

CIRCUIT D'UN PATIENT ATTEINT D'UN CANCER CUTANE DANS LA REGION DE FES

Mémoire présenté par :

Docteur LAAMARI KAOUTAR

POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME DE SPÉCIALITÉ EN MÉDECINE

Option: Dermatologie

Sous la direction de Professeur Mernissi Fatima Zahra

Pr. MERNISSI Fz
Chef de Service de Dermatologie
CHU Hassan II Fès
Fax: 05.35.61.37.29

Session Juillet 2020

Remerciements

A Mon Maître

Madame le Professeur Mernissi Fatima Zahra

*Qu'il me soit permis de vous rendre un grand hommage et de vous exprimer ma
profonde gratitude et reconnaissance.*

*Je salue en vous les grandes qualités professionnelles et humaines que j'ai eues
l'occasion d'apprécier en travaillant dans votre équipe: dynamisme, droiture,
sérieux, dévouement, et sympathie, qui sont dignes d'admiration et de respect.
Vous avez guidé mes pas tout au long de mon cursus par vos précieux conseils.
Veuillez trouver ici, chère maître, le témoignage de ma vive gratitude et de mes
sentiments les plus respectueux.*

À Mon maître

Madame le Professeur Baybay Hanane

Vous avez guidé nos pas et illuminé notre chemin vers le savoir.

Vous avez prodigué avec patience et indulgence infinie, vos précieux conseils.

*Vous étiez toujours disponibles et soucieux de nous donner la meilleure
formation qui puisse être.*

*Qu'il nous soit permis de vous rendre un grand hommage et de vous formuler
notre profonde gratitude.*

A Mon Maître

Madame le Professeur Elloudi Sara

Vous m'avez toujours réservé le meilleur accueil, malgré vos obligations professionnelles. Vos encouragements inlassables, votre amabilité, votre spontanéité et votre gentillesse méritent toute admiration.

Vous avez illuminez mes moments difficiles par vos conseils en tant que maitre et amie

Je saisis cette occasion pour vous exprimer ma profonde gratitude tout en vous témoignant mon respect.

A Mes Très Chers Parents : Laamari El Houcine et Wadda Mahjouba

Vous avez guidé mes pas depuis mon enfance, et votre amour a fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Vos prières et votre bénédiction m'ont été d'un grand secours tout au long de ma vie. Quoique je puisse dire et écrire, je ne pourrais exprimer ma grande affection et ma profonde reconnaissance.

Puisse Dieu le tout puissant, vous préserver et vous accorder santé, longue vie et Bonheur.

Je vous aime,

Mon cher Mari Abdelhafid El Marfi

Aucun mot ne saurait t'exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour l'amour, la tendresse et le soutien inconditionnel dont tu m'as toujours entouré.

J'aimerais bien que tu trouves dans ce travail l'expression de mes sentiments de reconnaissance et d'amour les plus sincères car grâce à ton aide et à ta patience avec moi que ce travail a pu voir le jour.

*Que Dieu le tout puissant nous accorde un avenir meilleur ensemble
Je t'aime,*

A Mon Cher fils Med ADAM,

*Tu as illuminé ma vie par ta naissance,
C'est à toi mon adorable ange, ma joie, mon petit trésor que maman dédie ce travail pour te dire que tu resteras pour toujours le rayon du soleil qui égaye ma vie .*

Je t'aime jusqu'à l'infini et je te souhaite tous le bonheur du monde

A Mes frères LAAMARI FOUAD , et LAAMARI DRISS

Vous m'avez soutenu, conseillé, protégé.

*Pour toute la complicité et l'entente qui nous unissent, ce travail est un
témoignage de
mon attachement et de mon amour.*

A mes Beaux Parents : EL MARFI DRISS , BENTAJ HOURLA

*Je vous remercie pour votre hospitalité sans égal et votre affection si sincère. Je
vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.*

PLAN

LISTE DES GRAPHIQUES.....	10
LISTE DES TABLEAUX	12
INTRODUCTION	13
I. Epidémiologie des cancers cutanés dans la région de FES	15
1. Les phototypes cutanés.....	16
2. Les facteurs de risque des cancers cutanés :	16
3. Connaissances des lésions précancéreuses et suspectes	20
a. les lésions précancéreuses :.....	20
b. L'ulcère de Marjolin	21
c. Les radiodermes chroniques	21
d. Les cornes cutanées :	22
e. La chéilite actinique chronique	22
4. La surveillance des sujets à risque par auto examen :	22
a. Définition des sujets à risque :	22
b. Définition du principe de surveillance par auto examen :	23
5. La photoprotection :	25
Objectifs.....	28
Matériels et méthodes	30
RÉSULTATS	37
I. L'étude descriptive	38
1. Les données épidémiologiques:	38
1.1. L'âge :	38
1.2. Le sexe :	39
1.3. Antécédents médicaux :	40
1.3.1. Antécédents Chirurgicaux :	41
1.3.2. Situation géographique	41
1.3.3. Milieu Urbain / Rural	42
1.3.4. Profession :	43
1.3.5. Niveau socio économique :	44
1.3.6. Couverture Sociale :	45
2. Les données cliniques Avant l'arrivée au CHU :	46

Circuit d'un patient atteint d'un cancer cutané

2.1. Motif de Consultation :	46
2.2. Délai entre l'apparition de la symptomatologie et la consultation initiale :	47
2.3. Médecin traitant initial :	47
2.4. Prise en charge initiale :	48
3. l'arrivée au CHU :	49
3.1. Délai entre la date de début de la symptomatologie et la consultation au CHU	49
3.2. Délai entre consultation Initiale et la Consultation au CHU :	49
3.3. Lieu de consultation :	49
4. Prise en charge en intra hospitaliser:	50
4.1. Délai d'attente d'hospitalisation	50
4.2. Durée moyenne d'hospitalisation:	50
4.3. Types de cancers cutanés:	50
4.4. Prise en charge thérapeutique:	51
4.5. L'évolution:	53
5. La durée moyenne entre l'apparition des lésions et la prise en charge thérapeutique	54
II. L'étude analytique :	55
DISCUSSION	58
I. Déficit lié à la population et au système de santé :	59
1. L'accessibilité, un problème complexe	59
2. Les barrières identifiées	62
3. La pénurie des ressources humaines	69
4. Au niveau du Centre hospitalier Universitaire :	73
II. Déficit lié aux médecins :	75
1. Pratique de l'examen dermatologique et la recherche systématique des lésions cutanées suspectes :	75
2. Le recours au dermatologue en cas de doute diagnostique :	80
III. LES BESOINS EN FORMATION COMPLÉMENTAIRE :	81
1. Intérêt et impact de la formation des médecins dans la prévention et le dépistage des cancers cutanés :	81
2. Participation aux formations médicales continues (FMC):	82
3. Campagne de sensibilisation et de dépistage du cancer cutané:	82
IV. PLAN de santé 2025 :	84

V. Limites et perspectives :	86
1. Limites :	86
2. Perspectives :	86
CONCLUSION	87
RESUME	89
Bibliographie	94

Liste des graphiques:

Graphique 1 : Les tranches d'âge chez nos patients

Graphique 2 : La répartition du sexe dans notre étude

Graphique 3 : La répartition des antécédents médicaux dans notre étude

Graphique 4 : La répartition des patients de notre étude selon leurs situations géographiques

Graphique 5 : La répartition des patients de notre étude selon le milieu Urbain ou Rural

Graphique 6 : La répartition des professions dans notre étude

Graphique 7 : La répartition du niveau socio économique des patients dans notre étude

Graphique 8 : La répartition des différents moyens de couverture sociale des patients dans notre étude

Graphique 9 : La répartition des motifs de consultation les plus fréquents dans notre étude

Graphique 10 : La répartition des médecins traitants à la phase initiale de notre étude

Graphique 11 : La répartition des différentes stratégies de prise en charge des patients lors de la première consultation

Graphique 12 : La répartition des différents lieux de consultation au CHU

Graphique 13 : La répartition des différents types de cancers cutanés retrouvés dans notre étude

Graphique 14 : La répartition des patients selon le traitement

Graphique 15 : Répartition des patients en fonction du mécanisme de prise en charge

Graphique 16 : La répartition de l'évolution des patients de notre étude.

Graphique 17 : Répartition des médecins au secteur public par région en 2019

Graphique 18 : Répartition des médecins du secteur privé par région en 2019

Graphique 19 : Organisation de l'offre de soins au Maroc

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Association entre les données épidémiologiques et le délai de consultation

Tableau 2 : Association entre les données épidémiologiques et le délai d'attente d'hospitalisation

Tableau 3: Association entre le type de cancer et la durée d'hospitalisation

Tableau 4 : Association entre l'évolution et la durée d'hospitalisation

Tableau 5 : Répartition (en %) des femmes non célibataires âgées de 15 à 49ans selon le lieu de recours au soin de santé et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, ENPSF 2018

Tableau 6 : Répartition (en%) des femmes non célibataires âgées de 15 à 49ans qui ont mentionné certains obstacles pour accéder aux soins de santé selon certaines caractéristiques ENPSF 2018

Tableau 7 : Répartition des médecins, personnels paramédicales et lits par 10000 habitants au niveau des différents pays arabes et européens.

INTRODUCTION

Les cancers cutanés sont très fréquents, et présentent une incidence croissante ces dernières années. A titre d'exemple, le mélanome est au 9^{ème} rang des cancers, 6^{ème} rang des cancers féminins et 8^{ème} rang des cancers masculins.

L'augmentation rapide de l'incidence de ces cancers au sein de la population depuis des décennies fait de ceux ci une vraie préoccupation de santé publique. La gravité de ces tumeurs malignes est liée à leurs fortes capacités à métastaser, mettant en jeu le pronostic vital du patient. Au stade précoce, ils sont facilement curables par chirurgie et le pronostic est donc excellent. À l'inverse, en cas de diagnostic tardif, le pronostic s'effondre car il n'existe pas encore à l'heure actuelle de thérapie curative efficace aux stades avancés. Dans ce contexte, la détection précoce du cancer cutané s'avère capitale si l'on veut parvenir à réduire la morbidité et la mortalité associées à ces tumeurs.

Avant d'arriver au stade de rémission, le patient doit parcourir un long chemin allant du diagnostic positif jusqu'au traitement et du fait de la non éducation de la population voir de la négligence de certains, ce chemin s'avère pour la plupart très long.

I. Epidémiologie des cancers cutanés dans la région de FES

Selon le registre du centre hospitalier Hassan II de Fès, les cancers cutanés étaient classés en deuxième position après les cancers digestifs sur l'ensemble des cancers enregistrés entre 2004 et 2010. Le nombre total des cancers cutanés était de 423 cas avec un sex-ratio à 4,8 de 1,85 et un âge moyen de 62 ans. Le profil épidémiologique des cancers cutanés hospitalisés au service de dermatologie CHU Hassan II de Fès a fait l'objet de plusieurs études :

- Dans une étude menée entre Janvier 2009 et Décembre 2016, 287 cancers cutanés étaient étiquetés dont la majorité a été représentée par les mélanomes et les carcinomes épithéliaux.
- Dans une autre étude réalisée entre février 2015 et 2019, 325 cas de carcinome basocellulaire ont été diagnostiqués avec un âge moyen de 63 ans.
- Dans une étude sur les mélanomes, 114 cas ont été répertoriés entre 2007 et fin 2019 dont 70% étaient des formes acrales.
- Une étude rétrospective sur les carcinomes épidermoïdes réalisée entre 2009 et fin 2019 a objectivé une incidence de 16 nouveaux cas/an avec une prédominance masculine (75 %) et un âge moyen de 70 ans.
- L'incidence des lymphomes a été estimée à 7.5 cas par an dans une étude qui a colligé 80 cas de lymphomes cutanés primitifs T et B sur une période de 10 ans (entre Janvier 2009 et Décembre 2019).

Les kératoses actiniques ont fait l'objet d'une étude qui a rassemblé 232 lésions chez 150 patients dont 62,5% des hommes et 37,5% des femmes, la moyenne d'âge était 54,4 ans.

Une étude réalisée dans notre service a pu constater une sous-estimation par les médecins généralistes de la fréquence des cancers cutanés dans notre région.

La grande majorité des médecins interrogés (69.6 %) ayant estimé que les cancers cutanés sont dans notre région peu fréquent voir rares. Cette sous-estimation de la fréquence peut expliquer entre autre le faible taux de dépistage systématique des lésions suspectes par nos médecins généralistes. Ainsi une information sur les données épidémiologiques des cancers cutanés, en particulier, dans notre région, pourrait inciter nos médecins à apprécier l'intérêt du dépistage précoce.

1. Les phototypes cutanés

Le phototype correspond pour chaque individu à la fois à son aptitude au coup de soleil (érythème actinique) et à sa pigmentation (bronzage). Il est imparfaitement en relation avec la carnation de la peau, la couleur des cheveux, la présence de taches de rousseur ou la couleur des poils. La classification simplifiée la plus utilisée est celle de Fitzpatrick.

Les cancers cutanés sont plus fréquents chez les sujets à peau claire

(Phototypes I/II), les sujets à cheveux roux ou blonds et les yeux clairs bleu ou vert, avec de nombreuses taches de rousseurs ou qui bronzent difficilement.(1) Ainsi le phototype cutané doit être recherché par le médecin pour la détermination des sujets à risque.

