

DOSSIER DE PRESSE

Mercredi 23 mai 2012

MIEUX PRÉVENIR ET DÉTECTER TÔT LES CANCERS DE LA PEAU



Sommaire

FICHE 1 - CANCERS DE LA PEAU : UNE INCIDENCE EN FORTE AUGMENTATION.....	2
LES DIFFÉRENTS TYPES DE CANCERS DE LA PEAU.....	2
DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES.....	3
FICHE 2 - LES FACTEURS DE RISQUE DE CANCERS DE LA PEAU	8
LES RAYONS ULTRAVIOLETS SOLAIRES ET ARTIFICIELS.....	8
LES FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS	12
LES COMPORTEMENTS INDIVIDUELS	14
FICHE 3 - COMMENT AGIR : LA PRÉVENTION	15
DES GESTES DE PRÉVENTION INSUFFISAMMENT APPLIQUÉS.....	15
SE PROTÉGER DU SOLEIL : DE BONNES HABITUDES À PRENDRE DÈS LE PLUS JEUNE ÂGE	16
ATTENTION À CERTAINES FAUSSES VÉRITÉS, QUI CONTINUENT DE CIRCULER.....	17
L'INPES SE MOBILISE TOUT L'ÉTÉ POUR L'APPLICATION DES GESTES DE PRÉVENTION SOLAIRE	19
FICHE 4 - COMMENT AGIR : LA DÉTECTION PRÉCOCE	21
DÉTECTER TÔT POUR MIEUX SOIGNER	21
LES SIGNES D'ALERTE	22
L'AUTO-EXAMEN	23
A QUI S'ADRESSER ?.....	24
FICHE 5 - EXPERTISES ET RECOMMANDATIONS	26
FICHES ANNEXES	30

Fiche 1

Cancers de la peau : une incidence en forte augmentation

Il existe deux grands types de cancers de la peau : les carcinomes basocellulaires et épidermoïdes, qui représentent 90 % des cancers cutanés, et le mélanome, plus rare mais aussi plus grave. L'incidence de ces cancers, notamment du mélanome, a fortement augmenté ces dernières décennies.

Les différents types de cancers de la peau

● Les carcinomes basocellulaires

Ils représentent environ 70 % de l'ensemble des cancers cutanés. Ce sont les moins graves car leur évolution est lente et leur développement reste local. De ce fait, ils ne métastasent pas. L'ablation chirurgicale complète en assure la guérison.

Le danger de ces cancers est lié à leur extension en surface, qui peut en rendre l'exérèse difficile et entraîner des séquelles esthétiques et/ou fonctionnelles. Le traitement doit donc en être précoce. Les carcinomes basocellulaires surviennent généralement sur peau saine, sur des zones découvertes du corps (tête, cou) et après 50 ans.

● Les carcinomes épidermoïdes

Auparavant appelés carcinomes spinocellulaires, ils sont **plus rares (20 % des cancers cutanés) mais plus agressifs** que les carcinomes basocellulaires. Ils se développent à partir des couches supérieures de l'épiderme et ont la capacité d'envahir les ganglions lymphatiques et de métastaser.

Toutefois, ces cancers sont facilement guérissables dans la plupart des cas. Une détection précoce permet un traitement chirurgical simple, généralement réalisable sous anesthésie locale. En revanche, une prise en charge tardive peut imposer une chirurgie lourde parfois mutilante.

Les carcinomes épidermoïdes peuvent apparaître sur des cicatrices de brûlures ou de plaies chroniques. On les rencontre le plus souvent chez les personnes exposées de façon chronique,

par leur travail, aux rayons du soleil : travailleurs agricoles ou du bâtiment, marins... L'immunodépression en favorise également la survenue.

Le mélanome cutané

Le plus rare des cancers de la peau est aussi le plus grave en raison de sa grande capacité à métastaser. Il se développe à partir des cellules pigmentaires, les mélanocytes, présentes dans la peau.

Il en existe deux formes principales :

- le mélanome à extension superficielle ou SSM (Superficial Spreading Melanoma) est le plus fréquent (70 % des cas). Il s'étend horizontalement le long de la base de l'épiderme avant de pénétrer en profondeur dans le derme et l'hypoderme. L'épaisseur de la tumeur (en millimètres) est un facteur pronostique important.
- Le mélanome nodulaire est plus agressif car son extension se fait d'emblée et rapidement en profondeur.

Une détection du mélanome à un stade précoce de son développement permet de mettre en place un traitement chirurgical, généralement réalisable sous anesthésie locale. Toutefois, lorsqu'il est détecté à un stade avancé, le mélanome est difficile à traiter.

Données épidémiologiques

Epidémiologie des carcinomes

Selon les données du PMSI MCO¹ de 2010, plus de 65 200 patients ont été traités et pris en charge dans les établissements de santé publics et privés pour un carcinome de la peau.

Deux registres départementaux (Doubs, Haut-Rhin) apportent des données intéressantes et fiables sur l'incidence des carcinomes. Selon les données du registre du Doubs², qui recueille de manière systématique le nombre de cas de carcinomes cutanés depuis 1983, **les taux**

1. Programme de médicalisation des systèmes d'information. Médecine, chirurgie et obstétrique. Cf. La situation du cancer en France en 2011. Collection Rapport et synthèses, ouvrage collectif édité par l'INCa, octobre 2011.

2. Grange F. Epidémiologie des cancers cutanés in B. Guillot. Dépistage et cancers cutanés. Collection Dépistage et cancer sous la direction de Daniel Serin. Springer-Verlag France, Paris 2008.

d'incidence standardisés à la population mondiale³ des carcinomes **ont augmenté de manière importante : entre 1983 et 2002**, l'incidence a été multipliée par 2,3 chez l'homme et par 2 chez la femme pour les carcinomes basocellulaires et respectivement par 1,7 et 2,7 pour les carcinomes épidermoïdes.

Les taux sont plus élevés chez l'homme en particulier pour les carcinomes épidermoïdes avec un ratio homme/femme égal à 2. L'âge moyen au diagnostic est plus élevé, de près de 10 ans, pour les carcinomes épidermoïdes (74,4 ans chez l'homme et 77 ans chez la femme) que pour les carcinomes basocellulaires (66,7 ans chez l'homme et 66,5 ans chez la femme).

Les données du registre des cancers du Haut-Rhin, qui enregistre également de manière systématique les carcinomes cutanés depuis 1991, confirment la prédominance masculine et les tendances évolutives observées dans le Doubs. Par ailleurs, la majorité des carcinomes basocellulaires (64 % chez les hommes et 58 % chez les femmes dans le Haut-Rhin) sont diagnostiqués entre 60 et 85 ans².

L'augmentation régulière de la fréquence des carcinomes cutanés (basocellulaires et épidermoïdes) en France résulte de l'effet combiné du vieillissement de la population et d'une incidence croissante chez les sujets âgés².

● Epidémiologie des mélanomes cutanés

L'incidence. Avec 9 780 nouveaux cas estimés en 2011 (4 680 cas chez l'homme et 5 100 cas chez la femme), le mélanome cutané se situe au 9^e rang des cancers tous sexes confondus et représente 2,7 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers⁴.

Le taux d'incidence standardisé à la population mondiale est estimé à 9,7 pour 100 000 hommes et 10,1 pour 100 000 femmes en 2011⁵. Près des trois quarts des cas sont diagnostiqués au-delà de 49 ans. En 2005, l'âge moyen au diagnostic est estimé à 60 ans chez l'homme et 58 ans chez la femme.

Le mélanome cutané est une des tumeurs dont l'incidence a le plus augmenté ces dernières années **puisqu'elle a plus que triplé entre 1980 et 2005**. Ceci s'expliquerait par l'évolution des

