

Au Professeur Jean-François Delfraissy
Président CCNE



Paris le 2 avril 2026

Monsieur,

Nous souhaitons attirer votre attention sur le développement rapide et peu réglementé de différentes modalités de dépistage du cancer de la peau assistées par intelligence artificielle.

1. Contexte

Nous observons actuellement des **difficultés majeures d'accès aux soins dermatologiques** en France. Ces difficultés sont liées à une **pénurie de dermatologues** qui aurait dû être anticipée et compensée par la formation d'un nombre plus important d'internes, demande répétée du Collège des Enseignants de Dermatologie non satisfaite à ce jour. Ainsi, malgré les efforts d'organisation de la profession (états généraux de la Dermatologie 3 avril 2025, Ministère de la Santé), il nous est de plus en plus difficile de répondre dans un délai adapté à la demande de soins et de dépistage en dermatologie. Dans ce contexte, nous observons **l'émergence de plusieurs acteurs, opérateurs privés, industriels, investisseurs et financiers, prétendant répondre à cette problématique**. Ces acteurs, ignorants l'éthique médicale et l'expertise dermatologique, sont de deux types :

- Centres de dépistage avec photographie corporelle totale, avec ou sans utilisation d'une intelligence artificielle
- Mise à disposition de dermoscopes reliés à des algorithmes d'intelligence artificielle chez les pharmaciens, assortie de téléexpertise médicale qui n'est pas toujours réalisée par un dermatologue et souvent extra-territoriale

Nous présenterons dans un premier temps les modalités de ces nouvelles **pratiques problématiques** avant d'aborder les risques qu'elles présentent. Nous concluons avec des recommandations.

2. Modalités pratiques

2.1. Centres de dépistage avec systèmes de photographie corporelle totale automatisée

Nous assistons à la mise en place de « centres de dépistage cutané » structurés autour de dispositifs de cartographie corps entier 2D/3D automatisée reposant sur des photographies. Ces systèmes de photographies corporelles automatisés permettent d'imager l'ensemble de la peau d'un individu avec une très bonne résolution. Il existe plusieurs modèles et marques, soit avec une représentation en 2 dimensions (système des marques Fotofinder¹ Ou Pixience²), soit avec la mise en place d'un avatar numérique en 3D (Canfield³). L'avènement de l'Intelligence Artificielle (IA) en

BUREAU

Dr C. OLIVERES-GHOUTI (Présidente)

Pr F. CAUX (Vice-Président)

Dr N. JOUAN (Secrétaire Générale)

Pr P. WOLKENSTEIN (Trésorier)

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Dr M. REVERTE

Pr M.-A. RICHARD

Dr L. SULIMOVIC

Pr L. MISERY

ASSEMBLEE GENERALE

Pr N. DUPIN

Pr S. ORO

Dr R. MOHTY

Dr A. PETIOT-ROLAND

dermatologie laisse croire que ces systèmes sont dotés d'une intelligence artificielle capable de détecter de manière autonome des cancers de la peau : cependant **il n'existe à ce jour aucune intelligence artificielle sur cartographie corporelle**. Ces machines servent avant tout aux professionnels formés à comparer des photographies de haute résolution de l'ensemble des nævus d'un patient d'un rendez-vous de surveillance à l'autre, permettant d'identifier l'apparition ou la modification des lésions naeviques (grains de beauté). Les dernières recommandations australiennes et européennes de prise en charge du mélanome **recommandent l'usage de la cartographie corporelle pour le dépistage des patients à risque élevé de mélanome, c'est-à-dire ceux** atteints d'un syndrome des nævus atypiques avec de nombreux naevus et/ou des naevus atypiques, ou ceux ayant un antécédent personnel de mélanome(s) ou présentant une prédisposition génétique au mélanome⁴⁻⁵ (Annexe 1). Ce système permet un dépistage précoce du mélanome et d'éviter les exérèses inutiles de lésions bénignes (Annexe 2).

Cette surveillance clinique assistée par une cartographie corporelle et une vidéodermoscopie sur les lésions atypiques que l'expert identifie, requiert une **expertise élevée**, qu'actuellement seule une formation de **dermatologue** permet. En effet l'usage de ces systèmes implique de savoir repérer la ou les quelques lésions réellement suspectes au milieu des lésions bénignes souvent multiples. Le travail de repérage, fait par le dermatologue, reste aujourd'hui indispensable. A noter qu'en Allemagne, pays européen où l'utilisation de la cartographie 3D par VECTRA WB 360 est la plus développée (12 centres selon le site web de Canfield), ces **appareils sont installés pour la plupart dans des structures de soins dirigées par des dermatologues**.