2. Les facteurs de risque des cancers cutanés :

Le rôle de l'exposition solaire dans l'apparition d'un carcinome cutané ou d'un mélanome est établi sur des arguments cliniques, épidémiologiques et expérimentaux. Les expositions solaires intermittentes et « brûlantes » particulièrement dans l'enfance sont le principal facteur de risque du mélanome. Le rôle carcinogène des UV explique la plus grande fréquence des cancers cutanés :

- Sur les régions exposées à la lumière (visage, décolleté)
- Chez les sujets à peau claire (roux, blonds)
- Travaillant à l'air libre (marins, agriculteurs)

- Vivant dans des régions très ensoleillées

Tous les types d'expositions solaires qu'elle soit chronique, intermittente ou sous forme de coup de soleil sont incriminés dans la genèse des cancers de la peau,(2)(1)

L'exposition solaire durant l'enfance :

Les fortes expositions solaires dans l'enfance sont un facteur majeur de risques; Plusieurs études récentes insistent sur l'importance des expositions brutales, responsables de "coups de soleil" avec brûlures dans l'enfance ou dans l'adolescence. Les études des migrants, en Australie, en Israël ou en Nouvelle-Zélande montrent que le risque est plus élevé au sein de la population blanche et qu'il est multiplié par 3 à 4 lors d'une migration pendant l'enfance. L'enfance est ainsi un âge crucial pour le risque futur de cancers cutanés .(3)

L'exposition solaire durant l'enfance est largement incriminée par la littérature dans la genèse des cancers cutanés puisqu'elle représente 50 à 80% des dégâts solaires encourus sur l'ensemble de la vie. En plus, l'exposition solaire provoque chez les enfants le développement de nævus pigmentaires qui sont des facteurs de risque pour le mélanome. En effet dans la population générale, les enfants devraient être une cible spécifique car il est aujourd'hui largement admis que, d'une part les enfants passent plus de temps en extérieur que les adultes et que d'autre part, ils sont plus susceptibles aux effets cancérigènes des radiations UV. (4)

Des stratégies spécifiques visant à protéger la population infantile doivent être encouragées afin de réduire l'incidence future des cancers cutanés. La première cible de prévention primaire doit être les parents, non seulement du fait qu'ils peuvent contrôler l'exposition de leurs enfants, mais également parce qu'ils peuvent servir d'exemple aux adolescents (dont l'exposition est très excessive) et

les conseiller. Les mesures de photo protection doivent être commencées dès le plus jeune âge, les habitudes prises dans l'enfance auront alors toutes les chances de se pérenniser à l'âge adulte.

Le phénotype nævique :

La capacité à générer des nævi se traduit par le phénotype nævique c'est-à-dire le nombre, la taille et l'aspect des nævus. Ce phénotype est génétiquement transmis et chaque individu dispose d'un phénotype nævique qui lui est propre.

Le syndrome du nævus atypique se définit comme la partie extérieure de la courbe de Gauss pour le nombre, la taille moyenne et l'aspect des nævi dans la population.

Il s'agit d'individus qui ont

- Un grand nombre de nævus (plus de 50),
- De grande taille (plus de 6 mm de diamètre),
- Ayant des aspects atypiques (bords irréguliers, couleur inhomogène)
- Siégeant en peau non exposée au soleil, sans qu'aucune définition
- Formelle ne puisse en être donnée.

L'existence de nævi cliniquement atypiques est corrélée à une augmentation du risque de mélanome.(5)

Ce risque est d'autant plus élevé qu'il est associé à un contexte familial de nævus atypique ou à des antécédents personnels ou familiaux de mélanome.

Tous les états d'immunodépression sont susceptibles d'augmenter le risque de cancers de la peau (6). Une étude hollandaise a rapporté un risque multiplié par 10 de carcinome cutané chez les greffés d'organe par rapport à la population générale(7). Les immunosuppresseurs sont classés comme causes de tous les types de cancer de la peau et le risque de mélanome est 50% plus élevé en cas d'infection VIH. (8)(9)

La Puvathérapie au-delà de 200 séances est associée à la survenue de kératose actinique et de carcinome épidermoïde(10). Elle constitue avec la chimiothérapie locale des thérapeutiques spécialisés et non répandus pouvant expliquer leur méconnaissance par les médecins généralistes. Le tabac est considéré comme second facteur carcinogène après l'exposition solaire du carcinome épidermoïde des lèvres qui survient habituellement sur une chéilite actinique chronique. (11)

3. Connaissances des lésions précancéreuses et suspectes :

a. les lésions précancéreuses :

Il existe plusieurs lésions précancéreuses que le médecin généraliste, spécialiste mais aussi la population doivent connaître et dont la présence chez un patient devrait l'alerter, nécessitant une vigilance de sa part ainsi qu'une surveillance régulière pour scruter le moindre signe de transformation.

La kératose actinique (KA) ou solaire est le principal précurseur du carcinome épidermoïde cutané ; c'est pourquoi le dermatologue lutte constamment pour détruire ces kératoses par de multiples techniques(12). Ce sont de petites plaques planes, kératosiques de 2 à 6 mm de diamètre, de couleur roses ou pigmentées qui sont plus facilement palpées (aspect rugueux en papier de verre) . Elles se rencontrent dans les zones insolées de manière chronique : dos des mains, pommettes, arête nasale, bord du pavillon de l'oreille et bien sûr le scalp du patient dégarni.

Les KA sont parfois isolées mais le plus souvent multiples dans de vastes champs mal limités, appelés "champ de cancérisation".(13)

Il est établi, par diverses études épidémiologiques, que l'évolution d'une kératose actinique non traitée peut relever de trois modalités : la disparition spontanée, la persistance ou la progression vers un carcinome épidermoïde.

Selon certaines études, 5 % à 20 % des kératoses actiniques se transforment en carcinome épidermoïde sur une période de 10 à 25 ans.(14)

La surveillance de ces lésions est essentielle. Le carcinome sur kératose actinique s'observe sur zone photo exposée ; en particulier cervico-faciale ; et doit être suspecté devant toute modification d'une kératose : augmentation du relief, hyperkératose, récurrence après traitement bien conduit, exulcération et saignement après microtraumatisme ou apparition d'une sensibilité.(15)

b. L'ulcère de Marjolin

est un ulcère malin qui provient de plaies chroniques non cicatrisés et de cicatrices cutanées(16). Cette transformation maligne est le plus souvent associée aux cicatrices de brûlures, mais a été signalée dans de nombreuses d'autres types de plaies non cicatrisantes, comme les plaies traumatiques(17) , les escarres(18) , l'ostéomyélite(19), les ulcères de stase veineuse(20) , les fistules(21) et les ulcères trophiques chroniques(22). Le processus de dégénérescence a tendance à être lent avec un délai moyen de transformation maligne de 25 ans. Le carcinome épidermoïde bien différencié est le type histopathologique majeur de l'ulcère de Marjolin.(23)

Entité souvent négligée, et donc mal traitée conduisant à un mauvais pronostic.

c. Les radiodermites chroniques

Se définissent comme celles qui apparaissent ou persistent au-delà de six mois après la fin du traitement. l'échelle du Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) et de l'European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) a décrit plusieurs grades de sévérité de la radiodermite chronique(24).

Les zones radiothérapées ont un risque quatre fois supérieur de développer des cancers cutanés, principalement carcinomes baso-cellulaires et épidermoïdes(25). Le risque de mélanome est moins important. Ces carcinomes sont plus fréquents chez les patients à peau claire et sont le plus souvent agressifs ou de présentation inhabituelle (aspect de chéloïde, ulcération, extension locale sévère)(26). De nos jours, devant la crainte de voir se multiplier les cancers radio-induits, les indications de radiothérapie sur lésions bénignes sont devenues exceptionnelles.(27)

d. Les cornes cutanées :

Sont des kératoses indurées très marquées, de taille et de coloration variables, formant une protubérance plus épaisse et plus haute que large (photo). Comme pour les kératoses actiniques communes, cette lésion est classée parmi les précurseurs du carcinome épidermoïde cutané. (11)

e. La chéilite actinique chronique

S'observe chez les professionnels (hommes le plus souvent) exposés au soleil. La lésion associe des aspects atrophiques, des zones squameuses ou kératosiques et des érosions. Elle atteint électivement le vermillon de la lèvre inférieure, plus exposé que celui de la lèvre supérieure, et entraîne un effacement de la limite entre celui-ci et la lèvre cutanée. Elle se singularise par l'intervention du tabac comme second facteur carcinogène et par le potentiel métastatique des carcinomes épidermoïdes cutanés de cette zone. L'évolution vers un carcinome spinocellulaire doit être suspectée devant toute ulcération ou toute infiltration, même discrète, de la lésion.

4. La surveillance des sujets à risque par auto examen :

a. Définition des sujets à risque :

Un certain nombre de facteurs de risque phénotypique ont été identifiés pour définir les sujets à risque de mélanome comme les individus ayant :

- Des antécédents familiaux de mélanome
- Des antécédents personnels de mélanome
- Une peau claire, des yeux bleus et/ou des cheveux de couleur claire, en particulier un marqueur roux avec des éphélides multiples
- Un nombre élevé de nævi, de nævi de grande taille et/ou nævi atypiques
- des antécédents d'expositions solaires intenses avec coups de soleil Plus les facteurs s'accumulent, plus le risque est élevé(28). Les sujets à risque

de développer un carcinome cutané sont les patients avec des antécédents personnels et familiaux de cancers cutanés, un phototype clair (phototype I et II), des yeux bleus ou clairs, des cheveux blond roux, une histoire d'un nombre important de coups de soleil, la présence d'une héliodermie (peau finement ridée, taches pigmentaires multiples, irrégularité du teint, fines télangiectasies) qui confirme l'exposition chronique au soleil.

Certaines professions exposent au risque de développer un cancer cutané non mélanique : irradiation UV chronique dans les professions exerçant à l'extérieur (agriculteurs, employés du bâtiment...etc.), exposition à des produits potentiellement cancérogènes pour la peau (arsenic, radiations ionisantes par exemple). Les troubles chroniques de la cicatrisation et l'immunosuppression chronique sont également des facteurs favorisants.(29)

b. Définition du principe de surveillance par auto examen :

La prise en charge des sujets à haut risque justifie une surveillance médicale régulière et répétée qui doit s'associer à l'auto surveillance. Il s'agit d'un examen de la totalité du revêtement cutané, pratiqué par le patient. Il implique qu'une explication sur les lésions à rechercher ait été donnée au patient par son médecin qui doit le sensibiliser, l'éduquer et lui donner confiance dans cette technique. Il nécessite une motivation de la part du patient qui va consacrer régulièrement (une fois par trimestre) une dizaine de minutes à examiner sa peau. En effet deux études sur le sujet ont montré que la pratique de l'auto-examen était dépendante de l'éducation du patient et du message délivré par le médecin.(30)(31)

L'auto-examen cutané prend environ 15 minutes, il comprend trois étapes ; un examen direct des zones accessibles à l'œil du patient, examen avec un miroir en pied et enfin examen avec un miroir à main pour les zones de peau non

accessibles, ni directement à la vue, ni à l'aide d'un miroir vertical. La principale difficulté associée à l'auto-examen est la mémoire visuelle des lésions entre deux examens de la peau, à l'origine d'une méconnaissance par le patient d'une modification d'un nævus ou de l'apparition d'une nouvelle lésion(32). Les nouvelles technologies mises à disposition des patients (smartphones, appareils photos numériques ...) permettent de nos jours de dépasser ce genre de difficultés.

Un facteur limitant de l'auto-examen est la nécessité de l'aide d'un tiers, le miroir ne permettant pas une vision réellement fine des nævi pour les zones cutanées difficilement accessibles à la vue. Chez les patients cancérophobes, on peut craindre le risque de majorer cette cancérophobie (la recherche documentaire n'a identifié aucune étude évaluant ce risque) .(33)

Les recommandations Ecossaises(34) , Néo-Zélandaises(35) , Australiennes(36) , Américaines(37) recommandent l'auto-examen, sans préciser s'il concerne la population générale ou une population ciblée. L'auto-examen est également recommandé par les Standards, Options et Recommandations français concernant le mélanome cutané en prévention secondaire dans la surveillance d'un patient ayant été opéré d'un mélanome. La pratique de l'auto-examen était statistiquement associée à un dépistage plus précoce des mélanomes ayant un indice de Breslow < 1 mm et permettait de réduire le risque de mélanome métastatique.

5. La photoprotection :

La photoprotection regroupe les divers moyens capables de s'opposer aux dommages cutanés induits par les radiations solaires. La photocarcinogénèse cutanée se définit comme l'ensemble des phénomènes aboutissant à la formation tumorale cutanée provoquée par les radiations lumineuses. Le processus de cancérisation est la conséquence des dommages induits par les UV, accumulés dans les cellules de l'épiderme.(3)

Les surexpositions solaires jouant un rôle fondamental dans l'initiation et le développement des cancers cutanés. Leur prévention passe nécessairement par la réduction des expositions solaires et la promotion des différentes modalités de photoprotection dès le plus jeune âge.

La revue de la littérature montre que la connaissance des cancers de la peau par la population générale est généralement lacunaire et que les bonnes habitudes de photoprotection sont rares . L'augmentation constante de l'incidence des cancers cutanés laisse supposer que les méthodes de photoprotection sont inadéquates et que les tentatives de réduction des comportements à risque n'ont pas toujours eu l'impact désiré.(38)

Il est donc impératif, lors du suivi des patients en médecine générale, d'attirer leur attention sur les méfaits et risque de l'exposition solaire et de leur fournir une éducation parfaite de photoprotection.

Dans plusieurs pays occidentaux avec un fort rayonnement solaire et une forte incidence de cancers cutanés, de nombreuses campagnes de sensibilisation ont été menées et auraient aidé à réduire les coups de soleil et les cancers cutanés.

Au Maroc, et malgré les enjeux importants liés à l'exposition au rayonnement solaire, il existe peu d'études disponibles sur ce sujet. La sensibilisation et les campagnes de prévention visant à informer la population des dangers de

l'exposition au soleil et à modifier les attitudes liées à l'exposition au soleil ne sont pas très fréquentes sur la scène de la radio, de la télévision ou les autres médias. Une enquête sur les connaissances du public sur les effets nocifs du soleil,

organisée par le département de dermatologie de l'hôpital Ibn Sina à Rabat (39), a conclu que la prise de conscience des risques liés au rayonnement solaire dans un pays aussi ensoleillé que le nôtre est faible. En effet seuls 43% des sujets interrogés ont déjà acheté une crème solaire, 75,54% ne respectaient pas les règles d'utilisation et croyaient qu'une seule application était suffisante pour les protéger toute la journée. Ces produits ont été recommandés par le pharmacien dans 38% des cas. Concernant les différentes pratiques vestimentaires, l'utilisation des lunettes solaires était réalisée par 19%, la protection par les vêtements à 28,2%, et celle des casquettes et chapeaux 16,3%. Un nombre limité de patients (32,8%) savaient que l'exposition au soleil était plus délétère entre 10 h et 16 h. Selon une étude réalisée par la fondation lala Salma de lutte contre le cancer concernant les facteurs de risques du cancer au Maroc(40) sur un échantillon de 3000 personnes représentatif de la population marocaine ; 64,2% des sujets interrogés sont habituellement exposés au soleil aux heures chaudes (11 – 16h) avec une durée moyenne d'exposition de $3,32 \pm 2,3$ heures/jour.

Selon la même étude, 49,9 % de cette population fortement exposée au soleil n'utilisait jamais les vêtements comme moyen de photoprotection, 45,8% n'utilisait jamais de chapeau, 94,7% n'utilisait jamais de parasol, 86,2% n'utilisait jamais les lunettes de soleil et 84,6% n'utilisait jamais les produits de protections solaires avec 37,1% de la population qui n'utilisait aucun moyen de protection.