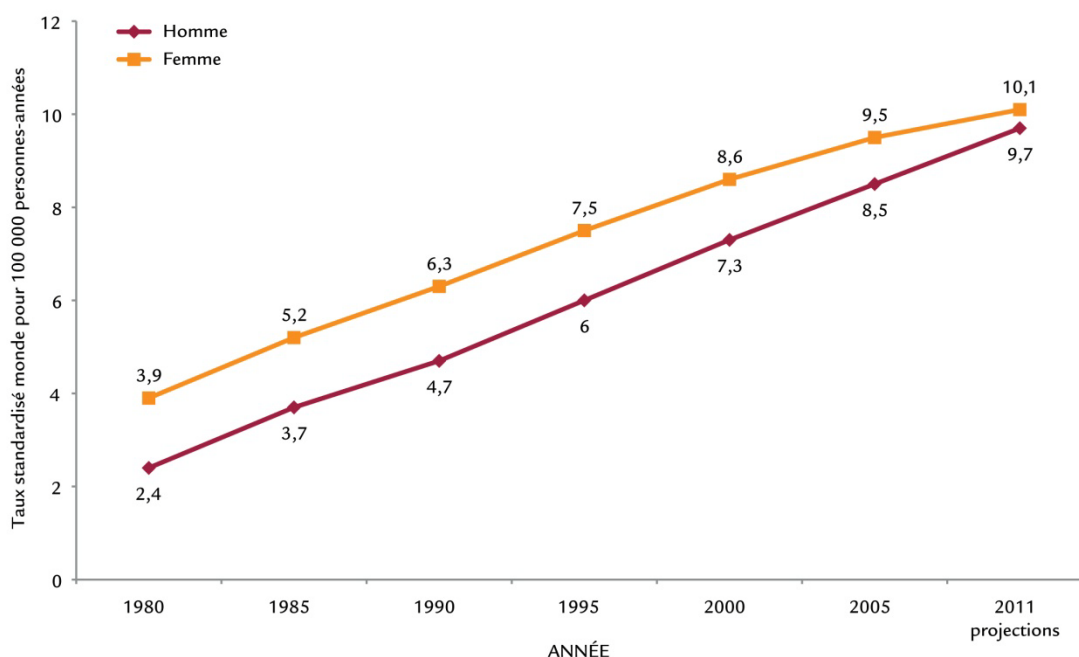
3. Les taux standardisés permettent de s'affranchir des effets liés à la démographie (structure par âge de la population, augmentation de la population) et de pouvoir comparer les données d'incidence (nombre de nouveaux cas par an) et de mortalité d'une année sur l'autre ou d'un pays à l'autre.

4. L'hypothèse retenue pour fournir ces projections d'incidence du mélanome cutané pour l'année 2011 est celle d'une prolongation de la tendance récente où les taux d'incidence continueraient à augmenter entre 2005 et 2011 avec toutefois un ralentissement de la croissance.

5. La situation du cancer en France en 2011. Collection Rapport et synthèses, ouvrage collectif édité par l'INCa, octobre 2011.

habitudes d'exposition au soleil ainsi qu'aux UV artificiels au cours des quarante dernières années.

Figure 1 : Evolution de l'incidence (taux standardisé monde estimé) du mélanome cutané de 1980 à 2005 selon le sexe. Projection pour l'année 2011



Source : [InVS/CépiDC Inserm 2011][HCL/InVS/INCa/Francim/Inserm, 2011]
Traitement : INCa, 2011

La mortalité. Avec 1 620 décès estimés en 2011 (900 chez l'homme et 720 chez la femme), le mélanome cutané se situe au 16^e rang des décès par cancers et représente 1,1 % de l'ensemble des décès par cancer. Chez l'homme, le taux de mortalité observée (standardisé monde) lié au mélanome cutané a augmenté passant de 1,1 à 1,7 pour 100 000 entre les périodes 1984-1988 et 2004-2008. Toutefois, la croissance s'est ralentie à partir de la période 1994-1998.

Chez la femme, le taux de mortalité observée (standardisé monde) a également augmenté entre les périodes 1984-1988 et 1994-1998 passant de 0,9 à 1,1 pour 100 000, avant de se stabiliser².

Les tendances plutôt positives d'évolution de la mortalité sur les années récentes, notamment chez la femme, et qui demandent à être confirmées, pourraient être en partie liées aux effets de la détection précoce qui conduit plus souvent à un diagnostic du mélanome à un stade curable⁶.

Il est probablement trop tôt pour observer les effets des actions récentes visant à modifier les comportements en prévention primaire (prévention de l'exposition aux ultraviolets naturels et artificiels, principal facteur de risque environnemental du mélanome) et secondaire (repérages précoces). Leur impact différé - qui nécessite une répétition des messages et des actions - semble se confirmer d'après les tendances observées dans les pays à forte incidence de mélanome comme ceux d'Europe du Nord^{7, 8}.

Comparaisons européennes

Les taux d'incidence les plus élevés du mélanome concernent les populations habitant en Europe du Nord : Norvège, Suède, Danemark. Les taux les plus faibles s'observent au sud de l'Europe : Portugal, Grèce, Chypre et en Europe de l'Est : Roumanie, Bulgarie. La France, la Belgique et le Royaume-Uni ont des taux intermédiaires.

Ces différences peuvent s'expliquer par la combinaison de plusieurs facteurs :

- le phénotype cutané des populations de l'Europe du Nord, différent du phénotype cutané méditerranéen ;
- les comportements à risques liés aux modalités d'exposition aux UV (comportement des populations du nord de l'Europe qui recherchent de plus en plus le soleil dans le sud de l'Europe, heures d'exposition au soleil, fréquentation accrue des cabines à UV).

La mortalité, sujette à de moindres variations d'un pays à l'autre, suit la même logique nord-sud. Par ailleurs, on observe au niveau international une décroissance de l'indice de Breslow moyen (il traduit l'épaisseur de la tumeur) dans tous les pays (Europe, États-Unis, Australie), témoignant d'un diagnostic plus précoce.

6. Belot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G, Remontet L et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. InVS, 2008.

7. Grange F. Epidémiologie du mélanome cutané : données descriptives en France et en Europe. *Ann Dermatol Venerol* 2005 ; 132 (12) : 975-982.

8. INCA/CépiDc Inserm/InVS/Francim. Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France. Institut National de Cancer, novembre 2010, 67p.

La survie. Selon les données des registres du réseau Francim¹⁰, les taux de survie relative à 1 et à 5 ans des patients diagnostiqués entre 1989 et 1997 sont respectivement de 96 % et 87 %. Le pronostic du mélanome dépend notamment de son épaisseur (indice de Breslow), mesurée lors de l'examen histologique : selon les données américaines (programme SEER)⁹, le taux de survie relative à cinq ans est de 98 % au stade localisé, de 61,9 % avec une extension régionale et de 15,3 % au stade métastatique. **La détection précoce de ces tumeurs est donc essentielle.**

L'augmentation de l'incidence des mélanomes est essentiellement liée à celle des formes à extension superficielle, qui présentent des risques faibles de métastases. S'ils sont diagnostiqués précocement alors que leur épaisseur est encore faible, la survie est excellente. Mais si le diagnostic est plus tardif, ils peuvent devenir nodulaires, s'épaissir et métastaser. Ces formes peu invasives sont donc la cible privilégiée des actions de détection précoce¹⁰.

9. Horner MJ, Ries LAG, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Howlader N, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006, National Cancer Institute. Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/, based on November 2008 SEER date submission, posted to the SEER web site, 2009.

10. Survie des patients atteints de cancers en France : étude des registres du réseau Francim, éditions Springer 2007.

Fiche 2

Les facteurs de risque de cancers de la peau

Les facteurs de risque de cancers de la peau sont de deux ordres : environnementaux d'une part (principalement les rayonnements ultraviolets solaires et artificiels), et individuels d'autre part (phototype¹¹, nombre de naevus...).

L'exposition aux rayonnements ultraviolets solaires et artificiels représente toutefois le facteur de risque le plus important de développement des cancers de la peau. Il est donc nécessaire, d'une part, d'adopter des attitudes de prévention solaire adaptées à l'intensité du rayonnement UV (montagne, bord de mer, vacances sous les tropiques...) et d'autre part, de rappeler qu'il est fortement déconseillé de pratiquer des UV artificiels à des fins esthétiques¹⁷.

Il ne faut toutefois pas oublier que le soleil participe au bien-être physique, moral et favorise la production de vitamine D, indispensable à l'absorption du calcium par les os. Mais quelques minutes par jour suffisent. Par ailleurs, l'INCa rappelle que la réévaluation des seuils de vitamine D ne pourrait, en aucun cas, conduire à recommander la pratique du bronzage par UV artificiels à finalité esthétique, dont l'utilisation présente un risque cancérogène avéré¹².

Les rayons ultraviolets solaires et artificiels

Les rayonnements UV sont d'origine solaire ou artificielle. Il en existe trois types, qui se distinguent par leur intensité, leur longueur d'ondes et leur capacité à pénétrer plus ou moins profondément dans la peau.

Contrairement aux rayonnements infrarouges, qui apportent une sensation de chaleur, les UV ne peuvent pas être perçus par le corps humain. En juillet 2009, le CIRC a classé cancérogènes les UV émis par les lampes de bronzage artificiel et a réaffirmé la cancérogénicité de la partie UV du spectre solaire (UVB et UVA) responsable de l'effet cancérogène du soleil¹³.

11. Le phototype permet de classer les individus selon la réaction de leur peau lors d'une exposition solaire. Le phénotype est l'état d'un caractère observable.

12. INCa. UV (artificiels et solaires), vitamine D et cancers non cutanés. 2011

13. El Ghissassi, F et al. A review of human carcinogens—part D : radiation. *Lancet Oncol*, 2009. 10(8):p.751-2

Les UV artificiels classés cancérogènes par le CIRC

Deux avancées majeures ont récemment permis d'affirmer l'existence d'une relation entre risque de mélanome et UV artificiels. Premièrement, les résultats d'une cohorte de femmes scandinaves^{14,15} ont permis d'observer, après ajustement sur les facteurs liés à l'hôte et sur l'exposition aux UV naturels, une association entre exposition aux UV artificiels au moins une fois par mois et élévation du risque de mélanome.