Les centres de dépistage que l'on voit se multiplier sur le territoire français n'impliquent le plus souvent pas de dermatologue. Malgré ce qui est allégué, les médecins généralistes qui y interviennent ne sont pas toujours formés à la dermatologie et à la dermoscopie. Il est également fréquent que du personnel paramédical (assistante, technicienne) intervienne dans l'examen et analyse des lésions cutanées sans être supervisé par un dermatologue. **L'expertise suffisante pour un usage pertinent fait donc défaut**.

Enfin, ces centres ne sont le plus souvent **pas intégrés dans les réseaux territoriaux** de dermatologues et ne garantissent donc pas un parcours de soin coordonné et cohérent avec une bonne prise en charge d'aval indispensable au patient incluant un avis dermatologique, une chirurgie cutanée le cas échéant puis un suivi adapté par un dermatologue si un mélanome est diagnostiqué.

2.2. Mise à disposition de dermoscopes reliés à des algorithmes d'intelligence artificielle avec téléexpertise médicale

Plusieurs sociétés ont développé des algorithmes de diagnostic du mélanome certifiés dispositifs médicaux à partir d'images dermoscopiques⁶. Même si ces algorithmes présentent des performances remarquables dans quelques études scientifiques publiées⁷, il faut noter que ces études sont très majoritairement conduites sur des bases de données standardisées, loin des pratiques cliniques habituelles. Les preuves de leur efficacité en pratique courante sur la population française sont donc très insuffisantes. **Ils n'analysent que la lésion sélectionnée, alors que la règle de bonne pratique** d'un dépistage de qualité est un **examen cutané complet**. Cet

examen cutané complet, qui permet de réaliser l'analyse de la lésion dans le contexte des autres lésions que présente l'individu et donc de faciliter l'identification d'une lésion de type Vilain Petit Canard⁸ est le plus souvent oublié, pour se **focaliser sur la lésion que l'utilisateur non dermatologue et/ou le patient souhaitent analyser**. La performance intrinsèque de l'algorithme ne saurait compenser une sélection inadéquate de la lésion, en particulier lorsque celle-ci est réalisée par des professionnels non spécialisés ou par les patients eux-mêmes. En effet, la **qualité des images acquises par une personne non formée à la technique (patients, pharmaciens, techniciennes)**, que ce soit une photographie macroscopique ou dermoscopique, est la condition essentielle à la fiabilité de l'analyse algorithmique. Cependant celle-ci est très variable et dépendante des conditions de prise de vue, de la lumière, du matériel utilisé et est souvent non standardisée en pratique courante.

Enfin, la **téléexpertise médicale associée** est souvent réalisée par un professionnel qui n'est pas toujours dermatologue et exerçant dans une zone géographique éloignée du patient. Cette situation reflète **un parcours de soin non territorialisé**.

3. Risques

3.1. Risques médico-économiques et impact sociétal du dépistage de masse des cancers cutanés

Le dépistage de masse de la population va à l'encontre de toutes les recommandations médicales dermatologiques. En effet, il a été clairement démontré à la suite de campagnes menées notamment en Allemagne en 2003-2004 qu'un tel dépistage est non seulement très coûteux mais surtout clairement inefficace puisqu'il faut dépister 1000 personnes pour identifier 1 à 2 mélanomes⁹ et qu'il n'y a aucun impact sur la mortalité. D'ailleurs, ces chiffres sont similaires aux chiffres rapportés par certains centres de dépistage avec cartographie corporelle sans dermatologue.

Concernant le dépistage du mélanome, il convient donc en toute rigueur de **promouvoir un dépistage ciblé chez les sujets à risque élevé** (Annexe 1). Le ciblage de ces populations à fort risque de mélanome permet de réduire fortement le nombre de patients à dépister pour identifier un mélanome. Ainsi selon l'expérience australienne et l'expérience espagnole, le suivi clinique et par imagerie d'une population à risque élevé de mélanome conduit ici à détecter 50 à 100 mélanomes pour 1000 patients^{10,11}.