Ces chiffres alarmants sur la forte exposition solaire de notre population contrastant avec une photoprotection très faible ou quasi absente concordent avec les faibles taux retrouvés dans notre étude de médecins généralistes qui ont

l'habitude de conseiller et informer leurs patients sur l'intérêt et les mesures de photoprotection. Alors que susciter la vigilance de la population sur les dangers du soleil sur la peau pourrait influencer les attitudes des sujets et avoir un impact positif sur les actions préventives et la fréquence des cancers cutanés.(41)

Plusieurs études ont indiqués que les conseils de photoprotection prodigués par des médecins étaient plus efficaces que ceux fournis par des moyens de communications plus impersonnelles(42).

En effet Falk M et al ont signalé qu'après 3 ans de suivi, des différences significatives dans le comportement de protection solaire ont été observées dans le groupe ayant reçu des conseils de protection solaire d'un généraliste par rapport au groupe ayant reçu les mêmes conseils au moyen d'une lettre(43). En outre, des changements plus importants dans la manière d'utilisation de la crème solaire ont été observés chez le groupe où cela a été expliqué par un médecin généraliste lors d'une consultation de 20 minutes comparé à un deuxième groupe ayant reçu un prospectus.(44)

Ainsi le médecin généraliste peut jouer un rôle crucial dans le changement des habitudes de photoprotection de notre population. De par sa qualité d'omnipraticien il a la possibilité de fournir des informations générales sur les risques d'exposition au soleil, il peut également personnaliser ses conseils en fonction de chaque patient (par exemple : profession, type de peau, présence de lésions ou de conditions liées au soleil, nombre et caractéristiques des **nævi** pigmentés, etc.) et surtout vérifier lors des visites suivantes l'assimilation de ces conseils par le patients et les répéter si besoin.

Objectifs

I. Objectif principaux :

- Décrire les différentes étapes à franchir par le patient présentant un cancer cutané
- Détecter les causes du diagnostic et prise en charges tardives de la plupart de nos malades

II. Objectifs secondaires :

- Chercher l'association entre les différentes variables épidémiologiques et le délai de consultation initiale
- Chercher l'association entre les différentes variables épidémiologiques et le délai d'attente d'hospitalisation
- Chercher l'association entre la durée d'hospitalisation et le type de cancer, et l'évolution
- Diagnostiquer et prendre en charge précocement les cancers cutanés
- Proposer des remèdes afin d'améliorer le circuit du malade atteint de cancer cutané en amant et en intra hospitalier.

Matériels et méthodes

1. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude transversale rétro-prospective descriptive et analytique.

2. Lieu de l'étude :

Notre étude a été menée au service de dermatologie au sein de CHU Hassan II de Fès

3. Date de l'étude :

Notre étude s'est déroulée sur une période de 7 ans à partir de janvier 2013 à janvier 2020

4. Population étudiée :

• **Critères d'inclusion :**

Cancer cutané primitif confirmé sur le plan histologique et/ou immunohistochimique chez :

- Patients hospitalisés au service de dermatologie
- patients suivis en consultation spécialisée d'onco-dermatologie
- patients nouvellement recrutés de la consultation générale du centre diagnostique

• **Critères d'exclusion :**

Sont éliminées de ce cadre :

- Les patients avec des dossiers incomplets
- Les patients présentant des métastases cutanées et les dermatoses paranéoplasiques,
- Les patients hospitalisés et suivis dans d'autres services notamment traumatologie, ORL, oncologie et radiothérapie...
- Les patients anciennement suivis au centre de diagnostic.

5. Recueil :

Le recueil des données a été fait à l'aide d'une fiche d'exploitation pré-établie, en précisant les paramètres suivants :

- Telles que l'âge, le sexe, les antécédents médicaux, chirurgicaux, origine géographique, l'habitat, niveau socio-économique ainsi que le type de couverture sociale
- Circonstances de découverte : Avant l'arrivée au CHU
- Arrivée au CHU
- Prise en charge hospitalière

6. Saisie des données :

L'ensemble des données recueillis dans la fiche d'exploitation était rempli dans un fichier Excel 2013

7. Analyse des données

L'ensemble de ces données a été analysé par le logiciel SPSS.

Fiche d'exploitation

Circuit Du Malade Suivi Pour Cancer cutané

Identité :

▪

▪ N° Dossier : IP :

▪ Téléphone :

▪ Nom et prénom :

▪ Age :

▪ Sexe : ☐ F ☐ M

▪ ATCD : médicaux :

Chirurgicaux :

Familiaux :

▪ Origine géographique.

▪ Habitat : Urbain Rural

▪ Profession :

▪ Niveau socio-économique : Bas Moyen Elevé

▪ Mutualité : Oui Non

➤ Ramed :

➤ Payant :

➤ Mutuelle :

Circonstances de découverte : Avant arrivée au CHU

Motif de Consultation : Douleur Saignement Prurit Tuméfaction

Autres

Délai entre l'apparition des symptômes et Consultation initiale :

Médecin Traitant initial : Personnel du CS Médecin généraliste

Médecin Spécialiste

➤ Dermatologue :

➤ Autres :

PEC initial : Traitement symptomatique Biopsie Biopsie exérèse

Référé à un centre



Regional :



Spécialisé

CHU :

Délai entre consultation Initial/ Consultation CHU : 15jrs 15-30jrs

1-3mois

>3mois

Arrivée : au CHU

Lieu de Consultation initial : Urgences Centre de Diagnostic
Service spécialisé

Délai écoulé avant hospitalisation :

Délai entre la symptomatologie initiale et la consultation au CHU :

Prise en Charge Hospitalière :

Délai d'attente d'hospitalisation :

Durée d'hospitalisation avant la PEC Thérapeutique :

Histologie :

Métastatique

Non Métastatique

Traitement instauré : Curatif Palliatif
complet :

Chirurgie : Lésion tumorale :

gg

Incomplet :

Curage

Métastases :

Non fait :

Chimiothérapie : Mono

Poly

Molécule :.....

Radiothérapie :

Adjuvante

Palliative

Le traitement chirurgical s'est fait par le biais : TRANSFERT

Après

sortie

Suivi :

- PDV :
- Décès :
- Progression :
- Evolution favorable :
- En cas d'obstacle à la prise en charge et au

suivi : LESQUELS ?

- Refus de la patiente :
- Problème de mutuelle :
- Indisponibilité du traitement :
- Autres :

RÉSULTATS

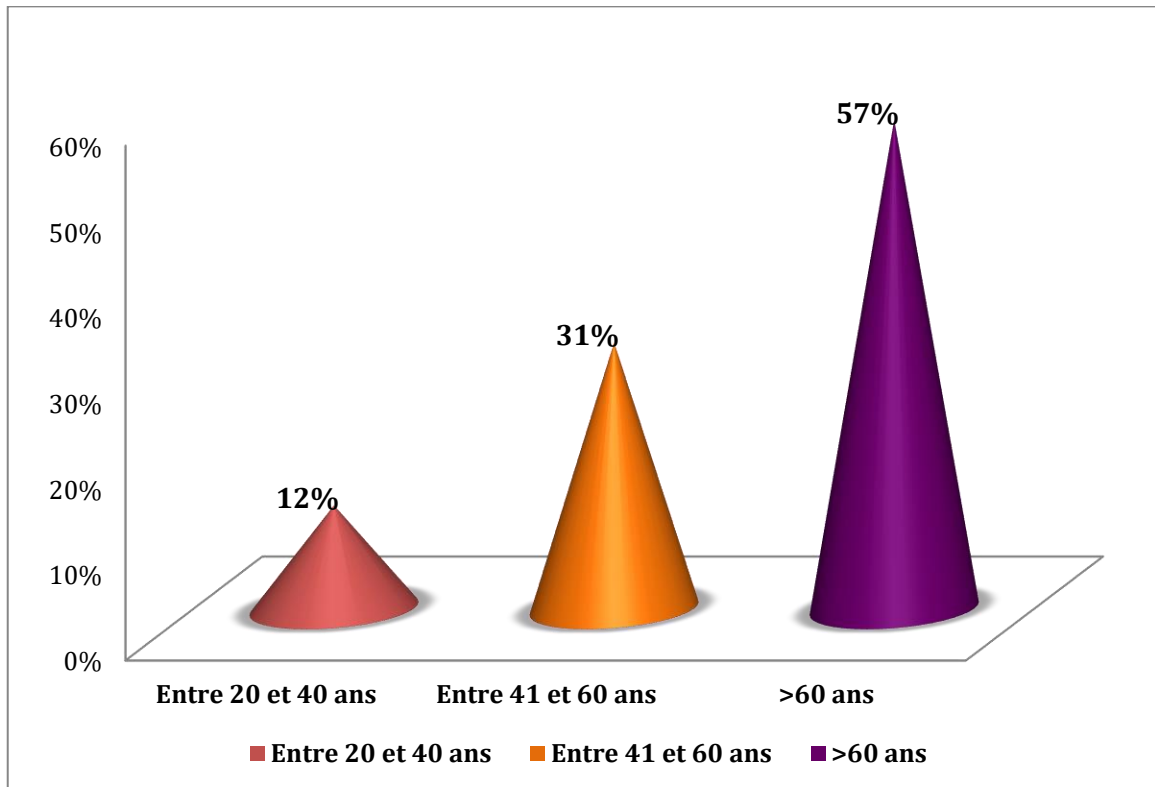
I. L'étude descriptive

1. Les données épidémiologiques:

Le nombre total de nos patients était de 100.

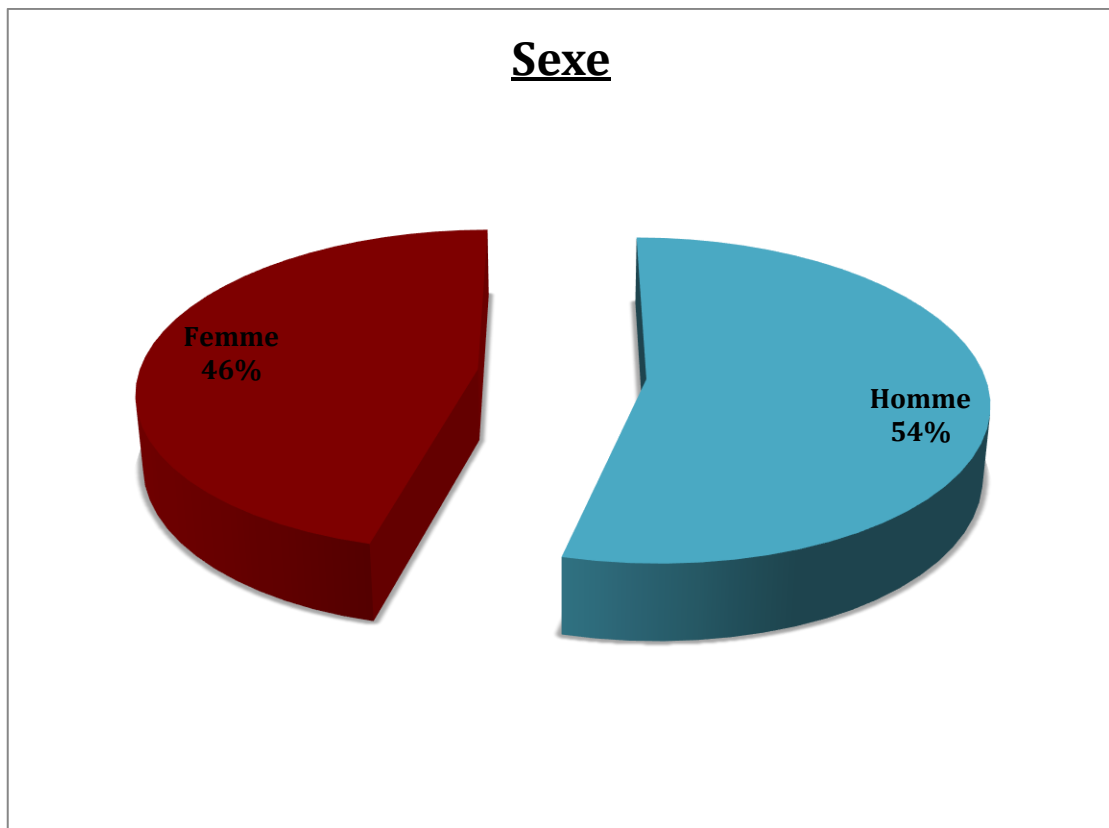
1.1. L'âge :

L'âge moyen de nos patients est de 61,9 ans.



Graphique 1 : Les tranches d'âge chez nos patients

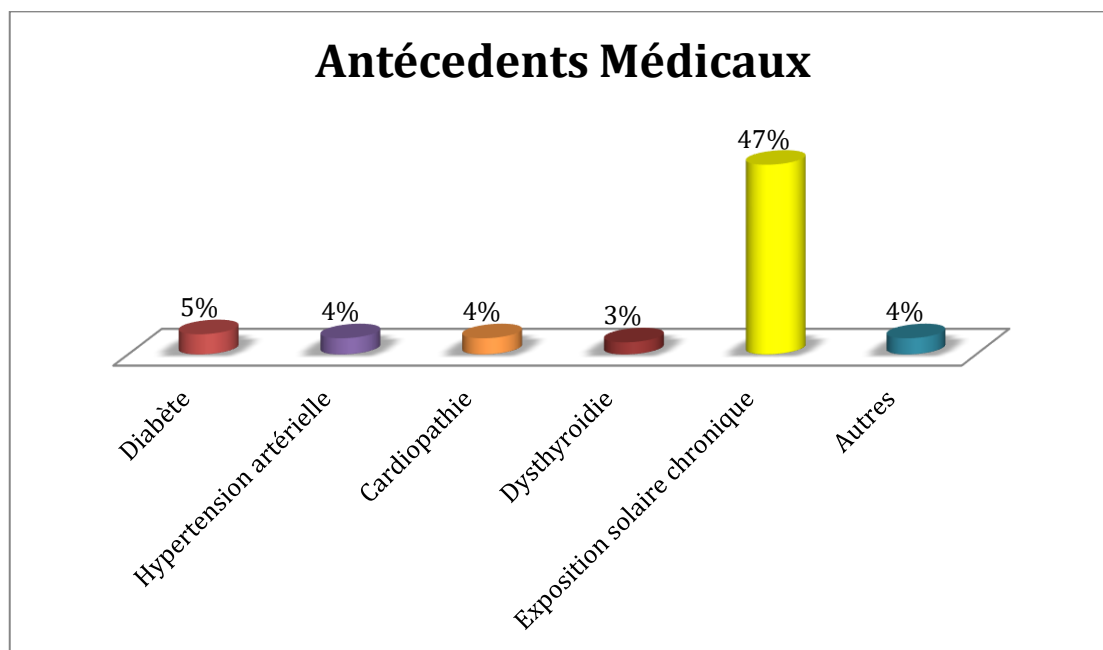
1.2. Le sexe :



Graphique 2 : la répartition du sexe dans notre étude

On avait une prédominance masculine (54% des cas).