Par ailleurs, une méta-analyse du CIRC publiée en 2006 a conclu à une augmentation du risque de mélanome pour les individus qui avaient eu recours au moins une fois dans leur vie aux UV artificiels¹⁶. Compte tenu de ces résultats, le CIRC en juillet 2009 a ajouté, dans la liste des agents cancérogènes pour l'homme (groupe 1), les UV émis par les lampes de bronzage artificiel¹⁸. La pratique du bronzage en cabine UV est donc fortement déconseillée.

En France, le décret n°97-617 du 30 mai 1997 encadre la vente et la mise à disposition du public d'appareils de bronzage pour contribuer à diminuer l'effet délétère de ces expositions. Néanmoins, il est important de rappeler que la mise en œuvre de ces dispositions réglementaires ne permet pas d'éliminer les risques inhérents à la pratique des UV artificiels, en particulier le risque de cancers cutané et oculaire.

Les UVA

Ils représentent 95 à 98 % des UV solaires parvenant à la surface de la terre, et constituent également la majeure partie des UV artificiels émis par les cabines de bronzage.

Ces UV provoquent une pigmentation immédiate et transitoire de la peau, dite « effet bonne mine ». Cette pigmentation s'accompagne d'altérations de la structure de l'ADN qui peuvent aboutir à l'apparition de mutations génétiques et de tumeurs.

Le fait que le rayonnement UVA soit capable d'atteindre les couches les plus profondes de l'épiderme et que la réparation des dommages à l'ADN apparaisse moins efficace, suggère un rôle important des UVA dans la cancérogénèse cutanée¹⁷. Les expériences sur les animaux ont d'ailleurs confirmé le pouvoir cancérogène des UVA et des UVB^{17,19}.

14. Veierod, M.B., et al., A prospective study of pigmentation, sun exposure, and risk of cutaneous malignant melanoma in women. *J Natl Cancer Inst*, 2003. 95(20): p. 1530-8.

15. Veierod, M.B., et al., Sun and solarium exposure and melanoma risk: effects of age, pigmentary characteristics, and nevi. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2010.19(1): p. 111-20.

16. IARC Working Group. The association of use of sunbeds with cutaneous malignant melanoma and other skin cancers : a systematic review. *Int J Cancer* 2006 ; 120 : 1116-22.

17. INCa. Installations de bronzage UV : état des lieux et état des connaissances sur les risques de cancer. 2010

Les UVA peuvent également favoriser la survenue de cancers oculaires¹⁸ (augmentation du risque de mélanome oculaire pour les soudeurs à l'arc exposés à de forts rayonnements UV), et affaiblissent le système immunitaire, induisant des phénomènes d'inflammation qui pourraient contribuer à la promotion de cancers cutanés¹⁹.

Ils exercent aussi d'autres effets sur l'organisme, indépendamment des effets carcinogènes : vieillissement cutané prématuré, atteintes oculaires (inflammation de la cornée, cataracte, microlésions de la rétine chez l'enfant)... cf. *tableau 1*.

Les UVB

Filtrés à 99 % par l'atmosphère, ils ne représentent que 2 à 5 % des UV atteignant la surface de la terre et sont très faiblement émis par les cabines de bronzage. Ils sont arrêtés par le verre et la couche superficielle de la peau (épiderme). Cependant, leur intensité augmente d'autant plus que l'on monte en altitude ou que l'on va vers l'Equateur. Ils entraînent un épaississement de la peau.

18. El Ghissassi, F et al. A review of human carcinogens—part D : radiation. *Lancet Oncol*, 2009. 10(8):p.751-2

19. IARC, Exposure to artificial UV radiation and skin cancer. 2006

Tableau 1 : Principaux effets biologiques des rayonnements UV

	UVA	UVB	Soleil	Bronzage par UV artificiels
Production de vitamine D	faible	oui	oui	Cf.note
« Bronzage » avec épaissement de l'épiderme	faible	oui	oui	faible
Pigmentation immédiate de la peau (pas pour les phototypes I et II)	oui	non	oui	oui
« Coup de soleil »	faible	oui	oui	faible
Domage à l'ADN	oui	oui	oui	oui
Cancers cutanés	oui	oui	oui	oui
Vieillessement cutané	oui	oui	oui	oui
Effets sur l'œil (cataracte...)	oui	oui	oui	oui
Affaiblissement des défenses immunitaires et inflammation	oui	oui	oui	oui

Aucune étude n'a été réalisée sur des appareils répondant aux caractéristiques strictement définies par la réglementation française

(source INCa)

Les UVC

Ils sont totalement filtrés par la couche d'ozone de l'atmosphère et sont absents des UV émis par les cabines de bronzage.

Les facteurs de risque individuels

Le risque de cancers cutanés, et plus spécifiquement de mélanome, est majoré par des facteurs de risque individuels.

Le phototype

Certaines personnes (phototypes I et II) sont plus sensibles que d'autres aux rayons UV en raison de leur type de peau.

Tableau 2 : Tableau des phototypes

	Caractéristiques	Réactions au soleil
Phototype I	<ul style="list-style-type: none">• Peau très blanche• Cheveux roux ou blonds• Yeux bleus/verts• Souvent des taches de rousseur	<ul style="list-style-type: none">• Coups de soleil systématiques• Ne bronze jamais, rougit toujours
Phototype II	<ul style="list-style-type: none">• Peau claire• Cheveux blonds roux à châains• Yeux clairs à bruns• Parfois apparition de taches de rousseur	<ul style="list-style-type: none">• Coups de soleil fréquents• Bronze à peine ou très lentement
Phototype III	<ul style="list-style-type: none">• Peau intermédiaire• Cheveux châains à bruns• Yeux bruns	<ul style="list-style-type: none">• Coups de soleil occasionnels• Bronze graduellement
Phototype IV	<ul style="list-style-type: none">• Peau mate• Cheveux bruns/noirs• Yeux bruns/noirs	<ul style="list-style-type: none">• Coups de soleil occasionnels lors d'expositions intenses• Bronze bien
Phototype V	<ul style="list-style-type: none">• Peau brun foncé• Cheveux noirs• Yeux noirs	<ul style="list-style-type: none">• Coups de soleil rares• Bronze beaucoup
Phototype VI	<ul style="list-style-type: none">• Peau noire• Cheveux noirs• Yeux noirs	<ul style="list-style-type: none">• Coups de soleil très exceptionnels

(source : INCa)

D'autres facteurs peuvent accroître ponctuellement la réactivité de la peau aux UV comme la prise de médicaments (certains antibiotiques, somnifères, antidépresseurs, antiseptiques...), la présence de coups de soleil ou de produits cosmétiques sur la zone à exposer. Jusqu'à la puberté, la peau des enfants est fine et le système pigmentaire immature, ce qui la rend plus

vulnérable aux effets cancérogènes des rayons UV. Les conseils de prévention solaire doivent alors être impérativement respectés. Les bébés de moins d'un an ne doivent jamais être exposés au soleil.

S'agissant des UV artificiels, l'exposition des mineurs aux cabines de bronzage est interdite en France depuis 1997. De façon générale, toute exposition aux UV artificiels à des fins esthétiques est fortement déconseillée quel que soit le phototype et *a fortiori* pour les phototypes I et II.

D'autres facteurs de risque individuels sont susceptibles de majorer le risque de mélanome :

● **Les antécédents personnels et familiaux**

Expositions fortes aux UV pendant l'enfance ; antécédents personnels de mélanome ou de cancer cutané ; antécédents de brûlures solaires (coup de soleil avec la peau qui pèle) ou de cicatrices dépigmentées chez les personnes à peau noire ; antécédents familiaux au premier degré de mélanome cutané ou familiaux de cancers cutanés : le risque relatif moyen de développer un mélanome chez une personne ayant des antécédents familiaux de mélanome est estimé entre 1,7²⁰ et 2,5²¹.

● **La présence de nombreux grains de beauté**

Elle constitue un facteur de risque lorsqu'il existe plus de 50 grains de beauté, s'ils sont asymétriques ou d'un diamètre de plus de 5mm ;

● **Un nombre de naevus (grains de beauté) atypique supérieur ou égal à 2**

Un naevus atypique est différent d'un grain de beauté habituel, il est généralement plus grand et ses bords peuvent être irréguliers ;

● **Des taches de rousseur (éphélides) nombreuses**

● **Un naevus congénital géant (supérieur à 20 cm)**

● **La présence de mutations sur deux gènes de prédisposition au mélanome (CDKN2 et CDK4)**

20. Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. Mélanome cutané. SOR. Paris : John Libbey Eurotext; 1998

21. Gandini S, Sera F, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma : II. Sun exposure. *Eur J. Cancer* 2005 ; 41(&) : 45-60

● **Les immunodépressions**

Qu'elles soient constitutionnelles ou acquises (médicamenteuses ou liées à une leucémie par exemple), ces altérations des défenses immunitaires constituent un facteur de risque. Les patients transplantés doivent donc avoir un suivi dermatologique pluriannuel et faire l'objet d'une prévention solaire très stricte ;

● **Certaines maladies génétiques rares :**

Albinisme, Xeroderma pigmentosum, naevomatose basocellulaire ou syndrome de Gorlin²².

