melanoma. *N Engl J Med*. 21 mai 2015;372(21):2006-17.
41. Larkin J, Ascierto PA, Dréno B, Atkinson V, Liszkay G, Maio M, et al. Combined vemurafenib and cobimetinib in BRAF-mutated melanoma. *N Engl J Med*. 13 nov 2014;371(20):1867-76.
42. Quéreux G, Moysé D, Lequeux Y, Jumbou O, Brocard A, Antonioli D, et al. Development of an individual score for melanoma risk. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP*. mai 2011;20(3):217-24.
43. Quéreux G, N'guyen J-M, 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 Off J Eur Cancer Prev Organ ECP*. nov 2012;21(6):588-95.
44. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.

45. 01\_ORIENTATIONS2016\_2018\_Arrete\_ [Internet]. [cité 18 mai 2016]. Disponible sur:  
[https://www.mondpc.fr/public/medias/ogdpc/pdf/ACTU/01\\_ORIENTATIONS2016\\_2018\\_Arrete\\_](https://www.mondpc.fr/public/medias/ogdpc/pdf/ACTU/01_ORIENTATIONS2016_2018_Arrete_)

## VI. Liste des annexes

### 1 Annexe 1 : PDF première partie de formation







## A. Qu'est-ce que le mélanome : définition

Il est avant tout important de bien se mettre d'accord sur les définitions :

- ★ Le mélanome est une tumeur maligne cutanée développée aux dépens des mélanocytes qui sont des cellules pigmentées de la peau.
- ★ Le naevus ou grain de beauté (lésion bénigne) est une prolifération bénigne de mélanocytes organisés en thèques.

Le mélanome apparaît généralement de novo (dans 80 % des cas).

Plus rarement il résulte de la transformation maligne d'un naevus (environ 20% des cas).



## Epidémiologie

De par sa fréquence et sa létalité, notamment en cas de prise en charge tardive, le mélanome représente en France, comme dans la plupart des pays occidentaux, un problème important de santé publique.



## B. Epidémiologie : Quelle est l'incidence du mélanome en France ?

L'incidence du mélanome croît considérablement depuis plusieurs décennies.

Elle a **doublé tous les 15 ans** depuis 1950 dans tous les pays du monde à population caucasienne.

Depuis une quinzaine d'années, on observe une stabilisation de l'incidence, voire même une baisse pour certains pays, **comme en Europe**.

L'incidence actuelle en **France** est évaluée à environ **8 à 10 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants**, soit environ **7500 nouveaux cas chaque année** dont 42% d'homme et 58 % de femmes.

Ce cancer vient au 9ème rang des cancers chez la femme et 13 ème chez l'homme. Les taux d'incidence augmentent avec l'âge à partir de la puberté.

Ces chiffres se situent dans la moyenne européenne (d'après Estimation régionale de l'incidence des cancers de 1980 à 2005 ; INVS).



**En France**, les taux d'incidence les plus élevés sont observés :

- ★ dans l'ouest (pays de Loire, Bretagne, Basse Normandie) avec 11,4 nouveaux cas par an sur 100.000 habitants en Bretagne.
- ★ en Alsace avec 8.6 nouveaux cas pour 100.000 habitants chez la femme et 10.6 pour 100.000 habitants chez l'homme.
- ★ dans La Manche avec 10.3 nouveaux cas pour 100.000 habitants chez la femme, 7.6 pour 100.000 habitants chez l'homme.

Les taux d'incidence les plus bas sont observés :

- ★ dans la Somme avec 3.8 nouveaux cas pour 100.000 habitants chez la femme, 3.9 pour 100.000 chez l'homme.
- ★ dans Le Tarn avec 5.4 nouveaux cas pour 100.000 habitants chez la femme, 5.3 pour 100.000 chez l'homme.

Halna JM. Mélanome de la peau: Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. Institut de veille sanitaire. Actus, Paris, 2002: 93-98.  
Laurence Chérié-Challine, Jean-Michel Halna, Laurent Remontet. Situation épidémiologique du mélanome cutané en France et impact en termes de prévention . Institut de veille sanitaire. 2004.



### C. Epidémiologie : Quelle est l'incidence du mélanome en Europe ?

La France présente parmi les pays européens des taux intermédiaires d'incidence du mélanome.

Les taux les plus élevés sont rencontrés dans les pays de l'Europe du Nord (Norvège 1993-1997, hommes : 14,3/100.000/ an, femmes : 16,1/100.000/ an, Danemark, Suède, Pays-Bas, Irlande).

Les taux d'incidence les plus faibles sont retrouvés en Europe du Sud (Italie, hommes : 3,4/100.000, femmes : 2,6/100.000/ an, Espagne, Grèce) [8].

Ce gradient nord-sud met en évidence l'importance du phototype dans la survenue du mélanome.

Ainsi dans les populations nordiques à peau claire, l'incidence du mélanome est plus élevée que dans les populations du sud à peau pigmentée, plus foncée.

F.Grange. Epidémiologie du mélanome cutané: données descriptives en France et en Europe. Ann Dermatol Venerol. 2005; 132: 975-82



### D. Epidémiologie : Quelle est l'incidence dans le monde ?

Dans le monde, les **taux d'incidence les plus élevés** sont observés dans les pays où des **sujets aux phototypes clairs** vivent sous des **latitudes australes** comme en Australie (25-35 cas/100 000 habitants en 2000), ou à Hawaii (20 cas annuels pour 100 000 habitants en 2000).

Des taux élevés d'incidence du mélanome sont également observés au Canada (8,5-10/100 000 habitants en 1993) et dans certaines régions des Etats-Unis.

**Trois principaux facteurs expliquent les variations d'incidence selon la zone géographique :**

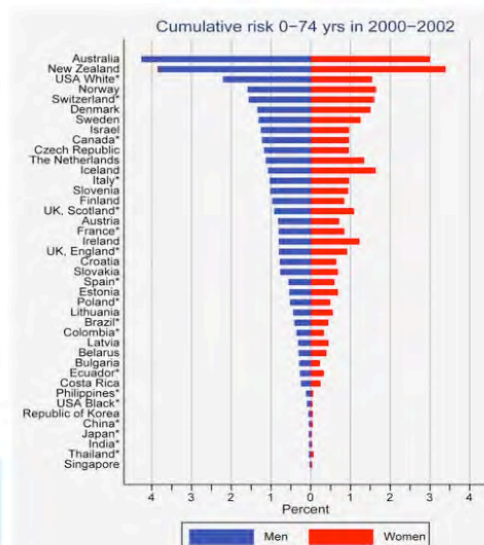
- ★ **l'ensoleillement** (latitude et altitude).
- ★ **Les caractéristiques ethniques** : l'incidence chez les sujets caucasiens est supérieure à celle des sujets à peau pigmentée.
- ★ **L'âge** : si le mélanome peut toucher tous les âges, il est plus fréquent chez les sujets de 60 à 70 ans et exceptionnel chez l'enfant.

## Risque cumulé de 0 à 74 ans de 2000 à 2002

★ Cette figure exprime la relation entre le **risque** de développer un mélanome avant l'âge de 75 ans, le **type de peau** prédominant du pays concerné et l'**emplacement géographique**.

★ Ainsi en Australie et en Nouvelle Zélande les taux d'incidence sont 2 à 3 fois plus élevés que dans les autres pays (peau claire, forte exposition aux UV)

F.Erdman, J. Lortet-Tieulent, J. Schüz, H. Zeeb, R. Greinert, Eckhard and al. International trends in the incidence of malignant melanoma 1953–2008—are recent generations at higher or lower risk? *Int. J. Cancer*. 2012



## E. Mortalité liée au mélanome

### En France :

La mortalité en France est de 1,2 à 1,5 pour 100 000 habitants par an .  
Le nombre de décès annuels en France est estimé à 1550 par an, dont 52% d'hommes.

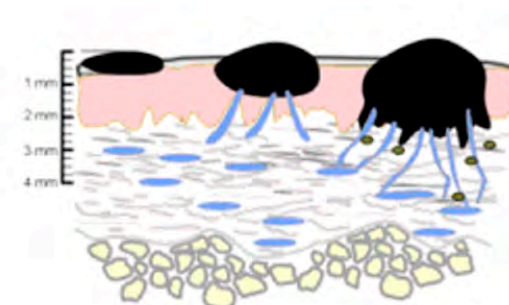
Le mélanome est l'un des cancers à mortalité la plus élevée chez l'homme adulte jeune.