1.3. Antécédents médicaux :

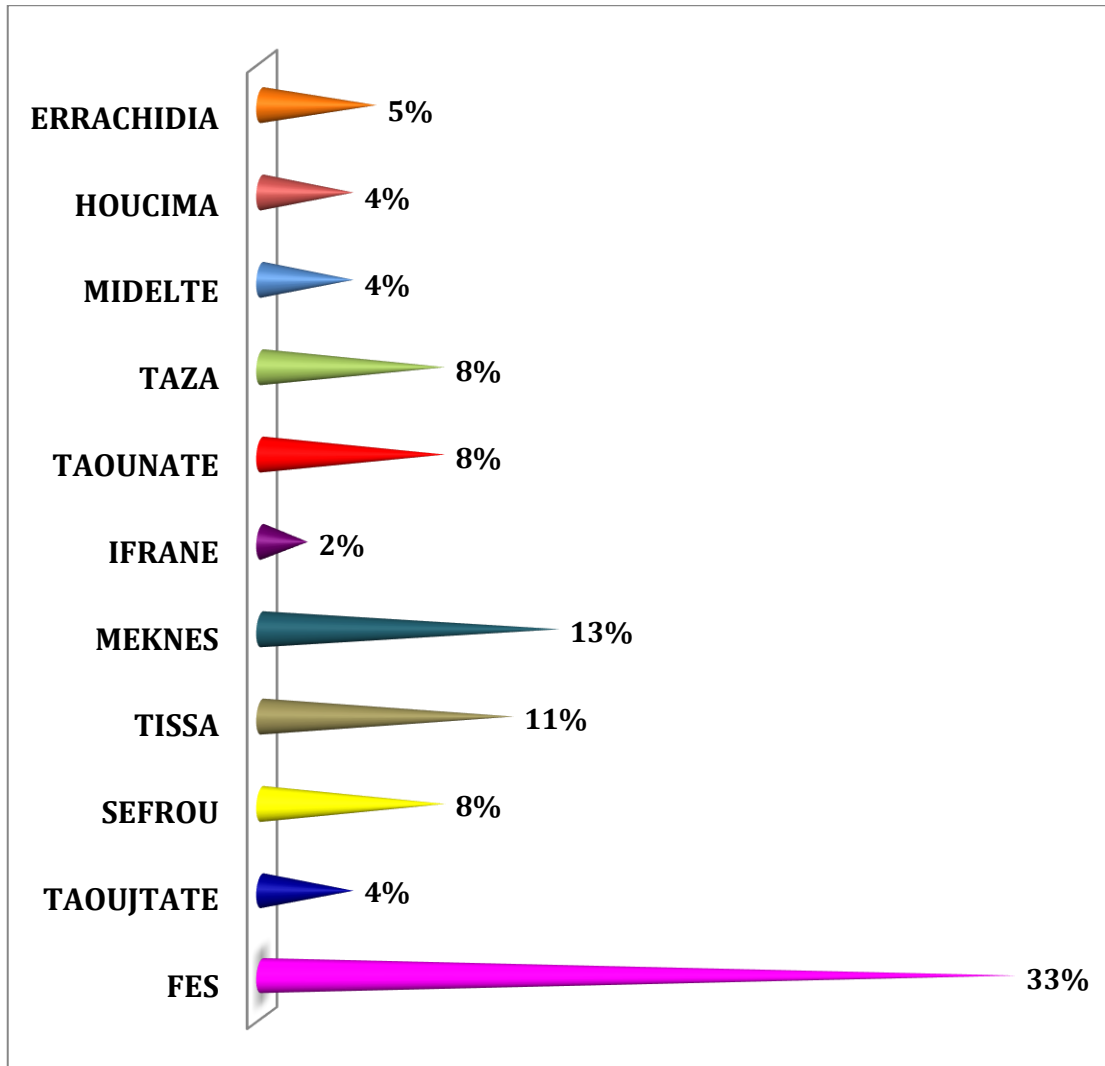


Graphique 3 : la répartition des antécédents médicaux dans notre étude

1.3.1. Antécédents Chirurgicaux :

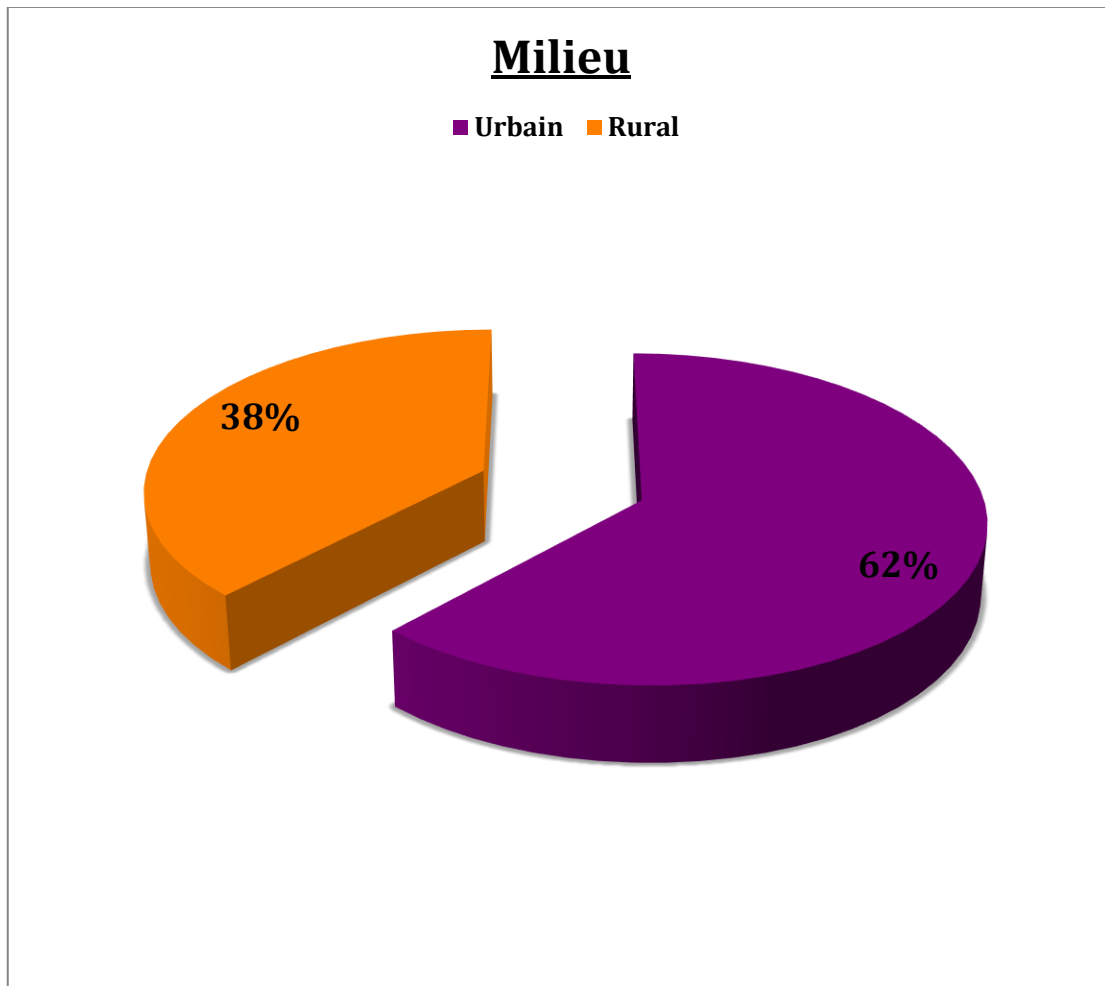
Dans notre étude, on a noté seulement 2% d'antécédents chirurgicaux à type d'appendicectomie et cholécystectomie.

1.3.2. Situation géographique



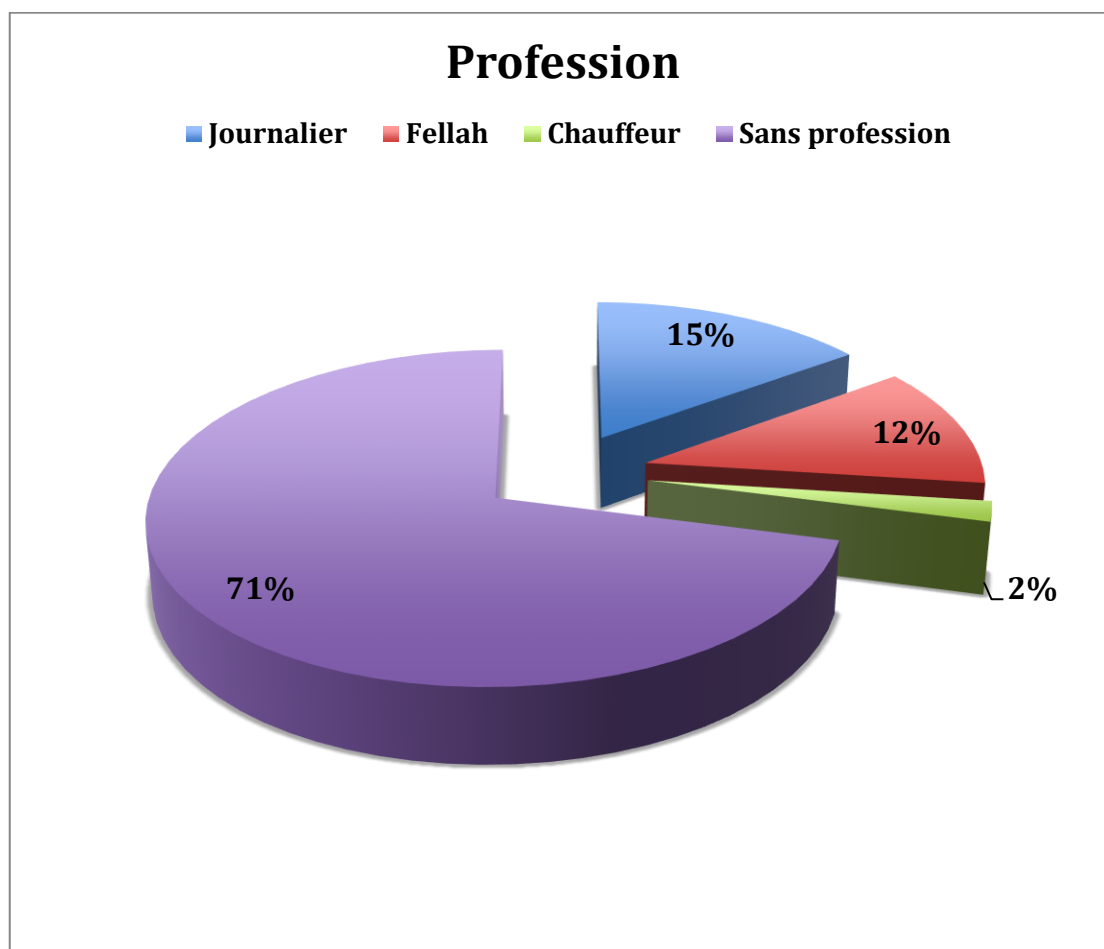
Graphique 4 : la répartition des patients de notre étude selon leurs situations géographiques.

1.3.3. Milieu Urbain / Rural



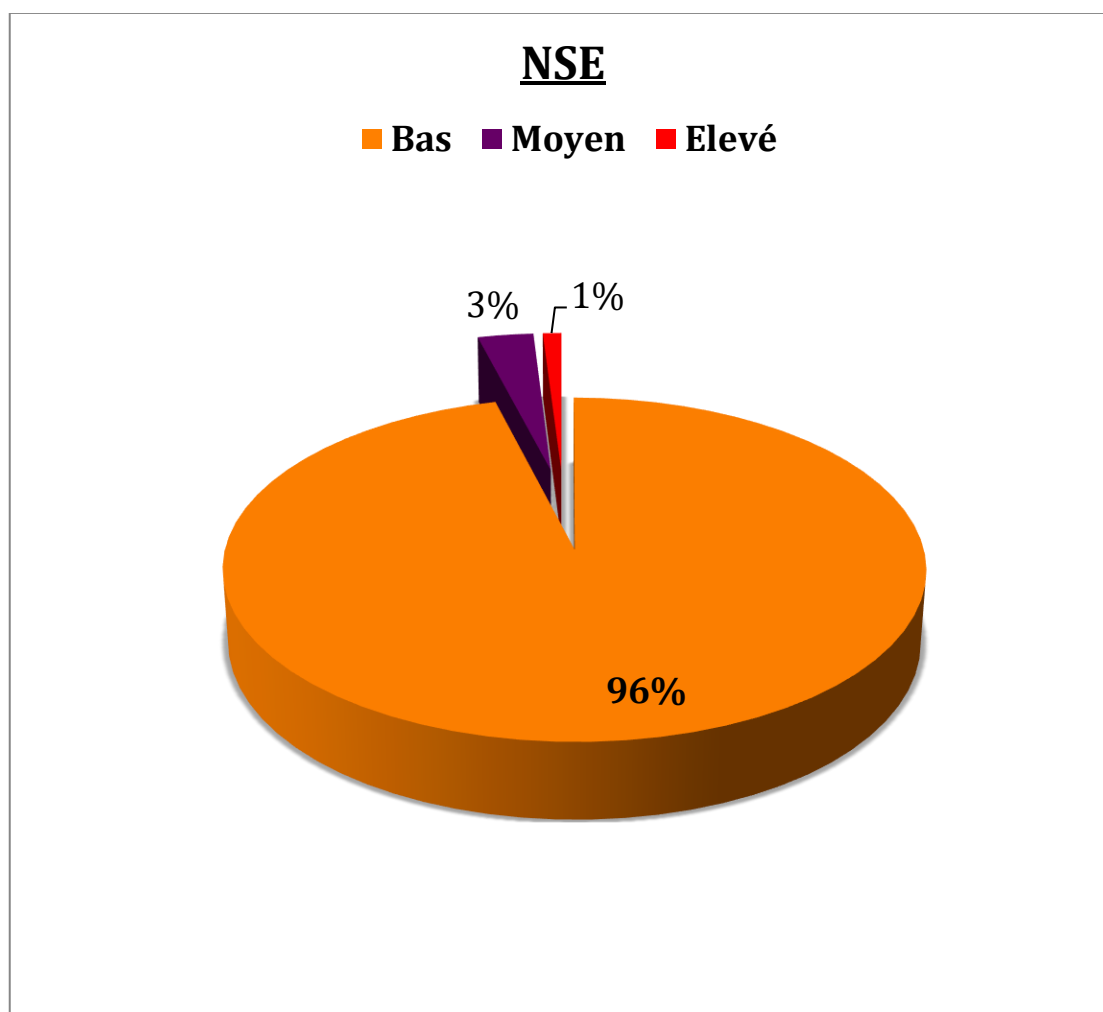
Graphique 5 : la répartition des patients de notre étude selon le milieu Urbain ou Rural.