Concernant l'Intelligence Artificielle de classification à partir d'images dermoscopiques : actuellement, en l'absence de réglementation européenne, les organismes de certification (marquage CE) se basent sur les pré-requis américains pour définir les performances cliniques minimales à atteindre. Par nature, ils favorisent le diagnostic du mélanome (sensibilité élevée), mais classent à tort de nombreuses lésions bénignes en lésions suspectes (faux négatifs, donc « fausses alertes »). Pour répondre à cet enjeu, il est important que le professionnel qui les utilise puisse **interpréter et avoir un regard critique sur le résultat produit par l'algorithme**. Cette garantie humaine est d'ailleurs obligatoire depuis la mise en application de l' « IA Act » en Europe¹². L'utilisation de ces outils par des praticiens non spécialisés en dermatologie (médecins généralistes, radiologues, techniciennes, assistants médicaux, pharmaciens) favorise donc une

attitude **alarmiste par excès, et une inflation mécanique d'actes inutiles** (notamment chirurgicaux).

3.2. Impact pour les patients :

Dans les deux cas (centre de dépistage ou analyse d'une lésion via un dermoscope associé à une IA puis à un avis par téléexpertise), il existe un **risque d'orientation directe des patients vers des actes chirurgicaux, sans validation préalable par un dermatologue**, exposant à des exérèses inutiles et à une morbidité évitable¹⁰.

En outre, lorsqu'un patient se voit annoncer une suspicion de cancer par un courrier suite à une téléexpertise succincte, ou qu'il attend ses résultats histopathologiques, **il peut vivre une détresse psychologique et un sentiment d'abandon** : de par le paramétrage « alarmiste » des outils multipliant ces situations difficiles par nature ; mais aussi puisque ce patient risque de se trouver dans l'impossibilité d'accéder rapidement à un dermatologue, ou **d'être laissé sans accompagnement ou information adaptée**.

Par ailleurs, **la communication et l'information délivrées aux patients ne nous paraissent pas loyales, du fait du manque d'expertise minimale requise**. D'autant plus avec l'utilisation de préfixes ou suffixes « derm », « skin », « peau » ou « France Dermatologie », ou encore avec des allégations d'une prise en charge par un réseau de dermatologues si besoin, qui sont sujettes à confusion, voire à tromperie. **Nous tenons à alerter les pouvoirs publics sur le risque de promesses non tenues**.

Concernant les dispositifs connectés en pharmacie, **la sélection de la lésion à analyser est laissée à la libre appréciation du patient et/ou du pharmacien, faisant courir le risque de passer à côté de la lésion réellement suspecte**. Ce risque est élevé car l'expérience montre que les patients ne savent pas bien repérer une lésion suspecte et qu'ils sont souvent inquiétés par des lésions bénignes.

Cette situation interroge la pertinence des soins délivrés et le respect d'un principe fondamental de la déontologie médicale : *primum non nocere*^{6,10}.

3.3. Désorganisation structurelle du parcours de soin et du système de santé

Quand la photographie d'une lésion cutanée est prise en pharmacie grâce à un dispositif connecté, elle est analysée par une IA, puis en téléexpertise par un médecin à distance (parfois non-dermatologue). Ce professionnel peut être confronté à des situations qui le dépassent car, soit il n'est pas suffisamment formé à l'analyse diagnostique des lésions cutanées et n'est donc pas capable de proposer une prise en charge adaptée, soit les photos transmises sont de mauvaise qualité ne permettant pas de donner un avis sans risque médico-légal. Il adresse donc au patient un courrier de demande d'avis auprès d'un dermatologue. Or ces derniers manquant, les **patients errent alors sans solution ou tentent par tous les moyens d'en trouver une** (souvent mauvaise : consultations aux urgences, déplacements très longues distances, etc.). Dans un contexte de tension démographique extrême, **les dermatologues d'un territoire doivent ainsi faire face à une**

multiplication des demandes, non pertinentes, subies, émanant d'un « parcours de soins » erratique qui ne les a pas initialement intégrés puisqu'aucun maillage d'aval n'a été sérieusement anticipé (contrairement à ce qui est parfois dit aux patients). De même lorsque dans les centres de dépistage des avis de téléexpertise sont demandés, ces demandes ajoutent une surcharge de travail injustifiée pour les dermatologues la recevant en raison du manque d'expertise des personnes non formées qui en font la demande. Ces avis peuvent ainsi entraîner une augmentation des consultations spécialisées non pertinentes, contribuant à l'engorgement d'un système déjà en tension. L'exigence de **continuité des soins**, qui incombe à la personne qui réalise l'acte de « dépistage », **n'est pas tenue**. Rappelons que les dermatologues se sont déjà organisés sur la plupart des territoires avec les médecins généralistes grâce à la téléexpertise, qui répond très bien à ces enjeux d'accès facilité et accéléré au dermatologue lorsqu'une lésion suspecte est repérée ce qui garantit une réponse adaptée lorsque le parcours de soin est respecté.