Les comportements individuels

Certains comportements individuels peuvent majorer le risque de survenue d'un cancer cutané : les bains de soleil répétés, l'exposition aux UV artificiels à des fins esthétiques, les activités de loisirs prolongées en plein air, les métiers exposant de façon continue au soleil ou à certaines substances.

Les risques professionnels de cancers cutanés

L'exposition à certains facteurs de risque peut être liée à l'activité professionnelle :

- Pour les mélanomes et les carcinomes : les UV (métiers exposant de manière prolongée au soleil : marins, agriculteurs, BTP, moniteurs de ski...) ; soudeurs à l'arc, ouvriers de l'imprimerie et de la plasturgie ;

- Pour les carcinomes²³ : les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) que l'on trouve dans les produits noirs dérivés de la houille (goudron) et du pétrole (bitume) ainsi que dans les suies, et dans les huiles d'usinage minérales. Les circonstances d'exposition à ces produits sont très diversifiées : fonderie d'acier, cokerie, fabrication de l'aluminium... ; l'exposition aux rayonnements ionisants (industrie nucléaire, utilisation médicale ou industrielle des rayons X, etc.) ; l'arsenic, que l'on trouvait dans certains pesticides (en particulier pour le traitement de la vigne), le travail des peaux, la fusion du verre et des métaux non ferreux.

22. Lacombe D. Le syndrome de Gorlin. Encyclopédie Orphanet, février 1997.

23. Les maladies professionnelles, Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité Sociale. Edition INRS. 7ème édition, décembre 2008, p106.

Fiche 3

Comment agir : la prévention

Aujourd'hui, selon les nouveaux chiffres du Baromètre Cancer 2010 Inpes-INCa, seul un Français sur deux connaît la plage horaire pendant laquelle les rayons du soleil sont les plus dangereux (12h-16h). La majorité des Français connaissent les risques liés à l'exposition solaire, pourtant tous les gestes de prévention ne sont pas connus, ni appliqués. Une méconnaissance qui explique pour partie l'augmentation des cancers de la peau. Des mesures simples permettent de limiter l'exposition aux UV et de réduire ainsi les risques de développer un cancer de la peau.

Des gestes de prévention insuffisamment appliqués

Le nouveau Baromètre Cancer 2010 Inpes-INCa confirme que les Français connaissent de mieux en mieux les risques d'une exposition au soleil. 97 % d'entre eux savent ainsi que s'exposer au soleil sans protéger leur peau peut favoriser un cancer.

Pourtant, cette connaissance des risques ne se traduit pas par l'application suffisante des gestes de prévention. Ainsi, seuls 52 % des Français savent que le soleil estival est plus dangereux entre 12h et 16h et qu'il est donc préférable de ne pas s'exposer pendant cette plage horaire. De même, l'usage des moyens de protection est loin d'être systématique :

- Près d'un tiers des personnes ne porte jamais ou rarement de lunettes de soleil ;
- Un Français sur deux se couvre systématiquement ou souvent la tête avec un chapeau ;
- 15 % des Français renouvellent l'application de crème solaire toutes les heures lors d'une journée ensoleillée d'été, ce qui est pourtant recommandé pour assurer l'efficacité de la protection solaire ;
- Enfin, un Français sur quatre examine régulièrement sa peau à la recherche d'anomalie (apparition ou changement de forme d'un grain de beauté notamment), les femmes effectuant cet examen plus fréquemment que les hommes (28,5 vs 17,2 % des hommes).

Par ailleurs, si les Français sont conscients dans leur majorité que les coups de soleil ne sont pas sans risques, une personne sur cinq pense encore qu'ils préparent la peau en la rendant moins vulnérable au soleil.

Se protéger du soleil : de bonnes habitudes à prendre dès le plus jeune âge

Chacun naît avec un capital solaire qui lui est propre. Il n'est pas mesurable et dépend de la couleur de sa peau, de ses yeux et de ses cheveux. Ce capital représente notre tolérance au soleil et il est nécessaire de le préserver au maximum. **Une fois épuisé, suite à des coups de soleil à répétition, ou parce qu'on a abusé des expositions prolongées au soleil, le capital solaire ne se reconstituera plus jamais.**

La peau des enfants étant particulièrement fragile, il faut la protéger au maximum des coups de soleil. Elle ne doit jamais être exposée entre 12h et 16h. **Quatre Français sur dix pensent encore à tort que les coups de soleil de l'enfance, s'ils sont bien soignés, sont sans conséquence à l'âge adulte.** Or, un coup de soleil important dans l'enfance peut provoquer des mutations génétiques des cellules de la peau, qui n'arrivent plus à se réparer correctement. Ceci peut entraîner, des années plus tard, le développement d'un mélanome.

De même, leurs yeux sont tout autant fragiles et nécessitent une protection. Les yeux peuvent aussi prendre des coups de soleil, il s'agit de l'ophtalmie, qui peut entraîner de graves problèmes de vue.

Le bronzage en cabine UV, une pratique de plus en plus fréquente et pourtant avérée dangereuse

Développées dans les années 70-80, les installations de bronzage artificiel ont connu ces dernières années un succès certain auprès des Français. Selon les chiffres du Baromètre Cancer 2010 Inpes - INCa sur le cancer, plus de 13 % des Français ont ainsi déjà utilisé des UV artificiels au moins une fois au cours de leur vie et un tiers des utilisateurs récents déclare une fréquence d'exposition supérieure à 10 fois par an. L'utilisation récente concerne surtout les femmes (5 %) et les jeunes adultes, en particulier les 20-25 ans (près de 10 %). Près de 14 % des femmes de 20 à 25 ans se sont exposées dans les douze derniers mois.

Le marché du bronzage en cabine semble connaître un important développement, source d'inquiétudes pour les autorités de santé publique, car la pratique du bronzage par UV artificiels augmente les risques de cancers cutanés de façon significative²⁴. En effet, les UV artificiels, classés comme agents cancérogènes certains pour l'homme, augmentent le risque de développer un cancer cutané de 75 % pour une personne ayant eu recours au moins une fois aux UV artificiels avant l'âge de 30 ans. Cependant, le nouveau Baromètre Inpes-Inca révèle que les risques liés à la pratique des UV artificiels semblent encore mal connus, tant pour les risques de cancer cutané et oculaire que pour le vieillissement cutané prématuré. Plusieurs fausses vérités sur les bienfaits supposés de telles expositions ont cours au sein de la population, telle l'hypothèse selon laquelle les UV artificiels préparent la peau au soleil et protègent des coups de soleil (*cf. la rubrique « attention à certaines fausses vérités, qui continuent de circuler »*).

Attention à certaines fausses vérités, qui continuent de circuler...

Les coups de soleil renforcent la peau pour lui permettre de mieux supporter le soleil

FAUX ! Les coups de soleil augmentent les risques de cancer et accélèrent le vieillissement cutané

Le coup de soleil traduit une brûlure de la peau par les rayons ultraviolets : il attaque la couche basale de l'épiderme (couche la plus profonde) et peut provoquer une brûlure allant jusqu'au deuxième ou troisième degré, selon son intensité. En profondeur, cela peut aller jusqu'à une destruction des fibres élastiques de la peau et provoquer ainsi un vieillissement cutané précoce. **Deux tiers des mélanomes sont dus à une exposition excessive au soleil, cette proportion étant plus élevée encore chez les personnes à la peau claire.**

24. El Ghissassi, F et al. A review of human carcinogens—part D : radiation. *Lancet Oncol*, 2009. 10(8):p.751-2

❗ Pas besoin de se protéger quand on a la peau foncée !

FAUX ! Tout type de peau doit obligatoirement être protégé

Quel que soit son phototype, il est nécessaire de toujours se protéger du soleil. Même les peaux noires peuvent attraper des coups de soleil. Bien entendu, les personnes à peau, cheveux et yeux clairs (roux et blonds) doivent prendre davantage de précautions lors de l'exposition au soleil, en raison de leur faible capacité à fabriquer des pigments bruns.

Les principaux gestes de prévention

Eviter de s'exposer au soleil entre 12h et 16h ;

Porter un chapeau, des lunettes de soleil et des vêtements légers couvrants ;

Appliquer de la crème solaire régulièrement, d'un indice UV suffisant (supérieur ou égal à 30) ;

Renforcer cette protection solaire pour les enfants ;

Ne pas utiliser les cabines d'UV artificiels à des fins esthétiques.