1.3.4. Profession :



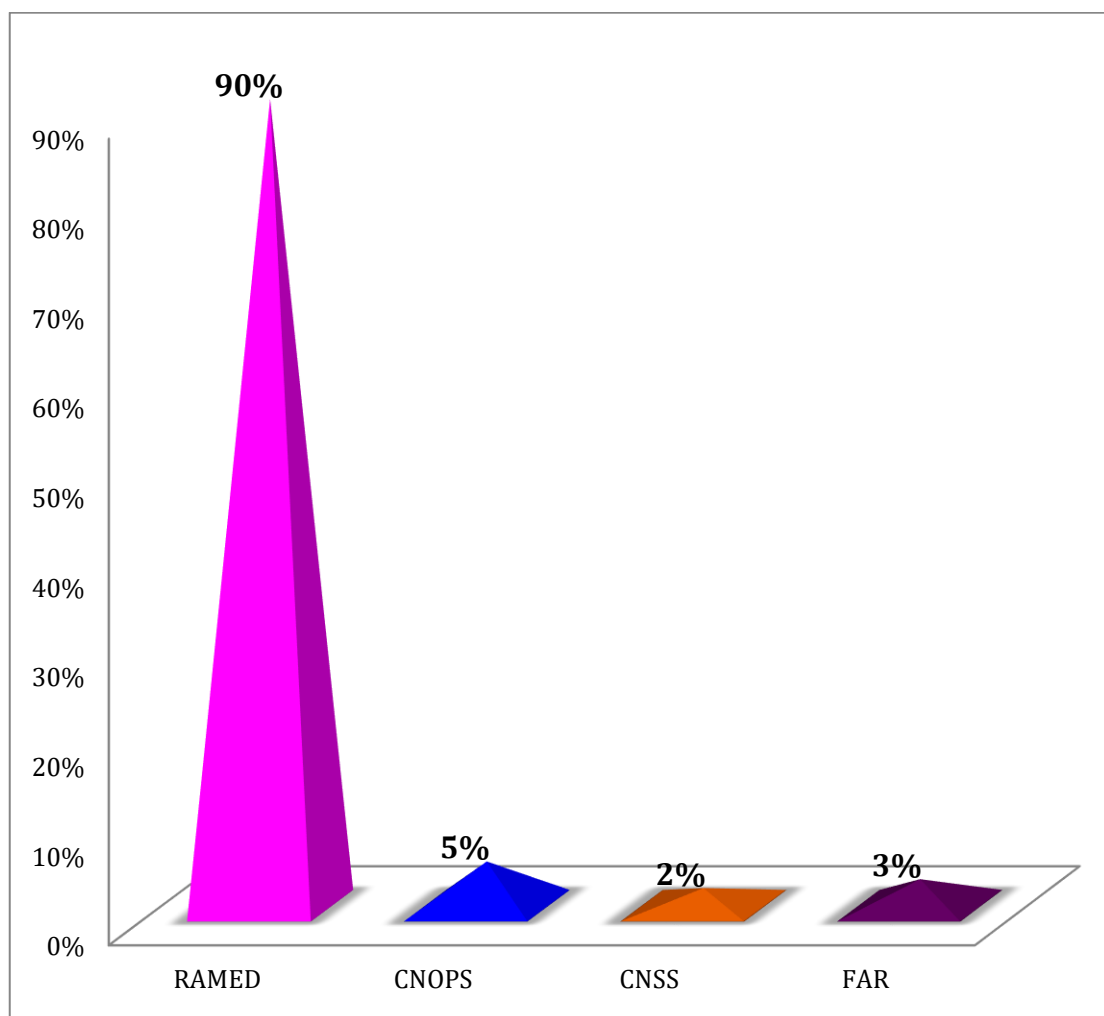
Graphique 6 : la répartition des professions dans notre étude.

1.3.5. Niveau socio économique :



Graphique 7 : la répartition du niveau socio économique des patients dans notre étude.

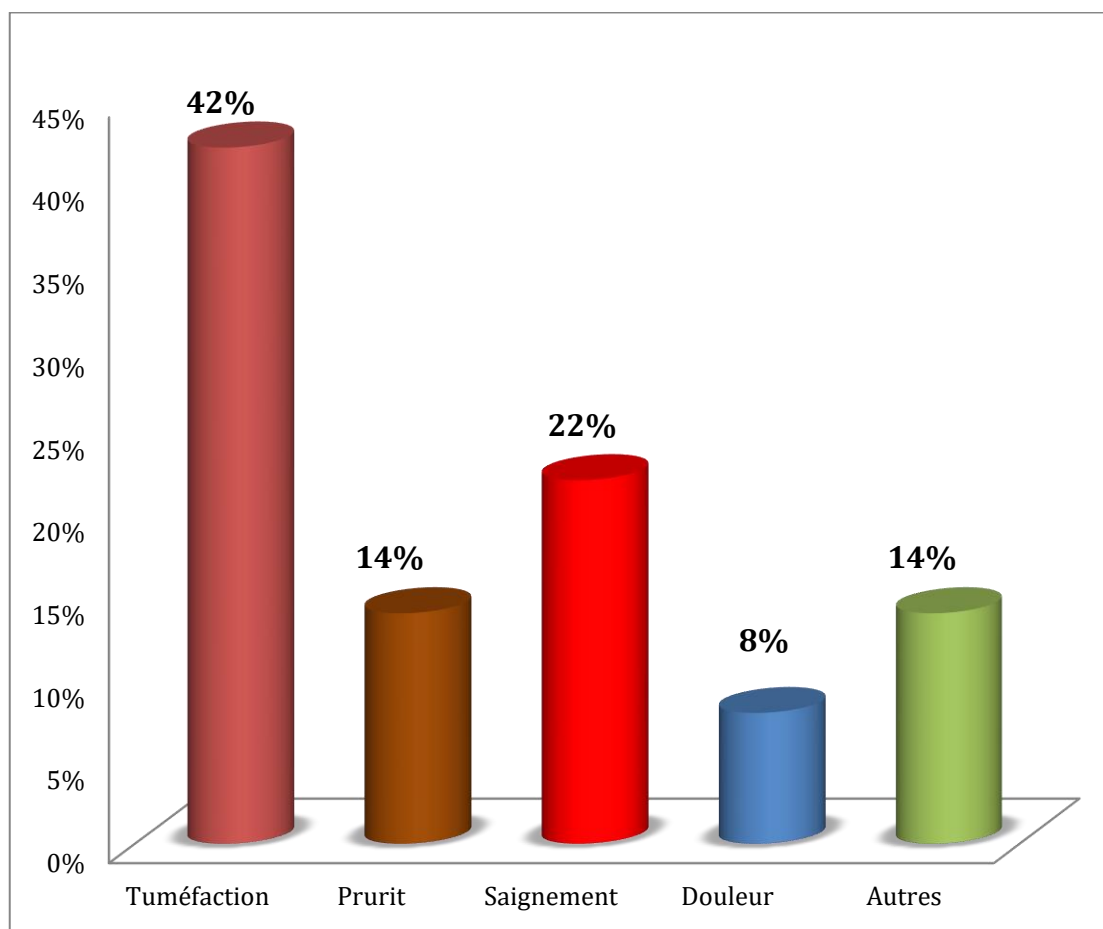
1.3.6. Couverture Sociale :



Graphique 8 : la répartition des différents moyens de couverture sociale des patients dans notre étude.

2. Les données cliniques Avant l'arrivée au CHU :

2.1. Motif de Consultation :

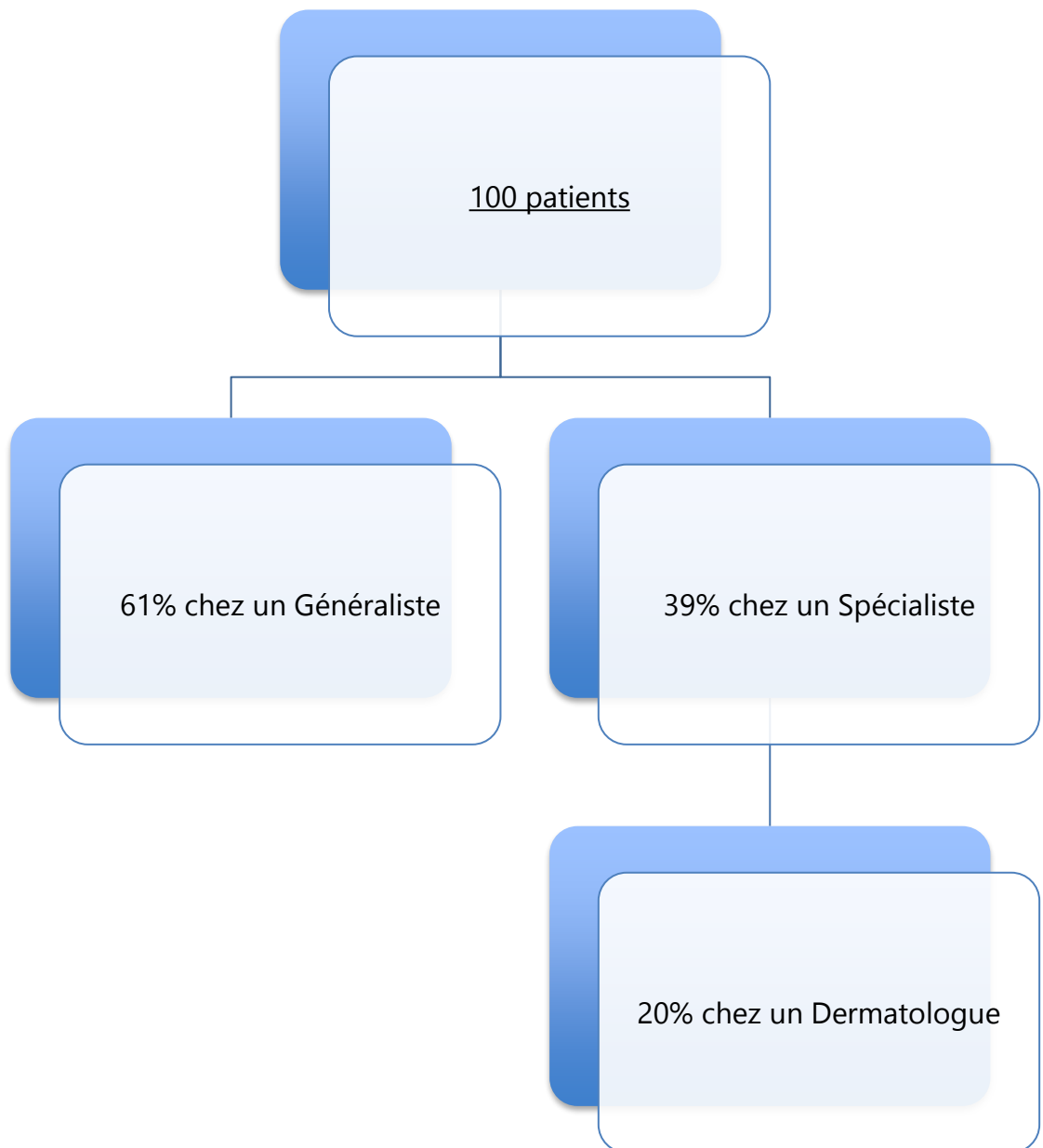


Graphique 9 : la répartition des motifs de consultation les plus fréquents dans notre étude.

2.2. Délai entre l'apparition de la symptomatologie et la consultation initiale :

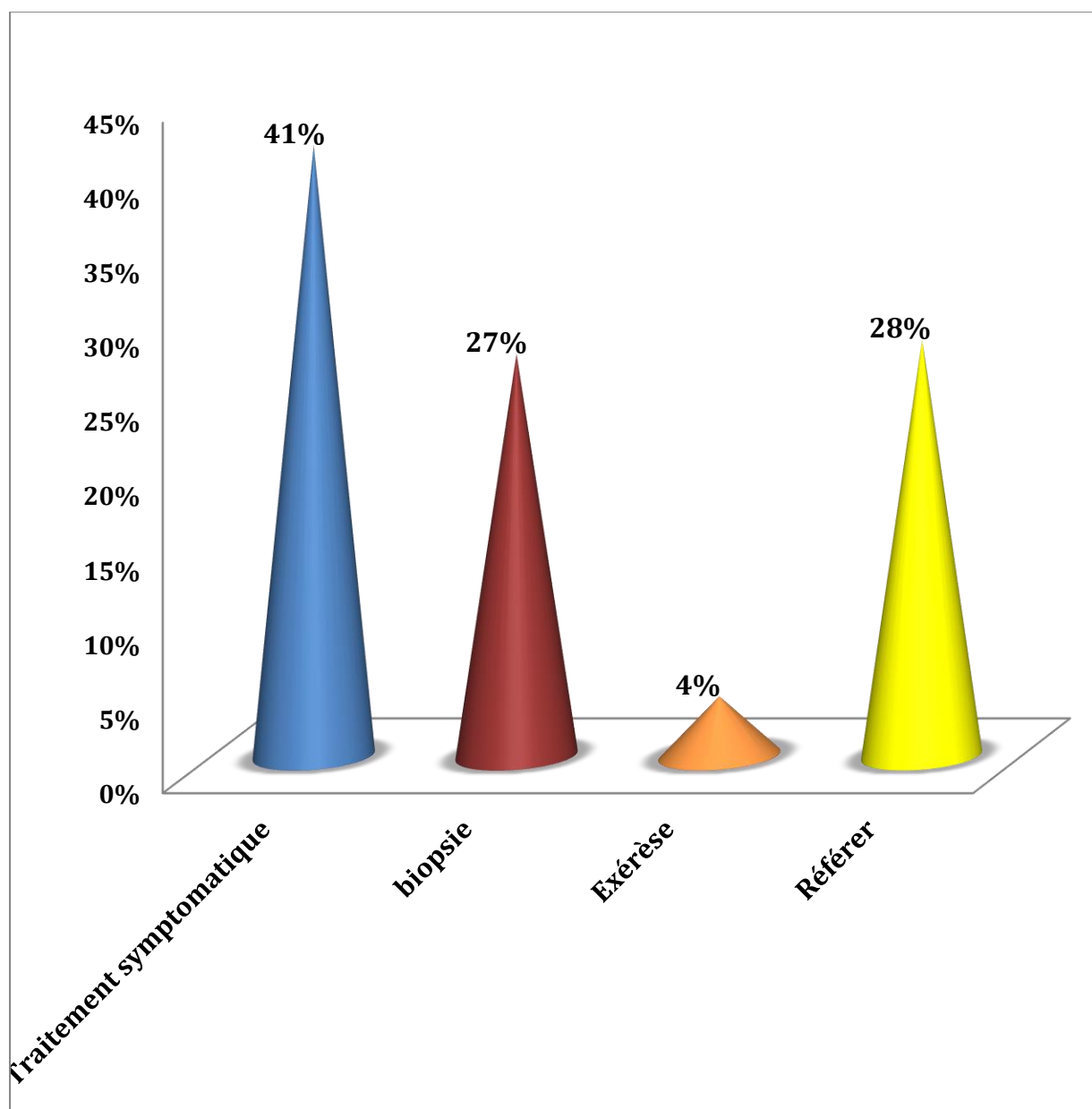
La majorité de nos patients avaient consulté pour la première fois après un délai de 34 mois avec des extrêmes allant de 10 jours à 38 ans