Loin de fluidifier l'accès aux soins, ces modèles non pilotés, acceptant toutes les demandes de patients **retardent la prise en charge des patients présentant des lésions réellement suspectes**. Cette nouvelle offre correspond davantage à une marchandisation de la santé qu'à une offre organisée répondant à des enjeux sanitaires identifiés.

3.4. Enjeux économiques

La Société Française de Dermatologie, comme les autres sociétés savantes internationales, ne recommande pas de dépistage systématique du mélanome en population générale. De ce fait, l'accès direct à ces centres de dépistage sans « filtre » médical préalable, mais pourtant assorti d'un **remboursement par la sécurité sociale**, ne paraît **pas cohérent avec une politique de pertinence des soins et de maîtrise des coûts**.

Les dispositifs de cartographie corporelle représentent un investissement important, incitant à une **multiplication des actes** afin d'en assurer la **rentabilité**, négligeant la pertinence et le besoin médicaux réels. Ceci **contrevient au principe** fondamental de la déontologie médicale de **ne pas exercer la médecine comme un commerce**.

La photographie de lésions isolées en pharmacie n'est pas remboursée par l'assurance maladie, mais l'acte de téléexpertise qui l'accompagne l'est, en tiers-payant. Aucune étude ne prouve l'intérêt sanitaire de ces dispositifs et on peut s'interroger sur le nombre de demandes de téléexpertises inutiles induites par cette nouvelle offre.

Ces nouvelles pratiques sont sources d'actes et d'exérèses inutiles, voire d'arrêts de travail, provoquant une augmentation injustifiée des dépenses de santé.

Nous pointons donc une **situation génératrice d'une inflation injustifiée des dépenses de santé sans pertinence médicale**.

4. Propositions

Conscients que la demande sociétale de réassurance et donc de dépistage est une réalité à laquelle nous devons essayer de répondre, nous appelons à définir un cadre national, rationnel, dont voici les grandes lignes :

- **Remettre le dermatologue au centre de l'expertise** : création d'autorisation ou d'accréditation des centres de dépistage conditionnant leur ouverture à l'intégration de dermatologues référents en présentiel, responsables du pilotage de l'activité médicale réalisée et de la formation continue des intervenants. Cette mesure permettrait d'intégrer ces centres dans nos organisations territoriales dermatologiques pour promouvoir les parcours de soins vertueux et efficaces.
- **Réglementation d'achats de systèmes de cartographie cutanée** corporelle réservés aux dermatologues et aux structures intégrant la présence d'un dermatologue
- Compte tenu des recommandations en vigueur de notre société savante sur le ciblage du dépistage il faudra réfléchir à réguler **les conditions d'accès au remboursement** par les cotations de la sécurité sociale **dans les centres de dépistage avec des systèmes de photographie corporelle totale.**
- Réglementation de l'usage des dispositifs connectés en pharmacie : **obligation de les inscrire dans un parcours de soins coordonné territorialement** intégrant les dermatologues, par le biais des réseaux déjà en place (i.e. Equipe de Soins Spécialisée : ESS, CPTS), limitant strictement le recours à des « téléexperts » extra-territoriaux à des cas exceptionnels. Le **médecin réalisant une téléexpertise doit être dans l'obligation d'assurer, seul ou au sein d'un groupe de praticiens** définis et collaborant volontairement **la prise en charge présenteielle des patients qui le nécessiteraient.** Ce même principe d'intégration dans la **filière de soin territoriale** doit aussi s'appliquer aux centres de dépistage.
- **Formation obligatoire des non-dermatologues utilisant un outil de dépistage** (médecins généralistes et les assistantes médicales, techniciennes ou infirmières de pratique avancée, pharmaciens, etc.) au bon usage de ces outils technologiques et à la reconnaissance des lésions suspectes et bénignes. Cette formation devra être **validée par la Société française de Dermatologie et le Collège des Enseignants de Dermatologie de France.** Ces formations permettront de mettre en place un cadre de bonnes pratiques.
- **Faire évaluer par les dermatologues la pertinence des offres proposées pour le dépistage des cancers cutanées.** L'exercice médical doit se faire conformément aux données scientifiques.
- **Régulation de la communication des centres dits de « dermatologie » qui n'intègrent aucun dermatologue** (« France Dermatologie » : réseau de radiologues s'équipant de systèmes VECTRA / « Dermascan », etc.) ni réseau d'aval structuré, par un groupe de veille, des communiqués de presse en lien avec la Société Française de Dermatologie.
- Pour encadrer la demande de réassurance de la population, nous recommandons un **soutien par les pouvoirs publics** (CNAM, ministère de la santé) de nos campagnes de sensibilisation au mélanome afin d'améliorer **l'autodépistage**, et de promouvoir la **photoprotection**. La campagne « YES I CAN » menée par la Société Française de Dermatologie à destination des professionnels de santé et du grand public a rappelé que le dépistage de masse n'était pas recommandé pour tous. Ces messages sont rendus inaudibles par les initiatives de centre de dépistage fonctionnant sans dermatologue et proposant un dépistage de masse ouvert à tous au mépris des recommandations professionnelles. L'éducation au parcours de soin et le soutien des ESS serait également bénéfique.