❗ Le bronzage en cabine prépare la peau au soleil

FAUX ! Les UV artificiels n'assurent aucune protection contre les UV naturels et augmentent le risque de cancer cutané et oculaire

Selon le Baromètre Cancer Inpes-INCa, un quart des personnes pense à tort que l'exposition aux UV artificiels prépare la peau au soleil et permet d'éviter les coups de soleil. Or, la coloration de la peau acquise par une exposition au rayonnement en cabine n'est que faiblement associée à un épaissement de la peau. Seul cet épaissement, induit par le soleil, permet de contribuer à la protection de la peau face aux agressions solaires ultérieures. Les UV artificiels ne protègent donc ni des coups de soleil, ni des dangers liés aux expositions aux UV naturels. Au contraire, les UV artificiels reçus en cabine de bronzage ne font que se cumuler à ceux reçus du soleil et augmentent donc les risques de développer, à court terme, des coups de soleil et, à long terme, un cancer cutané.

❗ Le bronzage en cabine provoque rarement des coups de soleil, ils ne sont donc pas nocifs

FAUX ! Les UV artificiels, facteurs de risque pour les cancers de la peau, restent nocifs

La capacité des UVA à déclencher un coup de soleil est beaucoup plus faible que celle des UVB. Ainsi, après exposition aux lampes de bronzage, riches en UVA et pauvres en UVB, l'utilisateur peut ressentir, à tort, un sentiment de sécurité, en raison de l'absence de coup de soleil lors de l'exposition aux cabines de bronzage.

La pratique du bronzage en cabine ne constitue donc pas une pratique plus sécuritaire que l'exposition au soleil. A titre de comparaison, l'intensité du rayonnement émis par les cabines correspond à un soleil subtropical au zénith sans utilisation de filtre UV de type crème solaire.

La production de vitamine D des UV a un effet protecteur FAUX ! Cette affirmation repose sur éléments scientifiques dont le niveau de preuve est limité.

Certains scientifiques émettent l'hypothèse qu'une trop faible concentration en vitamine D peut être à l'origine de l'augmentation du risque de certains cancers non cutanés. Le rapport « UV (artificiels et solaires), vitamine D et cancers non cutanés » publié par l'INCa en 2011, explique néanmoins que l'effet supposé protecteur des UV sur certains cancers repose aujourd'hui sur des éléments scientifiques dont le niveau de preuve est limité.

Cet argument, diffusé pour justifier de façon indirecte un intérêt sanitaire des expositions aux UV artificiels à visée esthétique, est contraire aux dispositions du décret n°97-617 qui encadre en France la mise à disposition des cabines de bronzage et dont l'article 12 précise qu'il ne peut, en aucun cas, être fait référence à un effet bénéfique des cabines UV pour la santé.

L'Inpes se mobilise tout l'été pour l'application des gestes de prévention solaire



Les Français retrouveront l'ensemble des conseils de prévention solaires sur les ondes, les plages, chez les professionnels de santé et sur Internet :

- quatre spots radio pédagogiques du « Professeur Pourquoi » seront diffusés tout l'été,
- des dépliants d'informations et des affiches pour sensibiliser les parents seront distribués dans des clubs de plage pour enfants,
- un site Internet <http://www.preventionsoleil.fr>, qui met en scène le « Professeur Pourquoi », expose les principales questions et réponses sur le sujet.

Les outils de prévention solaire de l'Inpes sont téléchargeables sur www.inpes.sante.fr

L'indice UV

L'indice universel de rayonnement UV solaire est un outil pédagogique qui représente l'intensité du rayonnement ultraviolet solaire en fonction du risque qu'elle représente pour la santé : risque de lésions cutanées et oculaires. Cet index est préconisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et par l'organisation météorologique mondiale. En Europe, en période estivale, l'indice UV atteint généralement des niveaux de l'ordre de 7 ou 8. On peut atteindre un indice UV 10 en haute montagne ou sous les tropiques.



Source : L'Indice Universel de Rayonnement UV Solaire - Guide Pratique, 2002, OMS

Fiche 4

Comment agir : la détection précoce

La détection précoce constitue la meilleure chance de guérison des cancers cutanés, et notamment du mélanome, le plus grave d'entre eux du fait de son potentiel métastatique.

En France, il n'existe pas pour le mélanome de dépistage organisé par les pouvoirs publics, à l'instar des programmes de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal. La détection précoce du mélanome repose donc sur l'initiative soit d'un professionnel de santé soit du patient ayant repéré une lésion suspecte sur sa peau.

Détecter tôt pour mieux soigner

Le mélanome est un cancer dit « de bon pronostic », avec un taux de survie relative à 5 ans de 98 % lorsqu'il est détecté à un stade précoce de son développement (*cf. les données épidémiologiques, p7*). Le traitement de première intention repose alors sur une exérèse chirurgicale réalisée le plus souvent sous anesthésie locale.

Dans le cas des stades plus avancés²⁵, le traitement repose sur une chirurgie pouvant être suivie d'une immunothérapie. Une chimiothérapie et une radiothérapie peuvent également être proposées, selon les patients. Par ailleurs, des avancées thérapeutiques sont en cours, avec la mise à disposition récente de nouvelles molécules de thérapies ciblées : ipilimumab et vemurafenib.

Le mélanome reste toutefois difficile à traiter lorsqu'il est diagnostiqué tardivement, avec un taux de survie relative à 5 ans d'environ 15 % pour les stades métastatiques. La détection précoce du mélanome reste donc un moyen d'agir essentiel et déterminant.

La détection précoce est également déterminante dans le cas des carcinomes épidermoïdes qui peuvent envahir les ganglions lymphatiques et se disséminer dans d'autres organes. Les carcinomes basocellulaires, pour leur part, ne métastasent pas. Toutefois, leur potentiel invasif local, pouvant entraîner des destructions des tissus, met là encore en évidence l'intérêt d'une détection précoce.

25 .ALD n°30 Mélanome cutané – Guide médecin. Haute Autorité de Santé (HAS), Institut National du Cancer (INCa). Janvier 2012. <http://www.e-cancer.fr/soins/recommandations/cancers-de-la-peau>.

Les signes d'alerte

Le mélanome se manifeste essentiellement de deux façons, soit :

- **de novo**, c'est-à-dire par l'apparition d'une petite tache pigmentée sombre sur la peau saine (cas le plus fréquent) ;
- **par la modification d'un grain de beauté** (naevus pigmentaire) préexistant.

Le mélanome peut se développer n'importe où sur le corps (y compris le cuir chevelu, les organes génitaux, les espaces interdigitaux ou les orteils). Il apparaît assez fréquemment sur le tronc chez l'homme et sur les jambes chez la femme.

La principale difficulté réside dans le fait de différencier un grain de beauté d'un mélanome. Il s'agit :

- de repérer le grain de beauté différent des autres. Tous les grains de beauté d'une même personne se ressemblent, celui qui est différent des autres doit donc attirer l'attention (principe du « vilain petit canard ») ;
- d'être vigilant à tout changement : une nouvelle tache brune qui apparaît sur la peau (cas le plus fréquent) ou un grain de beauté qui change d'aspect rapidement (dans sa forme, sa taille, sa couleur ou son épaisseur) doit alerter.









La règle ABCDE permet de mémoriser les signes d'alerte²⁶ :

- **A comme Asymétrie** : forme non circulaire, avec deux moitiés qui ne se ressemblent pas.
- **B comme Bords irréguliers**, encochés, polycycliques, mal délimités.
- **C comme Couleur non homogène** : présence de plusieurs couleurs (noir, marron, rouge, blanc ou bleu).
- **D comme Diamètre** : diamètre en augmentation, en général supérieur à 6 mm.
- **E comme Évolution** : toute tache pigmentée qui change d'aspect rapidement (forme, taille, épaisseur, couleur) est un signe d'alerte.

26. Pour plus d'informations, l'INCa a publié un dépliant sur la détection précoce du mélanome, destiné au grand public, répondant de manière simple et pédagogique aux principales questions sur le mélanome et les autres cancers de la peau :

http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/2876-depliant-dinformation-sur-la-detection-precoce-des-cancers-de-la-peau (mise à jour décembre 2011)

Crédit photo : Service dermatologique de l'Institut Gustave Roussy, Dr Michel Le Maître, Dr Philippe Deshayes, Dr Georges Rauter.