2.3. Médecin traitant initial :



Graphique 10: la répartition des médecins traitants à la phase initiale de notre étude

2.4. Prise en charge initiale :



Graphique 11 : la répartition des différentes stratégies de prise en charge des patients lors de la première consultation

3. l'arrivée au CHU :

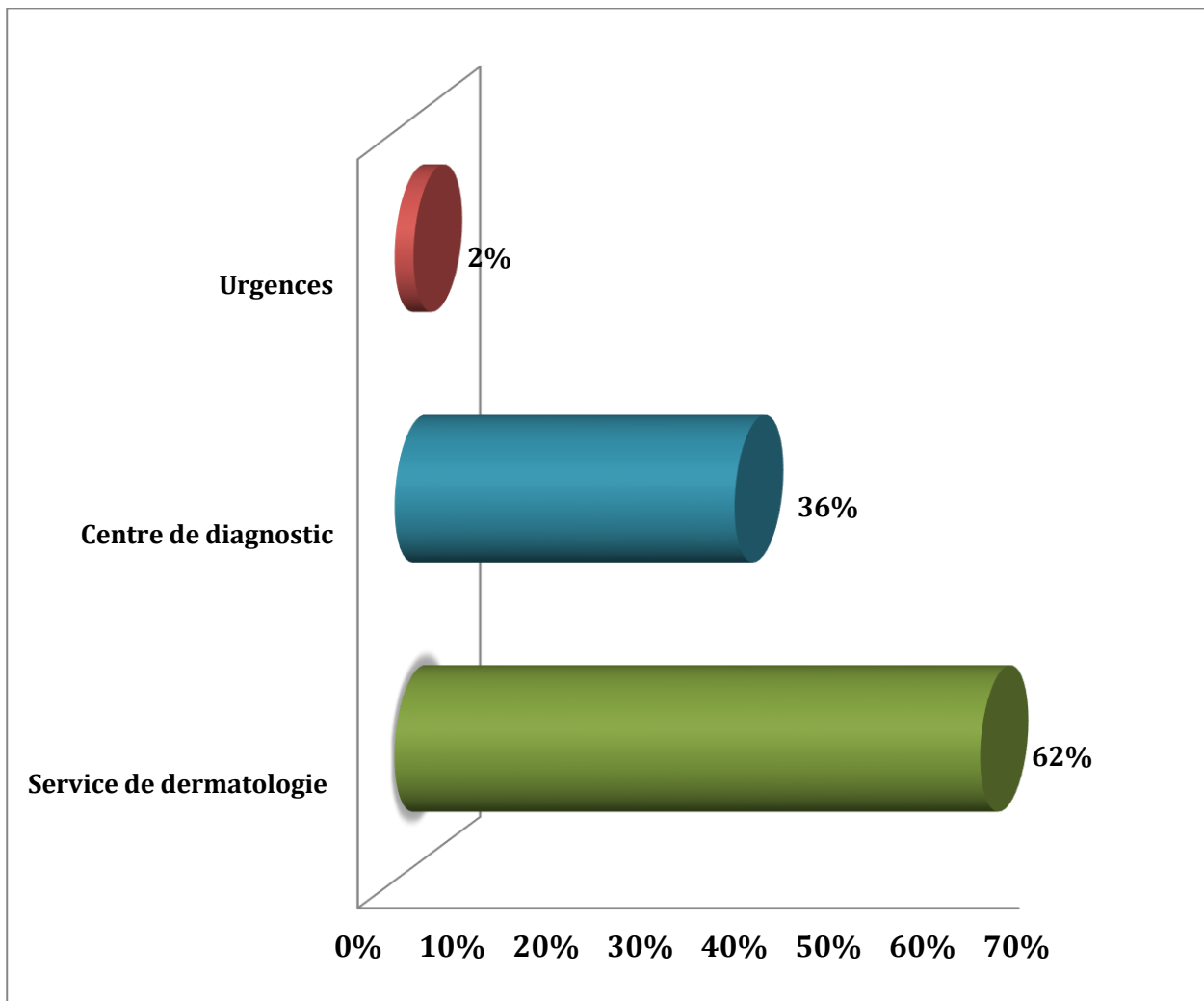
3.1. Délai entre la date de début de la symptomatologie et la consultation au CHU

Le délai moyen d'apparition des lésions était estimé à 6,55 ans avec des extrêmes allant de 1 an à 44 ans.

3.2. Délai entre consultation Initiale et la Consultation au CHU :

Le délai moyen entre la consultation initial et la consultation au CHU est de 19 mois avec des extrêmes allant de 2 jours à 25 ans.

3.3. Lieu de consultation :



Graphique 12 : la répartition des différents lieux de consultation au CHU

4. Prise en charge en intra hospitaliser:

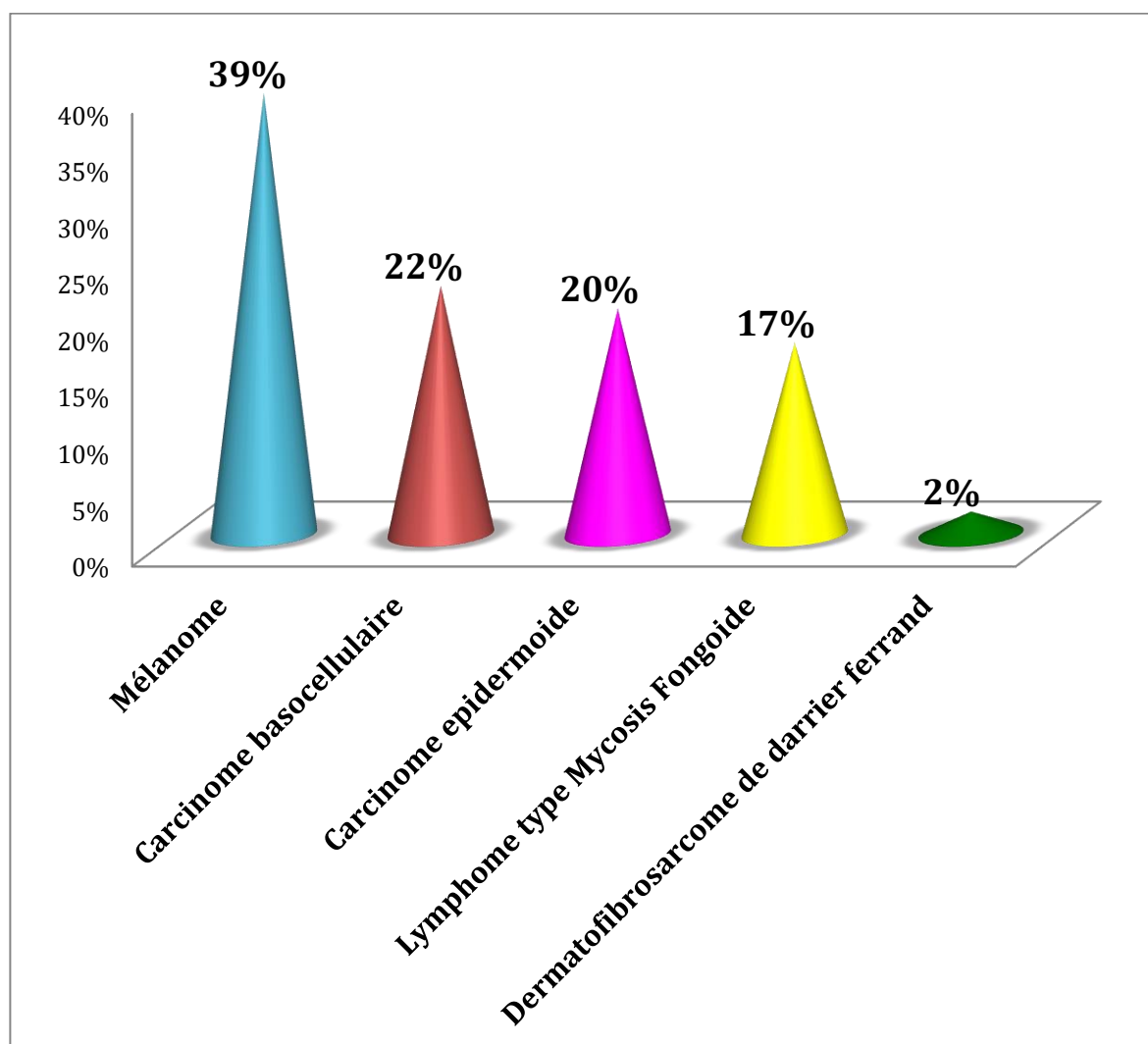
4.1. Délai d'attente d'hospitalisation

Sur les 78% patients qui ont bénéficié d'une prise en charge en intra hospitalier, la durée moyenne d'attente était estimée à 22 jours avec des extrêmes allant d'une hospitalisation le jour même jusqu'à un mois d'attente.

4.2. Durée moyenne d'hospitalisation:

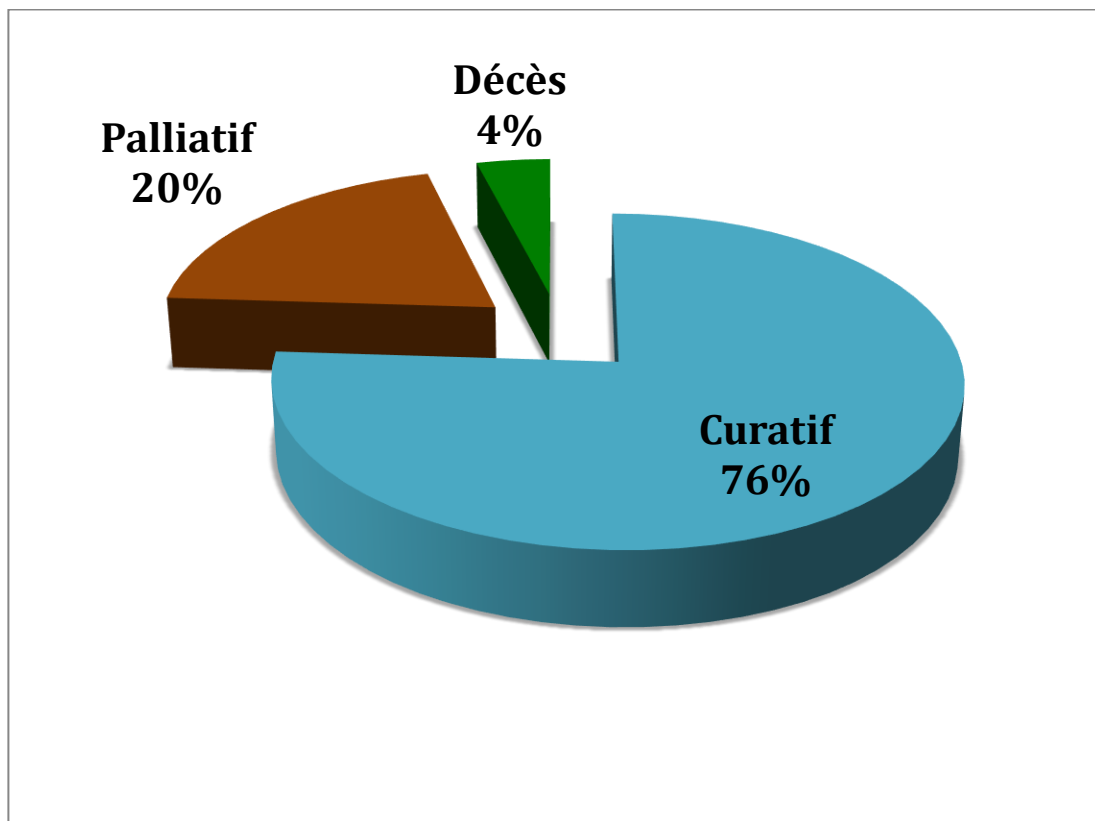
La durée moyenne d'hospitalisation de ces patients avant la prise en charge thérapeutique est de 16 jours.