En France , même si le mélanome prédomine chez les femmes, les hommes meurent d'avantage de leur mélanome, notamment avant 65 ans.

Halna JM. Mélanome de la peau: Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. Institut de veille sanitaire.Actus, Paris, 2002: 93-98.

## F. Histoire naturelle du mélanome

Le mélanome naît dans l'épiderme, puis non traité il s'infiltré progressivement dans le derme et l'hypoderme.







## Histoire naturelle du mélanome (suite)

★ **Le mélanome *in-situ*** : est un stade de transition dans l'histoire naturelle du mélanome. A ce stade, les cellules cancéreuses restent dans l'épiderme. Elles n'ont pas encore envahi le tissu avoisinant. Il est donc de bon pronostic, pas de potentiel métastatique.

★ **Le mélanome invasif** :

**LA PHASE DITE HORIZONTALE** Le mélanome a d'abord une progression horizontale, en tache d'huile, latérale au revêtement cutané. Il est d'abord intra épidermique (au dessus de la membrane basale) puis dans le derme superficiel.

Cette phase horizontale de croissance s'étale sur plusieurs mois voir plusieurs années.

**LA PHASE DITE VERTICALE** Non traité, le mélanome peut débiter sa phase dite verticale, d'invasion en profondeur vers le derme puis l'hypoderme. Cette phase est caractérisée par un nodule qui fait saillie et qui peut suinter ou saigner.

Pendant cette phase, le mélanome devient à **plus haut risque métastatique, hématogène ou lymphatique**.



## Histoire naturelle du mélanome (suite)

Le Mélanome cutané est à haut risque métastatique:

- ★ Les récides les plus fréquentes sont ganglionnaires avec envahissement des ganglions de l'aire de drainage du mélanome primitif.
- ★ L'envahissement ganglionnaire est de mauvais pronostic et le risque de récidence ultérieure avec métastases profondes est important. Ce risque de récidence est d'autant plus important que le nombre de ganglions envahis sur le curage est élevé.
- ★ Il peut également métastaser au niveau cutané sous forme de nodules en transit c'est à dire dans l'aire de drainage ou à proximité du mélanome primitif (nodule ou papules noires, bleutées) ou de métastases cutanées à distance.
- ★ Puis, le mélanome peut métastaser au niveau systémique, les organes les plus fréquemment atteints sont les poumons, le cerveau, le foie, les os.



### 1. Mélanome pronostic :

|                               | R récidence     | R décès à 5 ans | R décès à 10 ans |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| <b>M primitif</b>             |                 |                 |                  |
| Intraépidermique              | 0 %             |                 |                  |
| Br : 0.2 - 0.75 mm            | < 10%           | < 5%            | < 5%             |
| Br : 0.75 - 1.5 mm            | 20 %            | 10 %            | 15 %             |
| Br : 1.5 - 4 mm               | 40 %            | 30 %            | 40 %             |
| Br > 4 mm                     | <b>70 %</b>     | 40 %            | <b>50 %</b>      |
| <b>Atteinte ganglionnaire</b> |                 |                 |                  |
| 1 adénopathie                 | 70 %            | 50 %            | > 60%            |
| > 4 adénopathies              | <b>&gt; 80%</b> | > 70%           | <b>&gt; 80%</b>  |

Ce tableau représente une approximation du risque de récidence et de décès selon l'indice de Breslow de la tumeur et en fonction d'une atteinte ganglionnaire



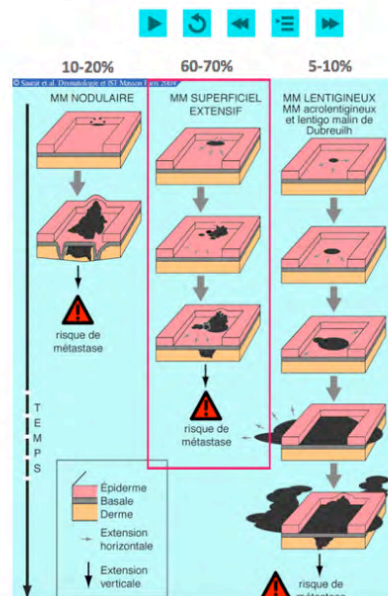
## 2. Les 4 formes anatomocliniques

Il existe 4 formes anatomo cliniques de mélanome :

- ★ Le **Mélanome superficiel extensif** est le plus fréquent et représente 60 à 70% de tous les mélanomes.
- ★ Le **Mélanome nodulaire** représente 10 à 20% des mélanomes.
- ★ Le **Mélanome acro lentigineux**, représente 2 à 10% de tous les mélanomes.
- ★ Le **Mélanome de Dubreuilh** qui représente 5 à 10% des mélanomes.

## 3. Le Mélanome superficiel extensif

- ★ Représente 60 à 70% des mélanomes.
- ★ Il a d'abord une extension horizontale sur plusieurs années.
- ★ Puis il peut devenir plus invasif avec une extension verticale.
- ★ On peut le retrouver sur l'ensemble du revêtement cutané (hormis mains et pieds).



## Mélanome superficiel extensif



Il s'agit d'une macule ou papule pigmentée hétérogène, irrégulière, hétérochrome.



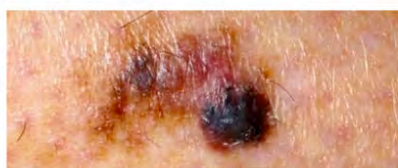
Mélanome superficiel extensif



Mélanome superficiel extensif



Mélanome superficiel extensif

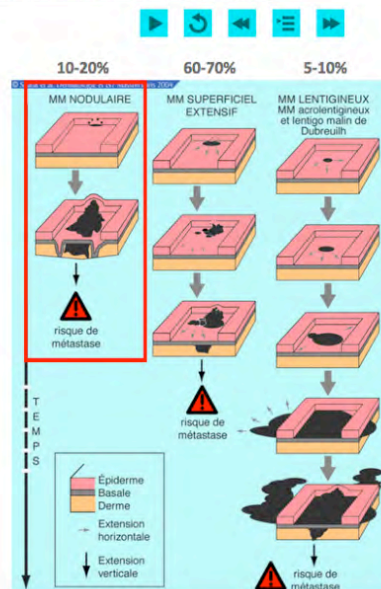


## Mélanome superficiel extensif

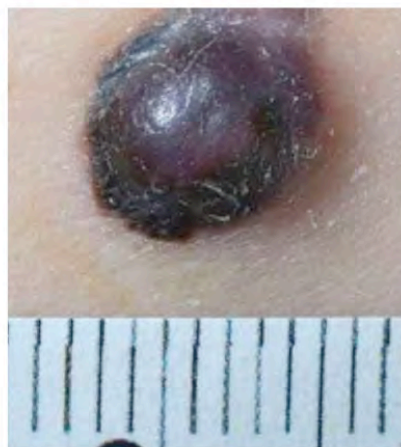


## 4. Mélanome nodulaire

- ★ Il s'agit le plus souvent d'un nodule en forme de mûre ou plaque épaisse polypoïde
- ★ Son évolution est verticale d'emblée. Donc d'emblée invasive en profondeur, sans phase d'extension latérale superficielle.
- ★ Il a une croissance rapide.
- ★ Son indice de Breslow est donc plus important.



## Mélanome nodulaire







### Mélanome nodulaire



Mélanome nodulaire du bras  
Breslow 4,2 mm



### Mélanome nodulaire

Attention, les mélanomes nodulaires peuvent être achromiques.



### 5. Mélanome acro lentigineux

- ★ Touche les sujets plus âgés.
- ★ Se développe sur la peau glabre des extrémités, mains et pieds.
- ★ C'est le mélanome le plus fréquent chez les sujets à peau foncée.