BÉNIN (PAS INQUIÉTANT)		MALIN (INQUIÉTANT)
	<ul style="list-style-type: none"> • A comme Asymétrie <p>Grain de beauté de forme ni ronde ni ovale, dont les couleurs et les reliefs ne sont pas régulièrement répartis autour du centre.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • B comme Bords irréguliers <p>Bords déchiquetés, mal délimités.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • C comme Couleur non homogène <p>Présence désordonnée de plusieurs couleurs (noir, bleu, marron, rouge ou blanc).</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • D comme Diamètre <p>Diamètre en augmentation.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • E comme Évolution <p>Changement rapide de taille, de forme, de couleur ou d'épaisseur.</p>		

La présence d'un ou plusieurs de ces critères, sans évoquer obligatoirement un cancer cutané, ne doit jamais être ignorée : au moindre doute, un grain de beauté qui se modifie, une tache brune qui apparaît, doit conduire à demander rapidement un avis médical. De la même manière pour les carcinomes, une plaie qui ne cicatrise pas ou une lésion cutanée qui persiste.

L'auto-examen

Le mélanome est susceptible de se développer sur toutes les peaux, quel que soit le phénotype de la personne. C'est pourquoi chacun doit être attentif à ces signes d'alerte.

Certaines personnes sont toutefois plus à risque de développer un mélanome, en raison de facteurs constitutifs individuels ou de modes de vie (personnes pratiquant fréquemment une activité en plein air, notamment) (cf. pages 12-14).

La fréquence de cette surveillance doit être évaluée avec son médecin traitant ou son dermatologue en fonction de son niveau de risque. Pour les personnes présentant un risque, il est recommandé :

- de se faire **examiner par un dermatologue** une fois par an.
- d'effectuer un **auto-examen** de sa peau régulièrement (tous les 3 mois pour les personnes les plus à risque), avec l'aide de la règle ABCDE et des conseils d'un dermatologue.

L'auto-examen consiste à observer attentivement sa peau de la tête aux pieds, avec un miroir ou en se faisant aider pour les zones difficiles. Aucune partie du corps ne doit être oubliée, y compris le cuir chevelu, le cou et les oreilles, le dos et les fesses, les organes génitaux, l'arrière des jambes et des bras, la paume et le dos des mains, les ongles, la plante des pieds et l'espace entre les orteils. Un examen fait convenablement prend environ 15 minutes.

L'auto-examen constitue également un outil important dans le suivi des patients traités pour un mélanome. Il fait partie des objectifs de l'éducation thérapeutique au même titre que l'autodétection d'une récurrence et la photoprotection.

A qui s'adresser ?

On peut s'adresser à son **médecin traitant**, qui oriente vers un dermatologue s'il identifie qu'une personne est à risque ou s'il repère une lésion suspecte au cours d'un examen.

Le **dermatologue** examine à l'œil nu l'ensemble de la peau et repère les taches ou grains de beauté pouvant faire suspecter un cancer. Il peut s'aider d'un dermoscope, sorte de loupe éclairante et très grossissante qui permet de voir à travers la couche superficielle de l'épiderme. Si le dermatologue repère une lésion suspecte de mélanome, il la retire (exérèse), le plus souvent sous anesthésie locale, pour la faire analyser. L'examen anatomopathologique de la lésion permet de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de cancer de la peau, et le cas échéant, de préciser le stade de développement de la tumeur.

Par ailleurs, l'INCa a mis en ligne **un module de formation initiale et continue²⁷ à la détection précoce des cancers de la peau**. Ce module est destiné aux médecins généralistes, médecins du travail, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues et infirmiers. Il vise à aider ces professionnels de santé à repérer des lésions suspectes et à identifier des situations à risque, afin que les patients concernés puissent être orientés sans délai vers un praticien.

27. Module de formation en ligne sur le site de l'INCa : <http://www.e-cancer.fr/formations-demographie/outils-de-formation>

Le **Syndicat national des dermatologues vénéréologues (SNDV)** organise, par ailleurs, tous les ans depuis 1998, une journée nationale de prévention et de dépistage anonyme et gratuit des cancers de la peau. Cette journée, placée sous le haut patronage du ministère chargé de la Santé, bénéficie du soutien de l'Institut National du Cancer. Elle a permis depuis 13 ans de recevoir plus de 254 000 patients qui ont bénéficié d'une consultation gratuite : plus de 450 mélanomes ont ainsi pu être dépistés.

Fiche 5

Expertises et recommandations

L'INCa et l'Anses ont publié plusieurs expertises sur les rayonnements UV (artificiels et solaires) et la détection précoce des cancers de la peau.

● **Un rapport sur l'état des connaissances relatives à l'exposition et aux risques sanitaires liés aux ultraviolets**²⁸

Publié en 2005, suite à une demande des Ministères en charge de l'environnement et de la santé, ce rapport réalisé par l'Afsse, devenu depuis l'Anses, conjointement avec l'InVS et l'Afssaps, fait le point sur les risques sanitaires liés à l'exposition aux rayonnements d'origine naturelle et à l'utilisation des installations de bronzage. Sur cette base, l'Agence a émis des recommandations destinées à permettre au grand public de se protéger des effets néfastes du soleil (protection des enfants dès le plus jeune âge, connaissance de son type de peau, port de vêtements opaques et couvrants, éviter l'exposition entre 12 et 16 heures l'été...). Par ailleurs, l'Agence préconisait d'améliorer le dépistage précoce des cancers de la peau et a fait des recommandations, convergentes avec celles de l'OMS, vis-à-vis de l'usage des installations de bronzage.

● **Un rapport sur le lien entre UV (artificiels et solaires), vitamine D et cancers non cutanés**²⁹

L'INCa a publié ce rapport, dans le cadre de l'action 12-5 du Plan cancer 2009-2013 portant sur le renforcement de la prévention à l'exposition aux rayonnements UV naturels et artificiels, et en réponse à une saisine de la Direction générale de la santé (DGS). Cette publication (juillet 2011) fait suite à la diffusion d'informations évoquant un effet potentiellement protecteur du rayonnement UV sur des cancers non cutanés *via* la production de vitamine D.

28 Synthèse du rapport consultable sur <http://www.anses.fr/ET/DocumentsET/UV-etat-des-connaissances-exposition-risques-sanitaires.pdf>

29 <http://www.e-cancer.fr/prevention/environnement-et-cancers/exposition-aux-rayonnements-uv/>

● **Un rapport sur les installations de bronzage : état des lieux des connaissances et risques de cancers**

Ce rapport, réalisé en 2010, à la suite d'une saisine de la DGS, fait le point sur les risques de cancers en France liés aux installations de bronzage artificiel et propose des recommandations pour prévenir ces risques pour les utilisateurs.

● **Les fiches repère « Rayonnements ultraviolets et risques de cancer » et « Détection précoce des cancers de la peau »³⁰.**

Ces fiches proposent un point synthétique des connaissances sur ces thématiques.

● **Le dépliant d'information « Cancers de la peau : risques professionnels ».**

Destiné aux médecins, ce dépliant paru en mai 2012 rappelle les facteurs de risque professionnels de cancers cutanés, indique qui assure le suivi des patients exposés ou ayant été exposés à ces facteurs de risque ainsi que les procédures de déclaration en maladie professionnelle. Il insiste également sur les mesures de prévention des maladies professionnelles.

L'INCa et l'Anses ont, par ailleurs, collaboré à la rédaction du **Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)** de l'INVS consacré au bronzage artificiel³¹.

La loi du 9 août 2004 confie à l'Institut National du Cancer la mission de définir les bonnes pratiques et les conditions nécessaires à la qualité de la prise en charge des malades atteints de cancer. Plusieurs productions ont ainsi été publiées, dans ce cadre, sur les cancers cutanés³² pour les professionnels de santé et les patients :

● **Le guide ALD HAS-INCa sur le mélanome cutané³³**

Elaboré avec la Haute Autorité de santé (HAS), ce guide, mis à jour en janvier 2012, a pour objectif de présenter aux médecins traitants la prise en charge optimale d'un patient admis en ALD pour mélanome. Il vise à conforter la fonction de proximité du médecin traitant à chaque

30. Pour consulter les fiches repère : <http://www.e-cancer.fr/expertises-publications-de-l-inca/fiches-repere>

31. InVS, BEH n°18-19 – Le bronzage artificiel : une menace bien réelle, mais évitable, pour la santé publique, 22 mai 2012.

32. <http://www.e-cancer.fr/soins/recommandations/cancers-de-la-peau>

33. ALD n°30 Mélanome cutané – Guide médecin. Haute Autorité de Santé (HAS), Institut National du Cancer (INCa). janvier 2012. Disponible sur <http://www.e-cancer.fr/soins/recommandations/cancers-de-la-peau>

étape de la maladie : diagnostic, phase thérapeutique initiale et particulièrement lors de la période de suivi de la maladie. Ces guides ALD s'accompagnent de la liste des actes et prestations habituellement nécessaires à cette prise en charge. Un guide ALD patient « La prise en charge de votre mélanome cutané » est également disponible.

● **Guide Cancer Info : « Les traitements du mélanome de la peau »³⁴.**

Réalisé en 2010 avec le soutien de la Ligue nationale contre le cancer, ce guide répond aux questions des patients sur le choix des traitements, le rôle des professionnels ainsi que sur les questions liées à la vie quotidienne.