4.3. Types de cancers cutanés:



Graphique 13 : la répartition des différents types de cancers cutanés retrouvés
dans notre étude

4.4. Prise en charge thérapeutique:



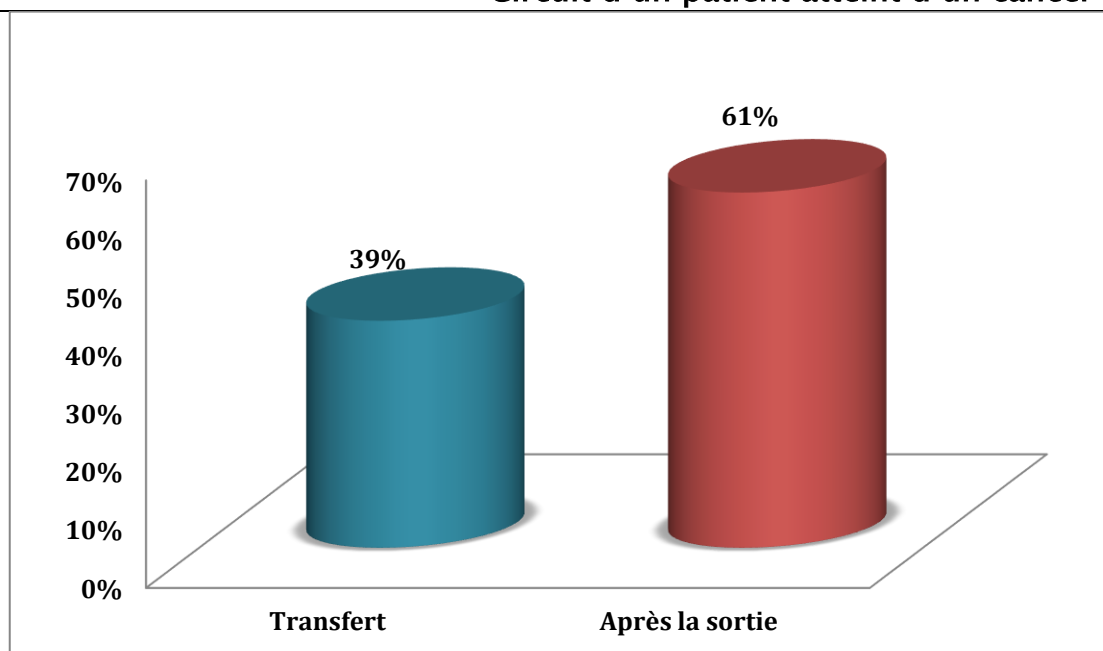
Graphique 14 : la répartition des patients selon le traitement

❖ Chirurgie

Lieu du geste chirurgical :

Parmi les 76% des patients :

- 79% ont bénéficié du traitement au centre hospitalier universitaire Hassan II de FES
- 21% à l'hôpital Omar Idrissi
 - Par le biais d'un transfert avec un délai moyen d'attente du geste opératoire de 2 jours,
 - ou à la sortie avec un délai moyen d'attente de 16 jours.

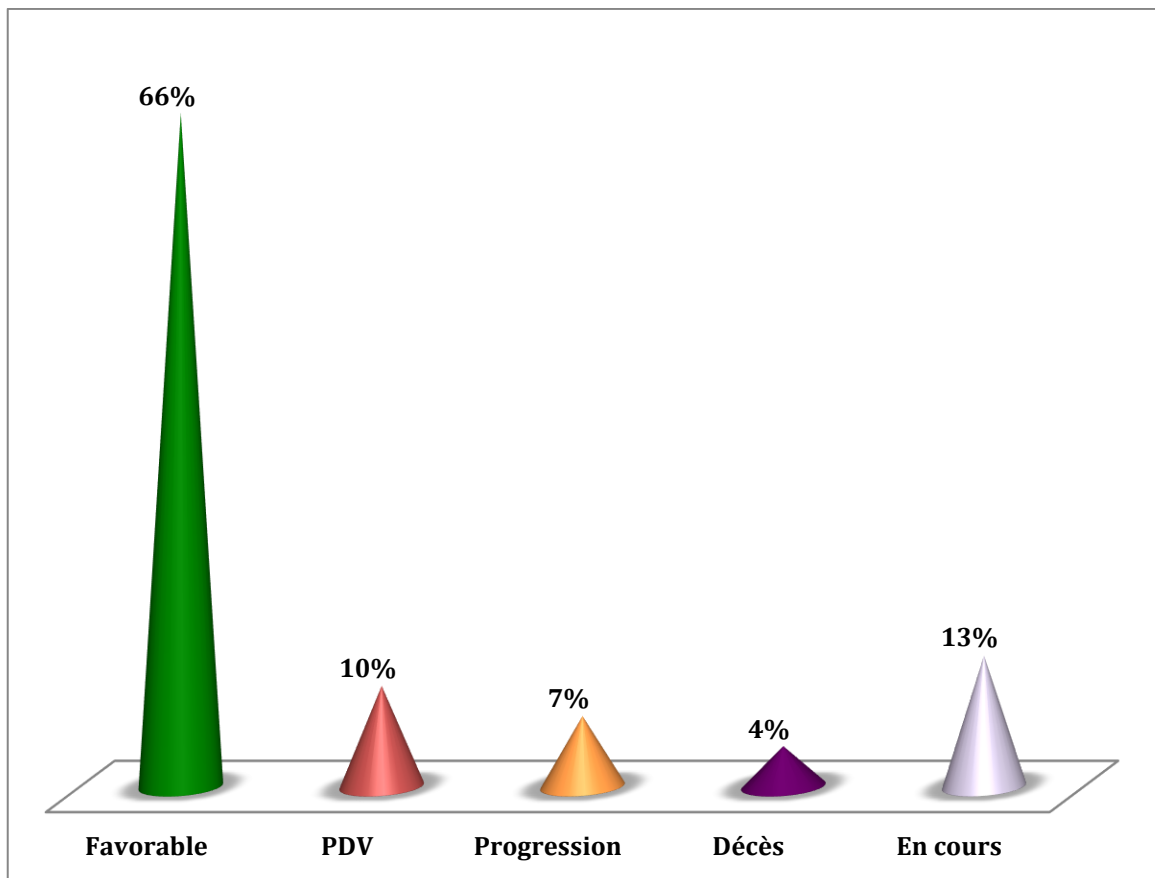


Graphique 15 : la répartition des malades en fonction du mécanisme de prise en charge

Parmi les patients mis sous traitements palliatifs :

- 82% ont bénéficié d'un traitement par chimiothérapie
- 18% ont bénéficié d'un traitement par radiothérapie

4.5. L'évolution:



Graphique 16 : la répartition de l'évolution des patients de notre étude.

5. La durée moyenne entre l'apparition des lésions et la prise en charge thérapeutique

Mélanome	Carcinome epidermoide	Carcinome basocellulaire	Mycosis Fongoide	Dermatofibrosarcome de Darrier Ferrand
8ans	8 ans	12 ans	4 ans	40 ans

II. L'étude analytique :

- Grace à l'intégration logicielle, nous avons étudié la relation d'association entre les données épidémiologiques et le délai de consultation initiale.
- Nous avons analysé la relation d'association entre la durée d'hospitalisation et le type de cancer et l'évolution
- Les résultats sont schématisés dans les tableaux suivants :

		<u>Délai de consultation</u>	<u>Valeur p</u>
<u>Age</u>	50 ans	21 mois	$p : 0,98$
	+50 ans	37 mois	
<u>Sexe</u>	Femme	30 mois	$p : 0,58$
	Homme	58 mois	
<u>Habitat</u>	Rural	51 mois	$p : 0,415$
	Urbain	37 mois	
<u>Niveau socio-économique</u>	Bas	41 mois	$p : 0,162$
	Moyen /élevé	28 mois	
<u>Couverture sociale</u>	RAMED CNOPS CNSS FAR	45mois 21 mois 12 mois 14 mois	$p : 0,91$
<u>Situation géographique</u>	<60 Km	24 mois	$p : 0.43$
	>60 Km	32 mois	

Tableau 1 : analyse d'association entre les données épidémiologiques et le délai de consultation initiale

Dans notre étude, le délai tardif de consultation initiale était retrouvé chez les groupes de :

- ❖ Sexe masculin
- ❖ Age >50 ans
- ❖ Milieu d'habitat Rural
- ❖ Niveau socio économique bas
- ❖ Patients titulaires de RAMED
- ❖ Patients habitants à > 60 Km de la ville de FES mais sans différence statistiquement significative

		<u>Délai d'attente d'hospitalisation</u>	<u>Valeur p</u>
<u>Age</u>	- 50 ans +50 ans	<i>6,54 jours</i> <i>6.09 jours</i>	<i>p : 0,98</i>
<u>Sexe</u>	Femme Homme	<i>5,58 jours</i> <i>5,75 jours</i>	<i>p : 0,565</i>
<u>Habitat</u>	Rural Urbain	5,28 jours <i>6,46 jours</i>	<i>p : 0,166</i>
<u>Niveau socio-économique</u>	Bas Moyen /élevé	5,05 jours <i>5,75 jours</i>	<i>p : 0,245</i>
<u>Couverture sociale</u>	RAMED CNOPS CNSS FAR	5,79 jours 5,04 jours <i>7,23 jours</i> 5,86 jours	<i>p : 0,055</i>
<u>Situation géographique</u>	<60 Km >60 Km	<i>5,63 jours</i> <i>6,56 jours</i>	<i>p : 0,012</i>

Tableau 2 : analyse d'association entre les données épidémiologiques et le délai d'attente d'hospitalisation

Alors qu'on n'a pas noté une différence dans le délai d'attente

d'hospitalisation selon les différents groupes. sauf pour la situation géographique, une légère supériorité pour les patients habitants au delà de 60Km de Fès, avec un lien significatif.

Type de Cancer cutané	Durée d'hospitalisation	Valeur p
• Mélanome	14 jours	<i>p : 0,93</i>
• Carcinome épidermoïde	10 jours	
• Carcinome basocellulaire		
• Dermato fibrosarcome de Darrier	2 jours	
Ferrand		
• Mycosis Fongoïde	7 jours	<i>p : 0,93</i>
	9 jours	

Tableau 3 : analyse d'association entre la durée d'hospitalisation et le type de

Cette étude analytique permet de montrer que la durée d'hospitalisation prolongée était retrouvée chez les patients atteints de mélanome mais sans lien statistiquement significatif.

	Durée d'hospitalisation	Valeur p
<u>Evolution</u>		
• Favorable	13 jours	<i>P : 0,96</i>
• Défavorable	10 jours	

Tableau 4 : analyse d'association entre la durée d'hospitalisation et l'évolution

Cette analyse montre clairement qu'il n'y a pas de différence significative entre la durée d'hospitalisation et l'évolution de nos patients.

DISCUSSION

I. Déficit lié à la population et au système de santé :

L'accès aux soins de santé est déterminé par une multitude de facteurs de nature très diverse. La distance peut influencer sur le recours aux services de santé mais c'est un facteur très insuffisant pour expliquer les difficultés d'accès. Le niveau d'utilisation des services de santé tant curatifs que préventifs peut notamment être associé au niveau de vie des ménages(45); les systèmes de santé offrent souvent davantage de services et de meilleure qualité aux plus riches, alors que les plus pauvres, qui en ont le plus besoin, ne peuvent les obtenir(46). Les inégalités d'accès aux soins de santé sont aussi associées à l'existence de gradients importants de revenus, de niveau d'éducation et de statut social en général(47). Les déterminants comme le genre, la culture, l'éducation, l'emploi, le revenu, le lieu de résidence sont tous étroitement liés à l'accès aux bénéfices des soins de santé.(48)

Ces dernières années, l'État marocain a opéré des investissements importants dans le domaine de la santé. Mais, « en dépit de tous ces efforts et des améliorations constatées, des insuffisances demeurent dans un certain nombre de domaines. De même que des inégalités entre milieux urbain et rural, population aisée et pauvre, régions et provinces, persistent encore aussi bien au niveau des indicateurs relatifs à l'état de santé de la population qu'à ceux de l'accès aux soins et de la couverture par les services de santé publique... Des inégalités persistent dans un certain nombre de régions où l'écart avec le ratio national de desserte en milieu rural reste relativement élevé »(49)

1.L'accessibilité, un problème complexe

Lorsque l'on évoque la question de l'accès aux soins de santé, c'est en premier lieu à l'accès géographique à un prestataire auquel on pense. A l'évidence, la distance séparant le domicile du lieu de pratique d'un prestataire de soins et les

difficultés pour franchir cette distance influent négativement sur le recours aux services de santé. Cependant, la distance ne saurait être le seul facteur explicatif du difficile accès à des soins de santé ; si elle est souvent un facteur déterminant, ses effets peuvent être amplifiés par une multitude de causes qui sont autant de barrières qui contribuent à limiter l'accès à des prestataires de soins. Si l'on est suffisamment fortuné, que l'on dispose d'une très bonne assurance, d'une très bonne couverture sociale, la distance n'est pas nécessairement un obstacle insurmontable comme l'illustre à l'envi les évacuations sanitaires qui permettent en un temps relativement court d'assurer la prise en charge dans les meilleures conditions dans une structure spécialisée disposant du meilleur plateau technique dans un pays d'Europe du nord, par exemple, pour un blessé ou un malade nécessitant une intervention très spécialisée en provenance d'un pays à ressources limitées. Inversement, des études menées en Inde ont montré qu'il n'y avait pas nécessairement de corrélation entre une densité importante de structures de soins situées à proximité en milieu urbain et une bonne accessibilité.(50)

Par exemple, le domaine des soins obstétricaux d'urgence a donné lieu à de nombreux travaux plaçant au cœur de la problématique les questions d'accessibilité. Les conséquences de l'absence d'une prise en charge rapide et adaptée par un personnel qualifié en cas de complications obstétricales peuvent aller, dans le pire des cas, jusqu'au décès de la mère et de l'enfant. Classiquement, pour expliquer les retards à la prise en charge des complications obstétricales, on met en avant les

« trois délais » : i) le délai lié au temps de la décision, de l'individu et/ou de la famille, de recourir à des soins de santé ; ii) le délai pour atteindre une structure ou un prestataire de soins ; iii) le délai de prise en charge médicale effective de la patiente une fois qu'elle a accédé à une structure de soins(51). Ce modèle des trois

délais mis en évidence pour les complications obstétricales peut aussi être retenu pour tous les problèmes de santé notamment les cancers cutanés. Accéder à des soins de santé, en général, il renvoie d'abord à une décision de l'individu concerné et de son entourage immédiat de recourir à un prestataire de soins ; ici, comme le souligne Thaddeus et Maine dans leur article, la perception de la gravité du problème est un élément important de la prise de décision. Une fois la décision prise, il faut pouvoir accéder à un prestataire de soins ; la distance, certes, mais aussi la qualité des infrastructures de communication et le niveau socio-économique de l'intéressé (par exemple, la possibilité de faire face au coût du transport) sont à prendre en compte. Enfin, à l'évidence, l'accès à un prestataire n'a d'intérêt que si celui-ci prend effectivement en charge, dans les meilleurs délais, la personne qui vient jusqu'à lui. (51)

Il y a déjà 40 ans, Penchansky et Thomas (1981) identifiaient cinq facteurs qui influent sur l'accès à une prise en charge médicale : i) la disponibilité (availability), soit une proposition adaptée au problème de santé à traiter ; ii) l'accessibilité (accessibility), qui dépend de la localisation respective du prestataire et du bénéficiaire, ici le coût et le temps de transport important ; iii) « l'adaptabilité » (accomodation), qui renvoie à l'organisation de la prise en charge (temps d'attente, heures d'ouverture, etc.), mais aussi à l'aptitude du patient à utiliser la nature de l'offre proposée ; iv) l'accessibilité financière (affordability), soit la nécessité pour les patients de disposer des moyens suffisants pour recourir aux prestataires de soins ; v) l'acceptabilité (acceptability), qui a trait à la nature de la relation entre usagers et prestataires. (52)

La nature des relations entre usagers et personnels de santé joue aussi un rôle important dans l'accès aux soins. Le capital social, économique et culturel du patient et de son entourage est aussi des éléments à prendre en considération. (53)

Ainsi, par exemple, les études montrent que l'attachement à des pratiques et des croyances traditionnelles est en partie explicatif de l'absence de consultation et de suivi médical.(53)

Ainsi, depuis les années 1970, toutes les études convergent pour souligner que la qualité importe tout autant, sinon plus, que la quantité mesurable par exemple par la réduction de la distance kilométrique, le nombre de structures, etc., pour expliquer la plus ou moins grande propension du recours aux structures de soins. Pour améliorer l'accès aux structures de soins et augmenter leur fréquentation, il ne suffit pas de multiplier les structures de soins et de respecter les standards de distance, mais il convient aussi entre autres que les structures de soins soient placées aux bons endroits.(54)

Il faut savoir que dans notre étude, on a pu souligner ce problème d'accessibilité puisqu'on retrouvait une différence importante entre le délai de consultation des patients du milieu rural par rapport au milieu urbain

– Il était de 37 mois au milieu urbain et de 51 mois au niveau rural.