Mélanome acro lentigineux



Mélanome acro lentigineux

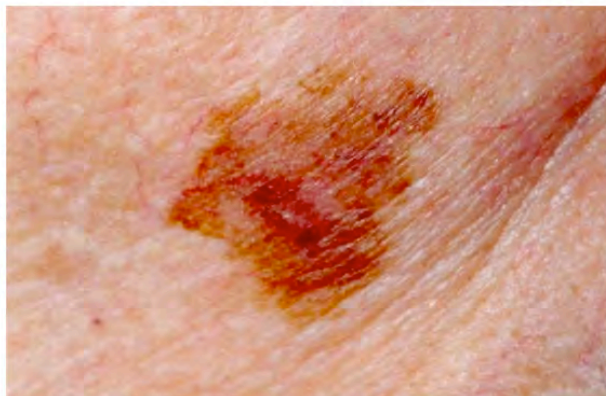


Mélanome acro lentigineux



## 6. Mélanome de Dubreuilh

- ★ Il s'agit d'une **Macule** qui évolue vers une nappe pigmentée lentement.
- ★ Le mélanome de Dubreuilh touche les **Sujets âgés** qui présentent des dommages actiniques (dû aux exposition aux UV)
- ★ Ce mélanome se retrouve principalement sur la **face**.



## Mélanome de Dubreuilh



## 7. Classification anatomo-clinique

On retrouve deux critères anatomo-cliniques majeurs, facteurs pronostics des mélanomes.

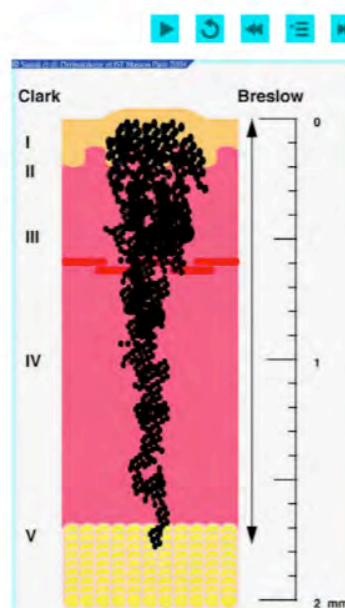
Ces derniers sont déterminés par l'anatomopathologiste, et doivent donc figurer sur tous les comptes rendus histologiques de mélanome.

### ★ L'Indice de Breslow

Il correspond à l'épaisseur maximale du mélanome. Il est exprimé en mm. Plus l'indice de Breslow est élevé plus le pronostic est péjoratif.

### ★ Le Niveau de Clark

Il correspond à la profondeur d'invasion du mélanome, évalué de I à V.





**Le rationnel pour promouvoir le dépistage précoce du mélanome est le suivant :**

- ★ Comme nous venons de le voir, les mélanomes sont dans la majorité des cas des tumeurs qui progressivement infiltrent la peau en profondeur et deviennent de plus en plus épaisses.
- ★ Par ailleurs la survie après traitement d'un mélanome est inversement corrélée à l'épaisseur de la tumeur cutanée lors du diagnostic.
- ★ Un diagnostic plus précoce du mélanome permet de dépister des lésions moins épaisses et donc ainsi de faire probablement baisser la mortalité liée au mélanome



**Fin du module**



Toute l'équipe pédagogique vous remercie d'avoir suivi ce module et vous donne rendez-vous pour le second module de formation.

Téléchargez le fiche de synthèse en cliquant sur le bouton ci-dessous



## 2 Annexe 2

### Partie 1 : Généralités sur le mélanome

Le mélanome est une tumeur cutanée maligne développée aux dépens des mélanocytes qui sont des cellules pigmentées de la peau.

Ce cancer cutané engage le pronostic vital par sa capacité à métastaser.

Le mélanome peut apparaître de novo dans 70 à 80 % des cas ou résulter de la transformation maligne d'un nævus.

#### I. Quelle est l'incidence du mélanome ?

L'incidence du mélanome croît considérablement depuis plusieurs décennies.

Elle a doublé tous les 15 ans depuis 1950 dans tous les pays du monde à population caucasienne. Depuis une quinzaine d'années, on observe une stabilisation de l'incidence, voire même une baisse pour certains pays, en Europe.

L'incidence actuelle en **France** est évaluée à environ 8 à 10 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants, soit environ **7 500 nouveaux cas chaque année**.

Un gradient Nord-Sud décroissant de l'incidence des mélanomes est observé. Cela est lié aux différents phototypes cutanés et à la prédisposition génétique.

Ainsi les taux d'incidence les plus élevés sont observés dans les pays où des sujets au teint clair vivent sous des latitudes australes comme en Australie.

#### II. Mortalité

La mortalité en France est de 1,2 à 1,5 /100 000 habitants par an.

#### III. Histoire naturelle du mélanome

L'évolution d'un mélanome se fait selon deux phases :

## 1-LA PHASE DITE HORIZONTALE

Le mélanome a d'abord une progression horizontale, latérale au revêtement cutané. Il est d'abord intra épidermique puis dans le derme superficiel. Cette phase horizontale de croissance s'étale sur plusieurs mois voire plusieurs années.

## 2-LA PHASE DITE VERTICALE

Non traité, le mélanome peut débiter sa phase dite verticale, d'invasion en profondeur vers le derme puis l'hypoderme. Cette phase est caractérisée par un nodule qui fait saillie et qui peut suinter ou saigner. Pendant cette phase, le mélanome devient à plus haut risque métastatique, hémotogène ou lymphatique.

### **Le mélanome cutané est à haut risque métastatique :**

Les récurrences les plus fréquentes sont ganglionnaires avec envahissement des ganglions dans l'aire de drainage du mélanome primitif.

L'envahissement ganglionnaire est de mauvais pronostic et le risque de récurrence ultérieure avec métastases profondes est important.

Le mélanome peut également métastaser au niveau cutané sous forme de nodules en transit, c'est à dire dans l'aire de drainage ou à proximité du mélanome primitif (nodules ou papules noirs, bleutés) ou de métastases cutanées à distance.

Puis, le mélanome peut métastaser au niveau systémique, les organes les plus fréquemment atteints sont les poumons, le cerveau, le foie, les os.

## IV. Formes anatomo-cliniques :

Il existe **4 formes anatomo-cliniques** de mélanome :

- **le Mélanome superficiel extensif**, qui est le plus fréquent, il représente 60 à 70 % de tous les mélanomes ;
- **le Mélanome nodulaire** représente 10 à 20 % des mélanomes. Son évolution est verticale d'emblée ;
- **le Mélanome acro lentigineux** représente 2 à 10 % de tous les mélanomes. Il touche les sujets plus âgés, se développe sur la peau glabre des extrémités. C'est le mélanome le plus fréquent chez les sujets à peau foncée ;
- **le Mélanome de Dubreuilh** représente 5 à 10 % des mélanomes. Il touche les sujets âgés, présentant des dommages actiniques. Ce mélanome se retrouve principalement sur la face.

#### V. Classification anatomo-clinique

On retrouve **deux critères anatomo-cliniques majeurs**, facteurs pronostics des mélanomes. Ces derniers sont déterminés par l'anatomopathologiste, et doivent donc figurer sur tous les comptes rendus histologiques de mélanome.

- **L'Indice de Breslow** : Il correspond à l'épaisseur maximale du mélanome. Il est exprimé en **mm**. Plus l'indice de Breslow est élevé plus le pronostic est péjoratif.
- **Le Niveau de Clark** : Il correspond à la profondeur d'invasion du mélanome, évalué de **I à V**.



### 3 Annexe 3

#### **Partie 2 : Dépistage du mélanome : Apprendre à diagnostiquer des lésions suspectes de mélanome**

Pour dépister des lésions suspectes de mélanome, la réalisation d'un **examen cutané** dans de bonnes conditions est indispensable :

- le patient doit être totalement déshabillé afin de pouvoir examiner l'ensemble du tégument ;
- ne pas oublier les plis, les espaces interdigitaux , et les organes génitaux ;
- l'éclairage doit être satisfaisant.

##### I. Dépister les lésions à risque

Face à une lésion pigmentée la distinction entre nævus et mélanome est parfois difficile car leurs spectres cliniques se recoupent.

Le médecin peut s'appuyer sur deux règles principales d'aide à la décision face à une lésion pigmentée :

- **La règle du « vilain petit canard »** qui alerte chez un même patient sur une lésion différente des autres.
- **La règle ABCDE** : C'est une démarche analytique visuelle, il s'agit de la méthode de référence en France.

Elle associe plusieurs critères devant faire évoquer un mélanome : A pour asymétrique, B de bords irréguliers, C de couleur hétérogène, D d'un diamètre supérieur à 0,5 cm, et surtout E pour évolutivité.

Plus le nombre de critères présents est important, plus le risque que la lésion soit un mélanome est élevé.