● **Des recommandations de prise en charge spécialisée sur le carcinome épidermoïde cutané³⁵**

Ces recommandations, produites par la Société Française de Dermatologie (SFD) et destinées aux professionnels de santé, portent sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané. Elles ont reçu le label INCa-HAS en mai 2009.

● **Des recommandations de prise en charge spécialisée sur le mélanome cutané**

Par ailleurs, l'INCa a démarré, en avril dernier, un projet de recommandations nationales pour la prise en charge du mélanome métastatique, dans le contexte notamment de la mise à disposition récente de deux nouvelles molécules (ipilimumab et vemurafenib). Le travail de ce groupe pluridisciplinaire sera ciblé sur trois questions cliniques d'actualité pour lesquelles la diffusion de recommandations nationales semble prioritaire dans une perspective d'amélioration de la prise en charge de ces patients.

Les recommandations de prise en charge spécialisée sur les cancers cutanés sont disponibles sur le site de l'INCa³⁵.

● **PAIR mélanome**

Dans le cadre de sa mission générale d'organisation de la lutte contre le cancer en France, l'INCa, avec La Ligue nationale contre le cancer et la fondation ARC pour la Recherche sur le

34. http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/5855-guide-les-traitements-du-melanome-de-la-peau

35. Recommandations sur le carcinome épidermoïde cutané : prise en charge diagnostique et thérapeutique
<http://www.e-cancer.fr/soins/recommandations/cancers-de-la-peau>

Cancer, met en œuvre un programme d'actions intégrées de recherche sur le mélanome (PAIR Mélanome).

Ce programme doit prendre en considération l'ensemble des dimensions et des problématiques d'épidémiologie, de prévention, de diagnostic précoce, de prise en charge des patients et des sciences humaines et sociales, ainsi que les questions de recherche cognitive, clinique et translationnelle liées aux mélanomes. Il comporte une réflexion multidisciplinaire suivie d'un séminaire national, qui aura lieu le 4 juillet prochain, puis d'un appel à projets.

Un groupe multidisciplinaire de 16 experts, présidé par Lionel Larue (Institut Curie), conduit actuellement une réflexion pour identifier les axes prioritaires de ce programme. Ces axes formeront le socle sur lequel l'Institut, la Ligue et la fondation ARC s'appuieront pour la rédaction puis la mise en œuvre d'un appel à projets national, lancé à l'automne 2012. L'objectif est de favoriser l'excellence scientifique.

Fiches annexes

**L'Institut national du cancer (INCa)
est l'agence sanitaire et scientifique dédiée au cancer en France.**

Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, l'INCa coordonne les actions de lutte contre les cancers. Il oriente et structure la recherche et l'organisation des soins, produit ou mobilise les expertises, soutient et stimule l'innovation, diffuse les connaissances et favorise leur appropriation. L'INCa suit la mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013 dont il pilote plus de la moitié des actions.

L'INCa joue un rôle d'accélérateur de progrès, au service des besoins des différents publics concernés : personnes malades, usagers du système de santé, professionnels et experts, décideurs, par l'intégration de l'ensemble des dimensions – sanitaires, scientifiques, sociales, économiques, sociétales... – et de l'ensemble des moyens d'action – recherche, prévention, dépistage, soins – liés aux pathologies cancéreuses.

L'Institut national du cancer **produit des expertises**, programmées ou sur saisine, sur les cancers et la cancérologie.

Il **lance des appels à projets** pour soutenir les structures et financer des projets et actions innovantes dans les domaines de la recherche, des soins, du dépistage, de la prévention et de l'accompagnement des malades.

Il **noue des partenariats** et met en œuvre des programmes de travail commun avec les autres institutions, les acteurs de la cancérologie et les acteurs territoriaux.

Il **évalue** les actions structurantes qu'il accompagne et les actions de recherche qu'il finance.

Il **associe ses parties prenantes** à toutes ses actions dès leur élaboration.

L'INCa est structuré autour de deux pôles :

- **Santé publique et soins**
- **Recherche et innovation**

Ces deux pôles développent des interfaces fortes afin que les découvertes issues de la recherche contribuent rapidement à l'amélioration de la prise en charge des patients et à la réduction des inégalités face à la prévention, au dépistage et au recours aux soins.

L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (Inpes) a pour finalité de promouvoir des comportements, des habitudes de vie et des environnements favorables à la santé. Dans ce cadre, il définit et met en œuvre les programmes nationaux de prévention et d'éducation à la santé. Expert référent de la prévention santé, l'Inpes apporte à l'ensemble des publics les moyens pour protéger ou améliorer sa santé.

Un expert des comportements de santé des Français

L'Inpes possède une expertise pluridisciplinaire et spécifique, réalise et publie des enquêtes et études sur les connaissances, attitudes et comportements de santé des Français et les pratiques des professionnels : *Baromètre santé, Baromètre médecins généralistes, Baromètre cancer, Baromètre environnement...*

Celles-ci permettent de :

- disposer d'indicateurs quantifiés sur les attitudes, connaissances, opinions et comportements de la population dans les différents domaines étudiés ;
- obtenir des indications sur la modification des comportements et donc l'impact des politiques de santé publique au fil du temps ;
- mieux comprendre les attentes de la population et des professionnels de santé, ainsi que les freins à certaines pratiques.

Afin d'aider l'ensemble des acteurs du champ de la prévention, l'Inpes partage et diffuse ses connaissances à travers, notamment :

- sa revue bimestrielle de référence en matière d'éducation pour la santé, *La Santé de l'homme* ;
- l'animation de séminaires, colloques ou journées de formation (Journées de la prévention, colloque scientifique, etc.).

Un acteur majeur de la prévention et de l'éducation pour la santé

L'Inpes conçoit et met en œuvre de nombreux dispositifs d'information et de communication innovants adaptés aux différents publics (grand-public, professionnels de l'éducation et du secteur

médico-social, jeunes...) sur les grandes priorités de santé publique : prévention des addictions (tabac, alcool, toxicomanies...), du VIH et des autres IST, promotion de la vaccination, de la nutrition et de l'activité physique, etc.

Parmi les moyens mis en œuvre :

- des campagnes de communication (télévision, radio, presse, affichage, etc.), qui s'adressent à l'ensemble de la population ou à des publics spécifiques (jeunes, migrants, populations des départements français d'outre-mer, professionnels, etc.) ;
- des dispositifs d'aide à distance, tels que des lignes téléphoniques (Tabac info Service...) et des sites Internet (onsexprime.fr, choisirsacontraception.fr...), permettant aux personnes qui le souhaitent ou qui en ont besoin d'être écoutées ou de se renseigner sur une situation qui les concerne ou les inquiète ;
- des publications (dépliants, brochures, ouvrages, référentiels, etc.), adaptées aux différents publics ou réalisées en appui des campagnes. Ce sont ainsi plusieurs dizaines de millions de documents qui sont diffusés gratuitement chaque année ;
- des outils d'aide à l'action, conçus plus spécifiquement pour les professionnels de l'éducation (ex : *Léa et l'air*), du médico-social et du monde associatif (classeur *Atout prix*, etc.), ou encore de la santé (guide d'intervention *Entre nous*, destiné à instaurer le dialogue entre le praticien et l'adolescent, guide *Grossesse et accueil de l'enfant*, etc.).

Un partenaire des acteurs de proximité

L'Inpes soutient les associations et les collectivités locales dans leurs actions en faveur de la santé, en mettant à leur disposition les outils nécessaires (kit d'accompagnement sur la signalétique piétonne, par exemple) ou au travers de partenariats ou de subventions. L'objectif est de les aider à relayer et amplifier, sur le terrain et dans différents milieux (établissements de soins, écoles, lieux de travail, etc.), les actions de l'Institut en matière d'éducation pour la santé. Ainsi, l'Inpes a récemment noué des partenariats avec l'association Elus, Santé Publique & Territoires, la Caisse nationale d'Assurance vieillesse ou encore la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. D'autre part, il développe des échanges à l'international, avec des pays comme le Québec, la Russie ou la Chine, afin de tirer les enseignements des expérimentations et des pratiques qui y sont menées.

Travaillant en étroite réseau avec les professionnels des champs sanitaire, social et éducatif, l'Inpes établit des programmes de formation à l'éducation pour la santé, valide et diffuse des référentiels de bonnes pratiques et des critères de qualité pour les actions développées. Il est une ressource (centre de documentation, pédagogie, etc.) et un référent méthodologique (appui technique, mise en place de programmes de formation initiale et continue à l'éducation pour la santé, etc.) pour aider médecins, enseignants ou animateurs de terrain à conduire des actions auprès de la population et répondre aux éventuelles questions de leurs patients.