Notre objectif n'est nullement de freiner l'innovation technologique, mais d'en garantir un usage pertinent et soutenable économiquement dans l'intérêt des patients et de l'organisation des soins et de prémunir la population contre des pratiques non éthiques voire mercantiles. Les nécessités économiques, le manque de dermatologues ne doivent pas servir de prétexte à installer des pratiques mensongères pour les patients, inefficaces voire délétères, et coûteuses pour la solidarité nationale.

Nos propositions remettent l'indispensable expertise dermatologique au centre de la prévention et du dépistage des cancers cutanés, tout en intégrant les nouveaux outils numériques et les contraintes démographiques, au service des patients.

Références

1. Site internet de la société Fotofinder®, disponible sur : <https://www.fotofinder.com/specialties/total-body-dermoscopy>
2. Site internet de la société Pixience®, disponible sur : https://www.pixience.com/bodymapper/?_gl=1*1cn7qju*_up*MQ..*_gs*MQ..&gclid=EAlalQobChMI7aW_24WnkwMVIaf9BR3hWBTyEAAYA_SAAEgLGvD_BwE&gbraid=0AAAAADobMly_SRTJRpkuhglxK-eUWfc-2
3. Site internet de la société Canfield®, disponible sur : <https://www.canfieldsci.com/imaging-systems/vectra-m3-3d-imaging-system/>
4. <https://www.cancer.org.au/health-professionals/clinical-practice-guidelines/melanoma>
5. Garbe C, Amaral T, Peris K, Hauschild A, Arenberger P, Basset-Seguín N, et al; European Association of Dermato-Oncology (EADO), the European Dermatology Forum (EDF), and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 1: Diagnostics - Update 2024. *Eur J Cancer*. 2025 Jan 17;215:115152.
6. S Pham, TC., Luong, CM., Hoang, VD. *etal.* . *Sci Rep* **11**, 17485 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-96707-8>
7. Ertürk Zararsız G, Yerlitaş Taştan SI, Çelik Gürbulak E, Erakcaoglu A, Yılmaz Işıkhan S, Demirbaş A, et al. Diagnosis melanoma with artificial intelligence systems: A meta-analysis study and systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 6 juin 2025
8. Grob JJ, Bonerandi JJ. The 'ugly duckling' sign: identification of the common characteristics of nevi in an individual as a basis for melanoma screening. *Arch Dermatol*. 1998 Jan;134(1):103-4.
9. Waldmann A, Nolte S, Weinstock MA, Breitbart EW, Eisemann N, Geller AC, Greinert R, Volkmer B, Katalinic A. Skin cancer screening participation and impact on melanoma incidence in Germany--an observational study on incidence trends in regions with and without population-based screening. *Br J Cancer*. 2012 Feb 28;106(5):970-4.
10. Soyer HP, Jayasinghe D, Rodriguez-Acevedo AJ, Collins LG, Caffery LJ, Whiteman DC, Betz-Stablein B, Osborne SR, Finnane A, Horsham C, Primiero C, Gray LC, Janda M. 3D Total-Body Photography in Patients at High Risk for Melanoma: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol*. 2025 May 1;161(5):472-481.
11. Serra-García L, et al. Clinical outcomes of 3D-total body photography and digital dermoscopy for surveillance of high-risk melanoma patients. A prospective longitudinal observational study. *Eur J Cancer*. 2025 Dec 9;231:116053.
12. Regulation (EU) 2024/1689 of the European Parliament and of the Council of 13 June 2024 laying down harmonised rules on artificial intelligence and amending Regulations (EC) No 300/2008, (EU) No 167/2013, (EU) No 168/2013, (EU) 2018/858, (EU) 2018/1139 and (EU) 2019/2144 and Directives 2014/90/EU, (EU) 2016/797 and (EU) 2020/1828 (Artificial Intelligence