Attention, il ne faut pas attendre d'avoir l'ensemble de ces critères sur une lésion pigmentée pour demander un avis spécialisé.

##### II. Principaux diagnostics différentiels

Les principaux diagnostics différentiels des mélanomes sont :

- le principal diagnostic différentiel est le nævus ;
- la verrue séborrhéique ;
- l'histiocytofibrome ;
- le carcinome basocellulaire tatoué ;
- le lentigo actinique ;
- l'angiome thrombosé.

### III. La dermatoscopie

Il s'agit d'un outil diagnostique pour le dermatologue. Il permet notamment de repérer les mélanomes débutants. Il permet une visualisation non invasive de structures cutanées épidermiques, dermo-épidermiques et dermiques, accessibles et non accessibles à l'œil nu.

Si vous avez identifié une lésion suspecte chez un patient à risque ou non, vous devez adresser sans délai votre patient à un dermatologue :

- si le dermatologue confirme la suspicion de mélanome, il pratiquera une exérèse de la lésion ;
- l'examen anatomopathologique confirmera ou non le diagnostic de mélanome ;
- en fonction des résultats de cet examen, le dermatologue décidera de la prise en charge thérapeutique (traitement, surveillance) et l'expliquera à votre patient.



## 4 Annexe 4

### **Partie 3 : Repérer un sujet à risque de mélanome**

#### **I. Définir une population cible**

Le dépistage de masse dans le mélanome n'est pas recommandé. Il convient donc d'effectuer un dépistage ciblé, en définissant une population cible.

Cela est possible grâce aux facteurs de risque connus dans le mélanome.

Les **principaux facteurs de risque** du mélanome sont les suivants :

- les **phototypes I et II** (peau claire et yeux clairs) et les tâches de rousseur (éphélides) ;
- le **nombre de nævi supérieur à 50** ;
- les **antécédents** personnels ou familiaux de **mélanome** ;
- les antécédents de **coups de soleil sévères dans l'enfance** ;
- **l'immunodépression**.

Il est donc recommandé de dépister grâce à un **examen cutané soigneux** (patient nu, examiner les plis, le cuir chevelu, les extrémités, les organes génitaux) les patients présentant un ou plusieurs facteurs de risque de mélanome.

Bien que ces facteurs de risque soient clairement identifiés, il reste difficile d'évaluer ce risque à l'échelle individuel. Afin d'aider à déterminer les patients à haut risque de mélanome, certains outils ont été élaborés, comme le **SAMScore**. C'est un score qui permet de définir les patients à haut risque de mélanome. Il prend en compte les principaux facteurs de risque connus de mélanome grâce à un auto-questionnaire.

#### **II. Deuxième manière de cibler : cibler les mélanomes dangereux.**

Les mélanomes dangereux sont les mélanomes épais, c'est à dire ayant un Breslow supérieur à 2 ou 3 mm. Ces mélanomes sont plus présents chez les hommes célibataires, vivants seuls, ayant un faible niveau d'études. Pensez à bien examiner cette population.

## 5 Annexe 5

### **Partie 4 : Les principes de prise en charge du mélanome**

Vous avez identifié une lésion suspecte chez un patient à risque ou non, vous devez adresser sans délai votre patient à un dermatologue :

Si le dermatologue confirme la suspicion de mélanome, il pratiquera une exérèse complète de la lésion (et non une biopsie).

**L'exérèse chirurgicale**, pratiquée en deux temps est le seul traitement curatif pour les mélanomes primitifs. L'exérèse complète du mélanome permet d'effectuer un examen anatomopathologique et d'obtenir l'indice de Breslow (fiable car mesuré sur l'ensemble de la tumeur).

Une reprise d'exérèse sera réalisée pour tout mélanome confirmé histologiquement, le plus précocement possible après la première exérèse. La reprise d'exérèse respecte des marges de sécurité. Elle est définie selon la valeur de l'indice de Breslow.

#### I. Classification

La classification utilisée est celle de l'AJCC 7<sup>ème</sup> édition 2009.

#### II. Bilan d'extension

Il consiste toujours en un examen clinique complet à la recherche de métastases cutanées en transit, d'adénopathies.

Le bilan d'extension paraclinique n'est pas recommandé si le mélanome est de faible épaisseur, indice de Breslow < 1,5 mm.

En option une échographie des aires de drainage, et un scanner thoraco-abdomino-pelvien et cérébral (pour les stades IIC et III) peuvent être réalisés.

#### III. Traitement adjuvant

Le curage prophylactique n'est pas recommandé.

La radiothérapie ou la chimiothérapie adjuvante ne sont pas recommandées.

Si le mélanome a un indice de Breslow < 1,5 mm aucun traitement adjuvant n'est indiqué.

Un traitement adjuvant par interféron peut-être proposé dans les cas de mélanomes ayant un indice de Breslow > 1,5 mm (en l'absence de contre indication).

Il s'agit de l'Interféron alpha prescrit à la dose de 3 millions d'unités 3 fois par semaine. La durée du traitement est de 18 mois, selon l'AMM obtenue sur les données d'une étude française multicentrique.

#### IV. Traitement du mélanome de stade III

Pour les mélanomes de stade III ganglionnaires le traitement recommandé est le curage ganglionnaire, un traitement par interféron à plus forte dose en adjuvant peut être proposé en l'absence de contre indication.

Pour les mélanomes de stade III métastatiques cutanés le traitement recommandé est l'exérèse chirurgicale ou un traitement systémique par immunothérapie, thérapie ciblée, ou chimiothérapie.

#### V. Traitement du mélanome métastatique

Le traitement repose sur l'utilisation de nouveaux traitements prometteurs comme les thérapies ciblées (anti BRAF, ou combinaison anti BRAF et anti MEK ayant eu l'AMM récemment), l'immunothérapie (anti CTLA 4, anti PD1), ou la chimiothérapie par dacarbazine.

## 6 Annexe 6

### **Partie 5 : Apprendre les principes de la surveillance d'un patient ayant eu un mélanome**

#### **I. Examen clinique du patient suivi pour un mélanome**

Les patients ayant eu un mélanome cutané primitif sont à risque de développer une récurrence sous forme de nodules en transit, de récurrences ganglionnaires ou métastases à distance.

Ils sont également à risque de faire un deuxième mélanome, ou une autre tumeur cutanée maligne et en particulier un carcinome basocellulaire.

L'examen clinique réalisé par le médecin dans le cadre de la surveillance d'un patient atteint de mélanome doit être rigoureux et s'attacher à rechercher :

- Des *adénopathies* (en particulier de l'aire de drainage)
- Des *nodules ou métastases* en transit
- des signes de métastases à distance (altération de l'état général, douleurs, anorexie, amaigrissement, etc)

La prise en charge de ces rechutes doit toujours être discutée en réunion de concertation multidisciplinaire afin d'adapter et d'optimiser la prise en charge du patient.

Le patient doit être inclus dans ce processus (éducation à l'autodépistage).

#### **II. Suivi : recommandations**

Le suivi recommandé est le suivant :

##### **Stade I AJCC**

##### **Standards :**

- examen clinique complet **tous les 6 mois** pendant 5 ans puis une fois par an toute la vie ;
- éducation du patient à l'**autodépistage**.

**Aucun examen complémentaire** systématique n'est recommandé.

### **Stades IIA et IIIB**

#### **Standards :**

- examen clinique complet tous les 3 mois pendant 5 ans puis une fois par an au-delà ;
- éducation du patient à **l'autodépistage**.

#### **Options :**

- échographie locorégionale de la zone de drainage tous les 3 à 6 mois pendant les 5 premières années ;
- aucun examen d'imagerie complémentaire n'est recommandé en dehors de signes d'appels ou pour les patients qui reçoivent un traitement adjuvant.

### **Stades IIC et III**

#### **Standards :**

- examen clinique complet tous les 3 mois pendant 5 ans puis une fois par an au-delà ;
- éducation du patient à **l'autodépistage**.

#### **Options :**

- échographie locorégionale de la zone de drainage tous les 3 à 6 mois pendant les 5 premières années ;
- des examens d'imagerie complémentaires (TEP-FDG, scanner thoraco-abdomino-pelvien et cérébral) peuvent être pratiqués pendant les 5 premières années à la recherche de métastases à distance.