Plus d'informations sur l'Inpes : www.inpes.sante.fr

L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail



L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail a été créée le 1er juillet 2010 par la fusion de deux agences sanitaires françaises : l'Afssa – Agence française de sécurité sanitaire des aliments – et l'Afsset – Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail. En reprenant leurs missions respectives, l'Anses offre une lecture transversale des questions sanitaires et appréhende ainsi, de manière globale, les expositions auxquelles l'Homme peut être soumis, à travers ses modes de vie et de consommation ou les caractéristiques de son environnement, y compris professionnel.

Préserver la santé humaine, animale et végétale

En santé humaine, l'Anses intervient dans trois champs : l'alimentation, l'environnement et le travail. Elle a également pour objectif d'évaluer les risques pesant sur la santé animale et végétale. Elle formule, sur la base de ses rapports scientifiques, des avis et recommandations aux pouvoirs publics.

Garantir la sécurité et la qualité des aliments

L'Agence évalue les risques sanitaires et nutritionnels sur l'ensemble de la filière agroalimentaire. Elle évalue les propriétés nutritionnelles des substances entrant dans l'alimentation humaine et animale, ainsi que les bénéfices liés. Elle assure le suivi des comportements alimentaires et leurs évolutions, et identifie les populations les plus exposées. Enfin, elle évalue la qualité sanitaire des eaux destinées à la consommation.

Évaluer les risques sanitaires liés à l'environnement

Santé et environnement sont deux domaines étroitement liés. L'Anses évalue les impacts de l'environnement sur la santé humaine pour mieux identifier les risques sanitaires liés aux pollutions des milieux de vie (air, eaux, sol). Elle intervient notamment sur plusieurs thématiques : cancer et environnement, exposition aux agents biologiques, chimiques et physiques, réglementation de l'usage des substances chimiques dangereuses...

Évaluer les risques sanitaires en milieu professionnel

Aujourd'hui, les préoccupations grandissent vis-à-vis des expositions aux maladies professionnelles et aux risques différés liés aux substances chimiques, comme celles présentes dans les nanomatériaux ou l'amiante. L'Anses étudie les mécanismes d'exposition en milieu de travail et les risques sanitaires propres à différentes professions grâce à des méthodes d'évaluation et des outils innovants. Au sein du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P), l'Anses contribue activement au développement des connaissances des dangers et des expositions en milieu professionnel, ainsi qu'à la définition de stratégies de vigilance.



L'Institut de veille sanitaire

L'Institut de veille sanitaire (InVS) est un établissement public administratif placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé qui intervient dans tous les domaines de la santé publique : maladies infectieuses, maladies chroniques, traumatismes, santé environnementale et santé au travail.

Créé par la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, l'InVS a vu ses missions complétées et renforcées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, afin de répondre aux nouveaux défis révélés par les crises sanitaires récentes et les risques émergents.

L'InVS a pour missions :

- **la surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé de la population**
L'InVS participe au recueil et au traitement des données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques, en s'appuyant notamment sur des correspondants publics et privés constituant le réseau national de santé publique ;
- **la veille et la vigilance sanitaires**
L'InVS est chargé de rassembler, analyser et actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution ; de détecter de manière prospective les facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse ; d'étudier et de répertorier, pour chaque type de risque, les populations les plus fragiles ou menacées ;
- **l'alerte sanitaire**
L'InVS doit informer sans délai le ministre chargé de la Santé en cas de menace pour la santé de la population ou de certaines de ses composantes, quelle qu'en soit l'origine, et lui recommander toute mesure ou action appropriée pour prévenir la réalisation ou atténuer l'impact de cette menace ;
- **une contribution à la gestion des situations de crise sanitaire**
L'InVS propose aux pouvoirs publics toute mesure ou action nécessaire.

Pour assurer au mieux ses missions sur tout le territoire, l'Institut s'appuie sur 17 Cellules interrégionales d'épidémiologie, les Cire, réparties en métropole et outre-mer. Il anime des réseaux de correspondants publics et privés intervenant dans le champ sanitaire au niveau national et local. Il participe activement à l'action européenne et internationale de la France, notamment à travers des réseaux internationaux de santé publique dédiés à la surveillance et à l'alerte sanitaires.



LE SYNDICAT NATIONAL DES DERMATOLOGUES VENEREOLOGUES

Le Syndicat National des Dermatologues-Vénérologues regroupe environ 65 % des dermatologues français en exercice, soit 2230 dermatologues libéraux et hospitaliers sur les 3400 dermatologues exerçant en France (92 % en cabinets privés et 8 % en services hospitaliers).

Il a pour principales missions l'unité et la représentation de la spécialité, le respect des principes de l'éthique médicale.

Il s'occupe des problèmes propres à la spécialité sous toutes ses facettes, et vient en aide aux adhérents dans leur exercice quotidien.

Le SNDV formule des propositions socio-économiques auprès du Ministère de la santé et des caisses d'assurance-maladie pour optimiser la qualité des soins en dermatologie. Il est partenaire des trois centrales syndicales représentant l'ensemble des médecins (CSMF, SML, FMF) et participe aux travaux d'harmonisation européenne de la spécialité, à travers la section dermatologie-vénérologie de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS).

POURQUOI avoir fondé le Syndicat National des Dermatologues Vénérologues ?

Le Syndicat National des Dermatologues-Vénérologues a été fondé en 1928, à une époque qui a vu émerger la dermatologie comme spécialité médicale, étroitement liée à la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles ("Vénérologie"). Le syndicat est dirigé par un conseil d'administration, élu tous les trois ans par les adhérents de chaque région de France. Ces délégués régionaux élisent pour 3 ans un Bureau comportant un président, un secrétaire général (et son adjoint), un trésorier (et son adjoint), quatre vice-présidents. Bureau et Conseil d'administration se réunissent régulièrement.

La Journée Nationale de Prévention et de Dépistage des cancers de la peau est depuis 13 ans une action phare du SNDV et un vecteur majeur pour faire passer les messages de sensibilisation et de prévention en direction des publics visés.

Ses perspectives d'évolution doivent aller vers plus de prévention vis-à-vis des populations à risques, de pédagogie, d'actions dans les écoles pour sensibiliser les enfants dès le plus jeune âge.

INFOS PRATIQUES JOURNEE 2012 : 24 mai

Pour connaître l'adresse des centres de dépistage :

le 3015 (N° gratuit depuis un poste fixe) – www.dermatos.fr – l'application SOLEILRISK

La journée nationale de prévention et de dépistage des cancers de la peau

Le Docteur Claudine Blanchet-Bardon, initiatrice et coordinatrice de la Journée, est au cœur du dispositif d'organisation depuis la création de l'opération en 1998.

Le principe de cette Journée de santé publique est basé sur le volontariat des dermatologues qui dépistent bénévolement lors de ce rendez-vous annuel. Ces dépistages ont lieu partout en France, hors de leurs cabinets, dans des centres dédiés mis à disposition par les municipalités et dans certains centres de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) ouverts à tous pour l'occasion.

L'objectif initial de cette opération consiste à sensibiliser le public sur le dépistage précoce des cancers de la peau ainsi que sur la photoprotection. Cet objectif est en partie atteint mais il reste à alerter plus particulièrement les publics moins faciles à toucher, tels que les professions travaillant en extérieur, les ouvriers, les sportifs de plein air ou les jeunes, etc.

Bilan de la journée nationale de prévention et de dépistage gratuit des cancers de la peau 2011

Les données recueillies à l'issue de l'édition 2011 ont fait l'objet d'une évaluation commanditée par **l'Institut National du Cancer (INCa)**. Cette évaluation réalisée par **BVA**, pour l'INCa, fait apparaître des résultats qui confirment l'intérêt de la population pour cette opération de santé publique et des diagnostics globalement conformes aux résultats enregistrés dans ce cadre depuis la création de la Journée en 1998.

Une implication nationale des dermatologues

13 848 patients ont consulté gratuitement un dermatologue lors de cette journée avec en moyenne 52 patients par centre (contre 61 en 2010). 264 centres ont été ouverts (256 en 2010). Dans chaque département, c'est en moyenne près d'un quart des praticiens qui se sont mobilisés, avec ¼ des départements où l'on en dénombre plus de la moitié. En moyenne, 3 dermatologues étaient présents par centre et 18 patients ont été examinés par chacun d'entre eux.

Près de 1 800 lésions mélaniques à contrôler, près de 1 000 cas de kératose actinique, un peu plus de 400 cas de sujets avec carcinomes basocellulaires et 72 cas de carcinomes épidermoïdes et 33 mélanomes qui ont été suspectés (diagnostic à confirmer) au cours de cette 13ème Journée Nationale de Prévention et de Dépistage des cancers de la peau.

Cette Journée de santé publique est attendue du public chaque année et a permis depuis 13 ans de recevoir plus de 254 000 patients qui ont pu bénéficier d'une consultation gratuite : plus de 450 mélanomes ont ainsi pu être dépistés. De plus, cette opération est la seule initiative privée d'ampleur nationale au service de tous.