Act) (Text with EEA relevance) [Internet]. 13 juin 2024. Disponible sur: <http://data.europa.eu/eli/reg/2024/1689/oj/eng>

Annexe 1 : Facteurs de risque de développer un mélanome

- Syndrome des naevus atypiques avec un nombre élevé de naevus et ou des naevus atypiques
- Antécédent personnel de mélanome (s)
- Antécédent familial de mélanome
- Porteur d'un gène de prédisposition au mélanome

Annexe 2 : Recommandations européennes de prise en charge du mélanome :

Whole-body photography	Evidence based recommendation
Level of recommendation B	Whole-body photography with sequential examinations should be used for the early detection of melanoma in high-risk patients.
Level of evidence: 2b	[81]
	Consensus rate: 100% (19/19)

“Sequential 2D or 3D whole-body photography and digital dermatoscopy significantly contribute to early melanoma detection, especially in the context of high-risk individuals. All known high-risk groups (genetic predisposition, personal melanoma history, high total nevus count, etc.) might benefit from whole-body photography. Sequential dermatoscopic documentation is mainly meaningful in the context of high-risk individuals with multiple atypical moles, facilitating both the detection of melanoma and the reduction of the number of unnecessary excisions.”

Annexe 3 : Tableau de synthèse des propositions

Propositions	Bénéfices attendus
Repositionnement du dermatologue au centre de l'expertise médicale - accréditation des centres de dépistage conditionnant leur ouverture à l'intégration de dermatologues référents en présentiel - pilotage de l'activité médicale réalisée et la formation initiale et continue des intervenants par les dermatologues	Intégrer obligatoirement la présence d'un dermatologue aux centres de dépistage Place centrale des dermatologues dans l'activité des centres et la formation des intervenants
Réglementation de l'achat de systèmes de cartographie cutanée corporelle	Réserver ces systèmes à la pratique dermatologique
Réflexion autour du remboursement des actes de dépistage au sein des centres de dépistage	Réguler les dépenses de santé Faire appliquer les bonnes pratiques médicales
Dispositifs connectés en pharmacie et dépistage par cartographie corporelle : <u>obligation de les inscrire dans un parcours de soins coordonné territorial intégrant les dermatologues en place et les praticiens concernés (chirurgiens, médecins généralistes),</u> par le biais des réseaux déjà en place Le médecin réalisant une téléexpertise doit être dans l'obligation d'assurer, seul ou au sein d'un groupe de praticiens définis et collaborant	Offrir une prise en charge adaptée de proximité aux patients, intégrer dans un parcours de soin
Formation obligatoire des non-dermatologues utilisant des dispositifs de dépistage : - Bonne utilisation de ces dispositifs technologiques - Reconnaissance des lésions cutanées suspectes et bénignes. Formation validée par la Société française de Dermatologie et le Collège des Enseignants de Dermatologie de France.	Former les professionnels
Evaluation par les dermatologues de la pertinence des offres proposées	Assurer une qualité des offres proposées
Régulation de la communication des centres dits de « dermatologie » qui n'intègrent aucun dermatologue	Assurer une transparence des offres
Soutien par les pouvoirs publics (CNAM, ministère de la santé) des campagnes de sensibilisation au mélanome afin d'améliorer l'autodépistage , et de promouvoir la photoprotection .	Sensibiliser la population au dépistage ciblé, aux mesures de photoprotection et à l'auto dépistage