**Références** : Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations 2005 pour la prise en charge des patients adultes atteints d'un mélanome cutané M0. Ann Dermatol Venereol 2005 ; 132 :10S13

## 7 Annexe 7

### **Partie 6 : Apprendre à identifier les individus à risque plus élevé de mélanome : Prévention primaire, photoprotection**

L'objectif de la prévention primaire est de diminuer les facteurs de risque de mélanome. Le facteur de risque principal sur lequel il est possible d'intervenir est l'exposition solaire.

#### I. Le rayonnement solaire

Les rayons du soleil sont composés par :

- 56 % de rayons infrarouges IR (800-5000 nm) : Les IR sont responsables de la sensation de chaleur sur la peau ;
- 39 % de rayons visibles (400-800 nm) : ils sont visibles à l'œil humain et responsables de la lumière et de la couleur ;
- 5 % de rayons ultraviolets (290-400 nm) : ils sont invisibles à l'œil humain, ils pénètrent plus ou moins profondément dans la peau. Trois types de rayons UV sont distingués UVA, UVB, UVC (ces derniers ne traversent pas la couche d'ozone).

La composition qualitative et quantitative du rayonnement solaire que reçoit notre peau varie en fonction de nombreux facteurs :

- **l'heure du jour** : La diffusion du rayonnement solaire est maximale à Midi ;
- **la saison** : sous nos climats, l'énergie s'accroît en avril et mai, est maximale le jour de l'été, et décroît ensuite ;
- **l'altitude** : La quantité d'UV augmente de 4 % tous les 300 m ;
- **la latitude** ;
- **la couverture nuageuse** : L'atténuation des UV varie selon l'épaisseur de la couche nuageuse ;
- **la réflexion par la surface des sols.**

## II. Les effets physiques du rayonnement solaire

- **Effets bénéfiques** : il permet la synthèse de vitamine D, il a un effet bénéfique sur le moral, effet thérapeutique avec UV thérapie.
- **Effets néfastes** : ils peuvent être immédiats ou retardés.
- Effets immédiats :
  - **une insolation** : dangereuse notamment chez les enfants en bas âge ou les personnes âgées ;
  - **des brûlures « coups de soleil » dus aux UVB ;**
  - **une photosensibilisation** : photo-allergie (notamment après application de produits locaux sur la peau comme les anti-inflammatoires locaux), une photo-toxicité des UV (après application de parfum, d'huiles essentielles, ou de plantes.
- Effets retardés :
  - **le photovieillissement** (vieillissement solaire photo-induit) résulte d'une exposition solaire chronique. Il est lié aux UVA ;
  - **la photo-immunosuppression ;**
  - **la photocarcinogénèse cutanée** : Liée aux UVB pour 65 % et UVA pour 35 %.

## III. Le capital solaire.

Le capital solaire correspond à la quantité de soleil que la peau peut recevoir sans provoquer de dégâts solaires. Ce capital est très variable d'un sujet à l'autre et dépend avant tout du phototype, il est donc génétiquement déterminé. Les sujets avec un phototype faible (I ou II) ont un capital solaire faible alors qu'à l'inverse ceux qui ont un phototype élevé ont un capital solaire important.

## IV. Les protections

La photoprotection repose sur une protection physique, vestimentaire et une protection par écran solaire.

Il faut donc prôner une attitude raisonnable vis à vis du soleil, c'est à dire :

- éviter les expositions prolongées ;
- éviter les rayons solaires entre **12 H et 16H même avec une crème solaire ;**
- **ne pas exposer les jeunes enfants au soleil**, utiliser des vêtements, chapeau, lunettes solaires ;

- s'exposer d'autant plus progressivement que son phototype est clair ;
- se méfier des circonstances à risque et des fausses sécurités : vent, ciel couvert, altitude, sol réfléchissant (eau, neige, sable) ;
- utiliser systématiquement la protection par le vêtement ;
- pour les zones non protégées par les vêtements : utiliser une crème solaire protégeant des UVA et des UVB, à renouveler toutes les 2 heures. Ces produits sont destinés à protéger la peau mais ne permettent en aucun cas d'augmenter les temps d'exposition.

*Afssaps : produits cosmétiques de protection solaire, Article réseau mélanome ouest du Dr P.MOUREAUX : comportements solaires, le soleil et la peau de l'enfant, annales de dermatologie et de vénérologie, mai 2007*



## **8 Annexe 8 : analyse des pratiques professionnelles**

Identification du participant :

Date :

Nombre de patients vous ayant consulté ce jour :

Nombre patients ayant accepté de remplir le questionnaire de risque :

Parmi ces patients, combien ont un SAMScore positif :

Quels sont les 2 facteurs de risque les plus fréquents parmi ces patients ? (Réponse : menu déroulant avec 7 facteurs)

Parmi ces patients ayant un SAMScore positif, pour combien d'entre eux avez-vous pu réaliser un examen cutané au cours de cette consultation ?

Parmi ces patients que vous avez examinés, dans combien de cas avez-vous identifié une lésion dermatologique suspecte ?

Pour chacun des cas, précisez la nature de la lésion que vous suspectez : menu déroulant : mélanome/ nævus inquiétant/ carcinome/ autre

Combien de ces patients avez-vous confié à un dermatologue pour un avis complémentaire ?

Discussion avec les patients concernant leur score de risque :

Aujourd'hui, avez-vous trouvé le temps de discuter avec les patients de leurs facteurs de risque de mélanome ? (Réponse : échelle 0 à 10)

Globalement vos patients vous ont-ils paru intéressés par cette question ? (Réponse : échelle 0 à 10)

Globalement vos patients ont-ils été surpris de leur résultat sur le score de risque et de leurs facteurs de risque ? (Réponse : échelle 0 à 10)

Le temps que vous avez consacré à l'information du patient sur les facteurs de risque de mélanome vous paraît compatible avec une consultation de médecine générale ? (Réponse : échelle 0 à 10)

En dehors de cette journée, vous arrive-t-il de discuter avec vos patients de leurs facteurs de risque de mélanome ? (Réponse menu déroulant 5 items : très souvent, souvent, parfois, rarement, jamais).

## 9 Annexe 9 : cas cliniques

### Cas clinique 1 : Prise en charge du mélanome

#### Question 1

Mr M 62 ans se présente en consultation à votre cabinet pour cette lésion de la jambe gauche mesurant 8 x 9mm.



Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ?

- A- Un mélanome
- B- Un nævus atypique
- C- Une kératose séborrhéique (= verrue séborrhéique)
- D- Un carcinome basocellulaire tatoué

#### Réponse A

#### Question 2

Vous l'adrez chez le dermatologue rapidement afin qu'il réalise :

- A. Une biopsie ?
- B. Une exérèse chirurgicale de toute la lésion avec des marges de 1 à 2 cm ?
- C. Une exérèse chirurgicale de toute la lésion avec des marges de 1 à 2 mm ?

#### Réponse C

Il convient de réaliser l'exérèse chirurgicale d'emblée, avec des marges de 1 à 2 mm.

Il ne faut jamais biopsier une lésion suspecte de mélanome.

### Question 3

L'analyse histologique confirme le diagnostic, il s'agit d'un mélanome avec un indice de Breslow à 2,1 mm. Il est recommandé :

- A. De faire un curage de l'aire de drainage systématique à visée préventive
- B. De faire une reprise chirurgicale de manière à obtenir une marge de 5 mm
- C. De faire une reprise chirurgicale de manière à obtenir une marge de 5 cm
- D. De faire une reprise chirurgicale de manière à obtenir une marge de 2 cm
- E. De proposer au patient, en l'absence de contre-indication, un traitement par interféron en adjuvant pendant 18 mois

**Réponses D et E**

### Question 4

Le reste de l'examen clinique de votre patient est normal, vous lui prescrivez :

- A. Aucun examen d'imagerie n'est nécessaire
- B. Une échographie inguinale gauche
- C. Une échographie inguinale bilatérale
- D. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien mais pas de scanner cérébral systématique en l'absence de symptomatologie neurologique
- E. Une scintigraphie osseuse afin de s'assurer de l'absence de lésion osseuse secondaire

**Réponse B,**

Dans les recommandations, seule l'échographie des aires de drainage est recommandée.

Il peut également être proposé un scanner thoraco-abdomino-pelvien ou une scintigraphie osseuse en cas de symptômes.

### Question 5

Le bilan d'extension que vous avez prescrit est strictement normal. Le dermatologue va donc proposer au patient :

- A- Un traitement adjuvant par interféron en l'absence de contre indication

- B- Un curage ganglionnaire inguinal gauche à visée préventive
- C- Une radiothérapie de la zone d'exérèse du mélanome
- D- Une radiothérapie de l'aire de drainage inguinale gauche
- E- Un suivi clinique régulier (tous les 3 mois pendant 5 ans, puis une fois par an au-delà)

### Réponses A et E

Le curage à visée prophylactique ou la radiothérapie en adjuvant ne sont absolument pas recommandés dans la prise en charge du mélanome.

### Question 6

Votre patient est mis sous interféron en adjuvant pour 18 mois au total.

A 1 mois du début du traitement il vous consulte pour une asthénie, un syndrome pseudo-grippal. Le reste de l'examen clinique est normal par ailleurs.

Qu'évoquez-vous ? Que faites-vous ?

- A- Il s'agit probablement d'une récurrence métastatique de son mélanome
- B- Vous lui prescrivez un scanner thoraco-abdomino-pelvien et cérébral en urgence
- C- Il s'agit probablement d'un effet secondaire de l'interféron
- D- Vous surveillez le patient et poursuivez l'interféron
- E- Il s'agit probablement d'un hypophysite, effet secondaire connu de l'interféron
- F- Vous prescrivez une IRM cérébrale

### Réponses C et D

Le syndrome pseudo-grippal et l'asthénie sont les effets secondaires les plus fréquemment rencontrés sous interféron. Le syndrome pseudo-grippal survient surtout après les premières injections, l'asthénie peut persister. Ils ne contre indiquent habituellement pas la poursuite du traitement. L'interféron ne donne jamais d'hypophysite contrairement à l'Ipilimumab (anti CTLA 4) ou les anti PD1.

### Question 7

Le patient a poursuivi son interféron, il vous consulte avec les résultats de son dernier bilan biologique, dans le cadre de la surveillance du traitement par interféron vous devez regarder impérativement 2 items. Lesquels ?

- A- Le bilan hépatique
- B- Les LDH

- C- Le bilan lipidique
- D- La numération formule sanguine
- E- La ferritine
- F- La CRP

### Réponses A, D

Sur le plan biologique, les cytopénies et les perturbations du bilan hépatique sont le plus fréquemment rencontrées. En cas d'anomalie on peut être amené à suspendre le traitement.

### Question 8

Deux ans plus tard, votre patient a malheureusement récidivé et il est suivi dans le centre de dermatologie pour des métastases hépatiques et pulmonaires de son mélanome.

Un traitement par vémurafénib vient d'être débuté.

Que savez-vous sur ce traitement ?

- A- Il s'agit d'une chimiothérapie
- B- C'est un traitement ancien du mélanome
- C- Il s'agit d'une thérapie ciblée, visant la mutation anti BRAF
- D- Il s'agit d'une thérapie ciblée, visant la mutation anti MEK
- E- Il s'agit d'une immunothérapie
- F- Le traitement se fait par injections sous cutanées quotidiennes
- G- Le traitement se prend per os, il s'agit de comprimés
- H- Le traitement se réalise par perfusions toutes les 4 semaines dans le centre de dermatologie

### Réponses C, G

Le vémurafénib est un des nouveaux traitements du mélanome. Il s'agit d'une thérapie ciblée visant à bloquer la mutation activatrice BRAF.

C'est un médicament qui se prend quotidiennement per os en deux prises.

### Question 9

Votre patient a pris un coup de soleil sur le visage après une exposition solaire alors qu'il est traité par vémurafénib.

Il vous demande s'il y a des précautions particulières à prendre vis à vis du soleil.

Que lui répondez-vous ?

- A- Non aucune
- B- Il doit mettre de la crème solaire tous les jours car le vémurafénib est très photosensibilisant
- C- Il doit mettre de la crème solaire s'il s'expose même de façon minime, mais il peut s'en passer s'il reste chez lui
- D- Il doit mettre de la crème solaire seulement en cas d'exposition solaire prolongée
- E- Il doit utiliser une crème solaire ayant un haut niveau de protection contre les UVA

### Réponses B, E

Le patient doit mettre de la crème tous les jours même à domicile. Le vémurafénib induit une photosensibilité due aux UVA, qui passent à travers la vitre.

### Question 10

Votre patient a progressé, un traitement par Anti PD1 a été introduit il y a 8 semaines. Il vous consulte pour des diarrhées aiguës depuis 5 jours, à raison de 4 selles par jour. Qu'en pensez-vous ? Que faites-vous ?

- A- Il s'agit d'un probablement d'un effet secondaire, vous surveillez
- B- Il s'agit d'un effet secondaire potentiellement grave, vous lui prescrivez un traitement symptomatique
- C- Vous prévenez le centre qui le suit
- D- Vous évoquez des métastases coliques et prescrivez un scanner abdominal
- E- Vous prescrivez en urgence une recto-sigmoïdoscopie
- F- Vous lui prescrivez des corticoïdes

### Réponses : B, C

L'anti PD1 est un nouveau traitement du mélanome. Il s'agit d'une immunothérapie. Les effets secondaires gastro intestinaux sont classiques et potentiellement graves, il convient donc de les prendre en compte. Ici il s'agit de diarrhées de grade 1, il faut donc prescrire un traitement symptomatique dans un premier temps et de prévenir le centre qui le suit.

## **Cas clinique 2 : Prévention primaire**

Mme L., 35 ans vient vous voir en consultation pour le renouvellement de sa contraception. Elle a entendu parler de la journée annuelle de dépistage des cancers cutanés et cela l'inquiète. Elle se demande si elle a des facteurs de risque de mélanome.

### **Question 1**

Quel(s) élément(s) parmi ces données de l'interrogatoire considérez-vous comme un/des facteur(s) de risque de mélanome ?

- A. Mme L. utilise une contraception oestroprogestative depuis 15 ans
- B. La mère de Mme L. a eu un cancer du sein à l'âge de 45 ans
- C. Le père de Mme L. a eu un cancer de la prostate à l'âge de 63 ans
- D. Mme L. est agricultrice et travaille donc la majorité de l'année à l'extérieur
- E. Mme L. attrapait souvent des coups de soleil dans l'enfance
- F. Mme L. fume 4-5 cigarettes par jour (depuis l'âge de 20 ans)

**Réponse : E**

### **Question 2**

Quel(s) élément(s) parmi ces données de l'examen clinique considérez-vous comme un/des facteur(s) de risque de mélanome ?

- A. Mme L. a un surpoids (indice de masse corporelle : 28)
- B. Mme L. a des taches de rousseur
- C. Mme L. a des cicatrices d'acné sur le visage
- D. Mme L. a un phototype I
- E. Mme L. a environ 70-80 nævi sur le corps
- F. La plupart des nævi de Mme L. sont sur les membres inférieurs

**Réponses : B, D, E**

### **Question 3**

Selon le SAMScore, considérez-vous Mme L. comme à risque élevé de mélanome ?



- A. Oui
- B. Non

**Réponse : A oui** car elle a moins de 60 ans et de nombreux nævi. De plus elle a un phototype I et a eu de nombreux coups de soleil dans l'enfance.

#### Question 4

Mme L. vous demande comment elle pourrait réduire son risque de cancer cutané (mélanome et carcinome) que lui conseillez-vous ?

- A. Consulter une diététicienne pour perdre du poids
- B. Arrêter sa consommation tabagique
- C. Essayer de réduire son exposition solaire par une protection vestimentaire
- D. Une supplémentation en vitamine D tous les hivers

**Réponse : C**

#### Question 5

Les cancers de la peau sont surtout liés :

- A. Aux UVA
- B. Aux UVB
- C. Aux deux

**Réponse : C**

#### Question 6

Mme L est également préoccupée par le risque de vieillissement de sa peau à cause du soleil. Quels rayons sont les principaux responsables du photovieillissement ?

- A. Les UVA
- B. Les UVB
- C. Les deux

**Réponse : A**

### Question 7

Mme L. aimerait bien utiliser une crème solaire protectrice, mais elle ne comprend pas grand-chose concernant la signalétique sur les tubes. Que signifie SPF sur un tube de protection solaire ? A quoi cela correspond ?

- A. Sun protection factor
- B. Sun pigmentogen factor
- C. Solar power force
- D. Cela correspond au niveau de protection contre les UVB
- E. Cela correspond au niveau de protection contre les UVC
- F. Cela correspond au niveau de protection global (contre les UVB et les UVA)

**Réponses : A et D**

### Question 8

Parmi ces affirmations suivantes concernant les photoprotecteurs, laquelle/lesquelles est/sont vraie(s) ?

- A. Plus une crème à un indice SPF élevé, plus elle protège des coups de soleil
- B. Plus une crème à un indice SPF élevé, plus elle est épaisse quand on l'applique
- C. Plus une crème à un indice SPF élevé, plus elle protège du photovieillissement
- D. Un écran minéral protège mieux qu'un écran chimique
- E. Plus une crème à un indice SPF élevé, plus elle protège des infra-rouges

**Réponse : A**

### Question 9

Quel niveau de protection SPF conseilleriez-vous à Mme L. quand elle travaille dans les champs en mai ?

- A. Faible protection : SPF 6-10
- B. Protection moyenne : SPF 15-25
- C. Haute protection : SPF 30-50
- D. Très haute protection : 50+

E. Ecran total

**Réponses : C et D**

### **Question 10**

Quel niveau de protection SPF conseilleriez-vous à Mme L. quand va à la plage en aout ?

- A. Faible protection : SPF 6-10
- B. Protection moyenne : SPF 15-25
- C. Haute protection : SPF 30-50
- D. Très haute protection : 50+
- E. Ecran total

**Réponses : C et D.**

Le niveau de protection solaire doit être le même quel que soit le type d'exposition solaire. Ainsi, la patiente doit se protéger de la même façon pour toute exposition solaire, que ce soit à la plage ou pour son travail en extérieur.

### **Question 11**

Mme L. s'interroge sur la protection solaire qu'elle doit proposer à ses enfants de 18 mois et 4 ans, que lui conseillez-vous ?

- A. Elle doit essayer de limiter les expositions solaires entre 14h et 18h
- B. Elle doit essayer de limiter les expositions solaires entre 12h et 16h
- C. Quand elle utilise une crème de protection solaire, elle doit la renouveler toutes les 4 heures
- D. Quand elle utilise une crème de protection solaire, elle doit la renouveler toutes les 2 heures
- E. Vous lui déconseillez l'usage de la crème solaire chez le plus petit (car il a moins de 2 ans)

**Réponses : B et D**

### **Question 12**

Mme L. s'interroge sur la nécessité d'une protection vestimentaire pour ses enfants, que lui conseillez-vous ?

- A. Vous ne lui conseillez pas de protection vestimentaire car la crème solaire 50+ appliquée toutes les 2 heures est suffisante
- B. Vous lui conseillez un vêtement en matière lycra de couleur foncée
- C. Vous l'informez sur le fait qu'un vêtement mouillé est plus protecteur qu'un vêtement sec
- D. Vous l'informez sur le fait qu'un vêtement mouillé est moins protecteur qu'un vêtement sec
- E. Vous lui conseillez le port de casquette ou chapeau et lunettes de soleil

**Réponses : B, D et E**

Les vêtements sont des protecteurs sûrs, simples et pratiques : Ils assurent une protection efficace contre les UVB, les UVA et les radiations visibles. Plus le tissage est serré moins les UV sont transmis. Les couleurs sombres transmettent moins les UV que les tissus clairs, les tissus humides laissent davantage passer les UV que les tissus secs.

Ainsi le lycra noir est le vêtement le plus photoprotecteur.

### Cas clinique 3 : Diagnostic iconographique

#### Question 1

Un homme de 67 ans vous consulte pour cette lésion du visage évoluant depuis plusieurs années. Quel diagnostic suspectez-vous en priorité ?



- A. Un nævus.
- B. Un mélanome de Dubreuilh
- C. Un mélanome nodulaire
- D. Un carcinome basocellulaire tatoué
- E. Un lentigo

**Réponse B :** un mélanome de Dubreuilh. Il s'agit d'une macule qui évolue vers une nappe pigmentée lentement. Le mélanome de Dubreuilh touche les sujets âgés qui présentent des dommages actiniques (dus aux expositions aux UV). Ce mélanome se retrouve principalement sur la face.

#### Question 2

Une patiente de 65 ans vous consulte pour cette lésion du visage. Quel diagnostic suspectez-vous en priorité ?



- A. Un nævus.
- B. Un mélanome de Dubreuilh

- C. Un carcinome épidermoïde
- D. Une kératose séborrhéique
- E. Un histiocytofibrome

**Réponse D :** une kératose séborrhéique. La kératose (ou verrue séborrhéique) est une lésion parfaitement bénigne. Elle se présente sous la forme d'une excroissance recouverte d'un enduit squamo-kératosique gras de teinte jaune-brunâtre se détachant facilement. Elle peut parfois être de couleur plus foncée. Une abstention thérapeutique est préconisée.

### Question 3

Un patient de 51 ans vous consulte pour cette lésion de la jambe droite évoluant depuis plusieurs mois, il est inquiet. La lésion est ferme à la palpation. Quel diagnostic suspectez-vous en priorité ?



- A. Un histiocytofibrome
- B. Un nævus
- C. Un mélanome
- D. Une verrue séborrhéique

**Réponse A :** un histiocytofibrome. L'histiocytofibrome se présente sous la forme d'une papule ou d'un nodule aplati très dur, donnant l'impression d'une pastille incluse dans la peau lors de la palpation. Il peut être vascularisé et/ou pigmenté. Il s'agit d'une tumeur bénigne. Il se rencontre le plus souvent chez les femmes, est souvent situé sur les membres inférieurs. Ils peuvent être multiples.

### Question 4

Quel diagnostic suspectez-vous en priorité ?



- A. Un mélanome superficiel extensif
- B. Une kératose séborrhéique
- C. Un lentigo
- D. Un nævus congénital

**Réponse A :** un mélanome superficiel extensif. Le mélanome superficiel extensif, il représente 60 à 70% des mélanomes. Il a d'abord une extension horizontale sur plusieurs années. Puis il peut devenir plus invasif avec une extension verticale. On peut le retrouver sur l'ensemble du revêtement cutané (hormis mains et pieds).

### Question 5

Une patiente présente cette lésion du lobe de l'oreille depuis plusieurs années Quel diagnostic suspectez-vous en priorité ?



- A. Un angiome
- B. Un nævus dermique
- C. Une kératose séborrhéique
- D. Un mélanome
- E. Un nævus bleu

**Réponse E :** un nævus bleu. Il s'agit d'un nævus dermique pur, la pigmentation étant profonde, elle prend une teinte bleutée. La lésion est généralement unique, de petite taille, plate ou en dôme symétrique bleu sombre. Il s'agit d'une lésion bénigne. Les sièges de prédilection sont le dos des mains et des pieds et la région céphalique.

### Question 6

Un patient de 70 ans vous consulte pour cette lésion de l'oreille, il ne sait pas depuis combien de temps elle évolue. Quel diagnostic suspectez-vous en priorité ?



- A. Un lentigo
- B. Un nævus
- C. Une kératose séborrhéique
- D. Un mélanome de Dubreuilh

**Réponse D** : un mélanome de Dubreuilh

### Question 7

Une patiente de 68 ans présente cette lésion du décolleté depuis de nombreuses années. Quel diagnostic suspectez-vous en priorité ?



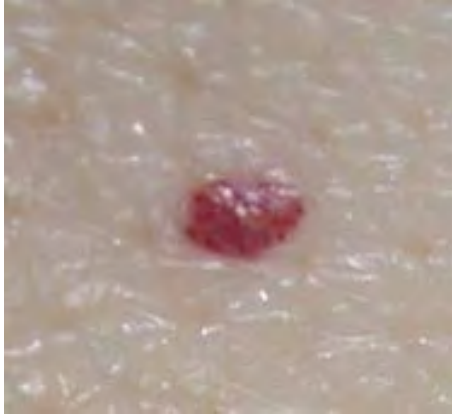
- A. Un angiome
- B. Un nævus
- C. Une kératose séborrhéique
- D. Un mélanome
- E. Un nævus bleu



**Réponse B :** Un nævus

### Question 8

Une femme de 33 ans présente cette lésion au niveau de l'abdomen depuis plusieurs mois. Quel diagnostic suspectez-vous en priorité ?



- A. Un angiome
- B. Un nævus dermique
- C. Un carcinome basocellulaire
- D. Une kératose séborrhéique
- E. Un mélanome achromique

**Réponse A :** un angiome, ici il s'agit d'une tâche rubis, correspondant à un petit angiome punctiforme. C'est une lésion vasculaire bénigne. On peut voir sur la photographie, au sein de la lésion des sacs vasculaires.

### Question 9

Un patient de 45 ans présente cette lésion sur le bras droit depuis 1 an Quel diagnostic suspectez-vous en priorité ?



- A. Un angiome
- B. Un nævus
- C. Une kératose séborrhéique

- D. Un mélanome de type nodulaire
- E. Un mélanome acro lentigineux
- F. Un nævus bleu

**Réponse D** : un mélanome de type nodulaire.

### Question 10

Une patiente de 54 ans vous consulte pour cette lésion sur la cuisse gauche, évoluant depuis 1 an. Quel diagnostic suspectez-vous en priorité ?

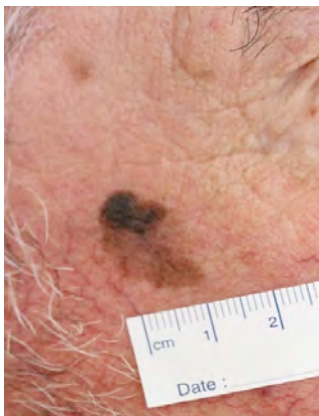


- A. Un angiome plan
- B. Un nævus jonctionnel
- C. Une kératose séborrhéique
- D. Un mélanome de type SSM
- E. Un histiocytobrome
- F. Un nævus bleu

**Réponse E** : un histiocytobrome.

### Question 11

Votre patient présente cette lésion au niveau de la tempe droite évoluant depuis 5 mois. Quel diagnostic suspectez-vous en priorité ?



- A. Un lentigo bénin
- B. Un nævus
- C. Une kératose séborrhéique
- D. Un mélanome de type SSM
- E. Un mélanome de Dubreuilh

**Réponse E** : un mélanome de Dubreuilh.

### Question 12

Une femme se présente à son cabinet pour cette lésion du dos qu'elle connaît depuis de nombreuses années. Quel diagnostic suspectez-vous en priorité ?



- A. Un histiocytofibrome
- B. Un mélanome
- C. Un nævus
- D. Un angiome

**Réponse C** : un nævus, forme régulière, couleur homogène, bords réguliers. Vous pouvez rassurer la patiente.

### Question 13

Une patiente de 80 ans vous consulte pour une lésion de la lèvre supérieure droite évoluant depuis plusieurs mois. Quel diagnostic suspectez-vous en priorité



- A. Un carcinome basocellulaire
- B. Un carcinome épidermoïde
- C. Une kératose séborrhéique
- D. Un mélanome
- E. Un histiocytofibrome

**Réponse A :** un carcinome basocellulaire. La lésion est perlée, télangiectasique, crouteuse. Il s'agit du cancer de la peau le plus fréquent, ils se développent à partir des cellules de la couche basale de l'épiderme. Il se développe sur les zones photo exposées. La lésion est papuleuse, perlée, avec des télangiectasies. Elle peut parfois être pigmentée, on parle alors de CBC tatoué.

#### Question 14

Une femme vous consulte pour cette lésion du flanc gauche évoluant depuis plusieurs mois. Quel diagnostic suspectez-vous en priorité ?



- A. Un nævus
- B. Une kératose séborrhéique
- C. Un mélanome
- D. Un carcinome basocellulaire tatoué
- E. Un histiocytofibrome

**Réponse C :** un mélanome. La lésion est de couleur inhomogène, asymétrique, les contours sont

irréguliers, la taille importante.

### Question 15

Vous voyez un homme en consultation, en l'examinant vous découvrez cette lésion rétro auriculaire. Quel diagnostic suspectez-vous en priorité ?



- A. Un nævus
- B. Une kératose séborrhéique
- C. Un mélanome de Dubreuilh
- D. Un carcinome basocellulaire tatoué
- E. Un histiocytome

**Réponse B :** une kératose séborrhéique.

### Question 16

Une patiente consulte pour une lésion de la plante de pied évoluant depuis plusieurs années. Quel diagnostic suspectez-vous en priorité



- A. Un nævus
- B. Une kératose séborrhéique
- C. Un mélanome acro lentigineux

- D. Un carcinome basocellulaire tatoué
- E. Un mal perforant plantaire

**Réponse C :** un mélanome acro lentigineux. Il touche les sujets plus âgés. Il se développe sur la peau glabre des extrémités, mains et pieds. C'est le mélanome le plus fréquent chez les sujets à peau foncée

### Question 17

Une patiente consulte pour cette lésion du bras évoluant depuis plusieurs mois. Quel diagnostic suspectez-vous en priorité ?



- A. Un nævus
- B. Une kératose séborrhéique
- C. Un carcinome basocellulaire tatoué
- D. Un histiocytome
- E. Un mélanome superficiel extensif

**Réponse E :** un mélanome superficiel extensif.

### Question 18

Une femme de 70 ans consulte pour cette lésion indolore, apparue en quelques mois. Quels sont les 2 principaux diagnostics que vous évoquez ?





- A. Un nævus
- B. Une kératose séborrhéique
- C. Un carcinome basocellulaire nodulaire
- D. Un angiome
- E. Un mélanome nodulaire

**Réponses : C et E.**

### Questions 19

Que préconisez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- A. Microscopie confocale
- B. Biopsie de la lésion
- C. Exérèse de la lésion avec 2 mm de marge
- D. Exérèse de la lésion avec 2 cm de marge
- E. Echographie de l'aire de drainage

**Réponse : C.** Il convient d'une exérèse avec 2 mm de marge pour confirmer le diagnostic. Il s'agissait d'un mélanome nodulaire achromique, une reprise sera effectuée en fonction du Breslow.

### Question 20

Un homme de 60 ans consulte pour une pneumopathie. En l'auscultant vous découvrez cette lésion dans le dos. Quelles sont vos 2 principales hypothèses diagnostiques ?





- A. Un nævus
- B. Une kératose séborrhéique
- C. Un carcinome basocellulaire tatoué
- D. Un mélanome de Dubreuilh
- E. Un mélanome superficiel extensif

**Réponses : A et E**

### Question 21

Quel acte préconisez-vous pour confirmer le diagnostic ?

- A. Microscopie confocale
- B. Biopsie de la lésion
- C. Exérèse de la lésion avec 2 mm de marge
- D. Exérèse de la lésion avec 2 cm de marge
- E. Dermoscopie

**Réponse : C.** Exérèse de la lésion avec 2 mm de marge, il s'agissait en fait d'un simple naevus.



Vu, Le président du Jury,

Vu, le Directeur de thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

TITRE DE THESE:

**Création et mise en place d'un DPC via *e-learning* sur le mélanome  
pour les médecins généralistes**

---

RESUME

Au cours des dernières décennies, l'incidence du mélanome a augmenté plus rapidement que celle de n'importe quel autre cancer. Ainsi, la prévention primaire et secondaire du mélanome est une priorité et le dépistage précoce est essentiel. Il repose sur la collaboration du médecin généraliste et du dermatologue.

Nous avons donc décidé de poursuivre et d'amplifier les actions de formations des professionnels de santé en s'engageant dans la dynamique du développement professionnel continu. Ainsi, nous avons créé un nouveau programme de DPC pour les médecins généralistes basé sur la formation à distance via l'*e-learning*, sur le thème du mélanome avec une approche individuelle et pédagogique adaptée à un rythme professionnel parfois soutenu. L'objectif de ce DPC est d'aider à améliorer le dépistage du mélanome, améliorer les connaissances sur les principes de prévention primaire et secondaire du mélanome, rappeler les définitions, l'histoire naturelle du mélanome, ses diagnostics différentiels à l'aide d'imprégnations iconographiques, et connaître les principes de traitement aux différents stades. Le DPC s'organise en cinq étapes, correspondant à douze heures de travail personnel. Pour cela, nous avons créé une association indépendante nommée « Mel Ouest Formation » qui a obtenu l'agrément pour devenir organisme de DPC en mars 2016, puis la validation scientifique en mai 2016.

---

MOTS-CLES

Développement professionnel continu ; *E-learning* ; Mélanome ; Prévention.