2. Les barrières identifiées

a. La santé, quelle priorité pour les ménages ?

Les raisons quant au retard de décision pour accéder à des structures de soins sont sans doute davantage liées à une hiérarchie des priorités en fonction de la situation socio-économique des ménages qu'aux facteurs dits « culturels ». La santé ne figure pas parmi les priorités des ménages : parmi les problèmes socioéconomiques perçus par les ménages comme très importants, la santé ne vient qu'en 4ème position avec 88% des ménages la classant comme priorité, après le chômage (98%), le coût de la vie (92%), les déchets, la propreté, la pollution (91%), et ex-æquo avec la corruption dans le secteur public (88%).(49)

Néanmoins, si l'on prend une perspective diachronique, entre 1996 et 2009, les besoins en santé, tout en restant loin derrière d'autres préoccupations comme l'emploi, les infrastructures routières ou l'habitat, sont passés du 7^e rang au 5^e rang des préoccupations des ménages, et que le besoin ressenti en milieu rural en 2009 vient presque à égalité avec l'emploi.

Par ailleurs, si l'on se tourne vers les dépenses des ménages, et les déclarations sur les postes de dépenses qui leur posent le plus de problèmes, la santé vient là aussi loin derrière l'alimentation et l'habillement ou l'habitat ; mais la situation n'a pas évolué entre 2001 et 2007, voire a empiré.

b. L'accessibilité physique

L'accessibilité physique au centre de santé reste un problème majeur en milieu rural. Malgré l'effort soutenu de création de nouveaux centres, la population demeure encore mal desservie en raison de la distance qui la sépare de l'établissement de soins le plus proche. Une étude réalisée par le Ministère de la santé en octobre 2003 conclut que 25% de la population se trouvait toujours à plus de 10 km d'un établissement de soins.(49)

Au niveau national, la distance moyenne parcourue pour rejoindre le lieu de consultation est de 21,9 km, mais des disparités importantes sont observées entre le milieu rural et le milieu urbain : elle est de 13,8 km en milieu urbain, et de 38,5 km en milieu rural. La distance parcourue a bien évidemment des conséquences sur le temps moyen nécessaire pour arriver au lieu de consultation : 49 minutes au niveau national en 2007, soit 35 minutes en milieu urbain, et 77 minutes en milieu rural.(55)

Une proportion de 11,1 % des malades citadins contre une proportion de 41,4% de leurs homologues ruraux est obligée de consacrer plus d'une heure pour se rendre au lieu de consultation. Les utilisateurs résidant en milieu rural semblent

être encore plus défavorisés pour l'accès aux soins hospitaliers : ils mettent en moyenne 90,3 minutes pour atteindre l'hôpital contre 53 minutes pour les urbains. Dans les 2 cas, 24 à 27% des patients hospitalisés ont utilisé un moyen de transport privé pour accéder à l'hôpital.(49)

c. Accessibilité financière

Le manque d'argent constitue bien évidemment un obstacle à l'accès aux soins, surtout pour les femmes. Ce sont 74% des femmes qui ont déclaré être confrontées à un problème d'accessibilité financière pour accéder aux soins de santé et obtenir un traitement (74 %), ce problème affectant davantage les femmes du milieu rural (85%) que celles du milieu urbain (66%). En outre, ce problème financier se pose de manière plus aiguë pour les femmes qui n'ont pas d'instruction, pour celles qui ne travaillent pas ou travaillent sans être payées, et pour les femmes appartenant aux ménages les plus pauvres.(56)

Une enquête, certes déjà un peu ancienne, avait tenté d'identifier les raisons pour lesquelles les femmes n'avaient pas consulté un médecin à l'occasion de leur dernier épisode de maladie. On remarquera que le refus du mari, à la fin des années 1990, intervenait très peu, et que le manque d'argent était surtout évoqué par les populations urbaines. La très grande majorité des répondantes semblaient alors ne pas ressentir le besoin de recourir à une structure de soins, déclarant parvenir à faire face à leur mal sans rien faire, et par recours à l'automédication,(57)

Ceci a été bien prouvé dans notre étude, puisque les patients qui présentaient un niveau socio économique bas consultaient plus tardivement avec un délai de 41 mois ($p=0,162$) ceci est expliqué par le biais de recrutement puisque la plupart de nos patients soit 96% avait un niveau socio économique bas.

d. Cas particulier des femmes

Selon l'enquête nationale du ministère de santé en 2018,

Les résultats des études révèlent que la majorité des femmes, soit un peu plus de 93,6% ont eu recours aux professionnels de santé qualifiés. Le recours à un professionnel de santé augmente, globalement, avec le niveau d'instruction de la femme, il passe de 91,2% pour les femmes sans certificat à 98,4% pour celles qui ont un niveau du secondaire et plus.(58)

Considérant le secteur privé, ce sont principalement les femmes issues du milieu urbain qui avaient eu recours à ce secteur en comparaison avec celles provenant du milieu rural (96,8% et 88,4% respectivement). (58)

En ce qui concerne le secteur public (centre de santé ou maison d'accouchement comme exemple), les femmes rurales ont fréquenté un peu plus ce mode de soins que celles urbaines avec un écart de 4 points environ.

Circuit d'un patient atteint d'un cancer cutané

		Hôpital public	Centre de santé/ maison d'accouchement	Clinique privée/ clinique mutualiste	Médecin privé	Pharmacie	Recours à un professionnel de santé (Total)	A domicile	Egout/ herboriste	Autre	No sait pas/ n'est pas sûr	Effectif des femmes non célibataires âgées de 15 à 49 ans
Groupe d'âges	15-19	7,1	37,6	3,0	41,0	2,3	91,0	7,4	0,6	0,7	0,3	239
	20-24	7,3	32,3	1,9	49,5	2,7	93,7	5,3	0,3	0,7	0,1	1034
	25-29	7,6	31,9	1,6	48,8	4,1	94,0	5,7	0,1	0,2	0,1	1669
	30-34	6,3	33,0	1,9	49,0	3,7	93,9	5,8	0,1	0,3	0,0	1813
	35-39	6,9	34,5	2,7	46,9	2,2	93,2	6,1	0,3	0,5	0,0	1925
	40-44	7,3	34,9	2,3	47,1	2,3	93,9	5,3	0,3	0,4	0,1	1779
	45-49	6,5	31,8	3,0	49,6	2,0	92,9	6,1	0,3	0,5	0,1	1510
Milieu	Urbain	7,7	31,7	2,9	51,3	3,2	96,8	2,6	0,1	0,3	0,0	6005
	Rural	5,8	35,7	1,3	43,4	2,2	88,4	10,5	0,4	0,6	0,1	3964
Plus haut certificat obtenu	Sans certificat	7,1	37,7	1,4	42,5	2,5	91,2	7,9	0,3	0,5	0,1	6159
	Fondamental	7,7	30,7	2,9	52,0	3,7	97,0	2,5	0,2	0,4	0,1	2915
	Secondaire et +	3,4	11,3	6,4	75,2	2,1	98,4	1,5	0,0	0,0	0,0	895
Région	Tanger - Tétouan - Al Hoceima	6,5	44,2	1,2	39,8	3,4	95,1	4,7	0,0	0,2	0,0	1062
	Oriental	6,0	31,8	0,8	50,6	2,2	91,4	8,0	0,5	0,1	0,1	694
	Fès- Meknès	8,4	36,1	0,5	41,1	4,8	90,9	7,2	0,1	1,7	0,1	1299
	Rabat - Salé -Kénitra	4,7	34,0	1,7	54,2	2,9	97,5	2,1	0,1	0,3	0,1	1272
	Béni Mellal - Khénifra	2,9	44,3	1,1	40,5	0,6	89,4	10,3	0,0	0,0	0,3	730
	Casablanca- Settat	7,4	20,9	1,7	65,1	3,0	98,1	1,7	0,0	0,2	0,0	1913
	Marrakech-Safi	6,9	25,4	8,1	41,4	3,0	84,8	14,3	0,7	0,1	0,1	1471
	Drâa-Tafilalet	5,1	53,6	1,3	36,3	1,4	97,7	0,3	0,4	1,2	0,3	464
	Souss-Massa	9,8	36,8	1,7	47,8	1,3	97,4	2,5	0,2	0,0	0,0	786
	Guelmim-Oued Noun	12,6	32,7	0,2	47,9	2,2	95,6	1,6	0,6	1,9	0,2	115
	Laâyoune - Sakia El Hamra	15,5	33,1	0,6	39,7	2,7	91,6	6,8	1,0	0,6	0,0	122
	Dakhla-Oued Ed-Dahab	(33,8)	(33,9)	(2,4)	(23,0)	(4,4)	(97,5)	(1,5)	(0,6)	(0,0)	(0,3)	42
Quintile de bien-être	Le plus pauvre	5,8	33,5	0,6	42,3	1,6	83,8	15,0	0,5	0,7	0,1	2083
	Second	6,1	40,5	1,2	43,6	3,0	94,4	4,6	0,4	0,6	0,0	1945
	Moyen	9,1	35,3	2,3	45,3	3,8	95,8	3,7	0,1	0,2	0,1	2064
	Quatrième	6,3	31,7	2,5	53,3	3,2	97,0	2,7	0,1	0,2	0,1	2064
	Le plus riche	7,6	24,8	4,9	57,4	2,6	97,3	2,3	0,1	0,4	0,0	1813
National		7,0	33,3	2,3	48,2	2,8	93,6	5,8	0,2	0,4	0,1	9969

Tableau 5: Répartition (en%) des femmes non célibataires âgées de 15 à 49 ans, selon le lieu de recours aux soins de santé et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, ENPSF-2018

Pour les femmes désirant recourir aux soins de santé, certaines contraintes peuvent les empêcher d'y accéder. Dans la plupart des cas, les femmes avaient reporté (tableau 11.14), le problème financier comme première barrière d'accès aux soins de santé , suivi de l'éloignement du centre de soins ,le refus d'y aller toute seule, la crainte de ne pas trouver une femme comme prestataire de soins, la femme ne savait pas où aller et enfin le besoin d'avoir une permission pour y aller. Le problème financier a été rapporté par les femmes les plus âgées, les femmes du milieu rural, les femmes d'un niveau moindre d'instruction et par les femmes les plus pauvres .(58)

De même, le niveau d'instruction détermine l'effectif des femmes concernées par cette contrainte.

Circuit d'un patient atteint d'un cancer cutané

		La femme ne sait pas où aller	La femme a besoin d'une permission	La femme manque d'argent	Eloignement du centre de soins	La femme ne veut pas aller seule	La femme craint de ne pas trouver un professionnel de santé de sexe féminin	Femmes non célibataires âgées (15 - 49 ans)
Groupe d'âges	15-19	25,3	33,2	54,4	45,6	68,7	29,6	239
	20-24	25,1	29,0	58,0	41,2	54,3	32,0	1034
	25-29	23,2	25,0	61,2	39,7	42,1	26,1	1669
	30-34	20,6	23,1	61,8	37,7	34,4	25,7	1813
	35-39	21,9	20,7	65,2	35,3	31,5	24,3	1925
	40-44	19,6	18,6	64,9	35,4	29,3	24,1	1779
	45-49	23,5	16,6	65,8	34,4	30,2	22,5	1510
Milieu	Urbain	15,3	14,3	56,5	20,8	22,1	28,2	6005
	Rural	32,5	33,7	72,7	62,0	58,2	21,4	3964
Plus haut certificat obtenu	Sans certificat	26,9	26,9	71,9	45,1	42,6	25,2	6159
	Fondamental	15,6	16,5	54,3	27,1	30,9	27,0	2915
	Secondaire et +	10,5	6,7	29,5	15,4	12,6	22,5	895
Région	Tanger - Tétouan - Al Hoceima	24,5	10,4	76,7	42,9	30,4	27,9	1062
	Oriental	25,7	12,9	71,6	39,9	43,1	17,6	694
	Fès- Meknès	35,4	28,7	79,0	53,7	50,3	38,2	1299
	Rabat - Salé -Kénitra	12,7	9,4	58,3	24,8	20,7	26,2	1272
	Béni Mellal - Khénifra	18,8	17,6	49,4	32,7	28,7	18,4	730
	Casablanca-Settat	14,2	24,9	56,3	31,5	29,5	29,3	1913
	Marrakech-Safi	35,3	27,5	76,3	47,2	49,2	22,1	1471
	Drâa-Tafilalet	19,8	34,8	48,8	28,4	37,4	12,5	464
	Souss-Massa	13,2	39,5	37,7	29,0	48,2	22,5	786
	Guelmim-Oued Noun	6,7	9,9	51,0	39,3	24,9	13,6	115
	Ladyoune - Sakia El Hamra	9,0	7,6	30,8	16,9	13,2	15,1	122
	Dakhla-Oued Ed-Dahab	(6,2)	(3,4)	(44,0)	(2,7)	(5,9)	(15,4)	42
Quintile de bien-être	Le plus pauvre	37,1	36,4	76,5	68,2	63,1	22,5	2083
	Second	23,5	24,6	68,9	46,7	41,8	23,9	1945
	Moyen	20,0	17,0	65,3	30,2	31,4	27,0	2064
	Quatrième	14,8	17,0	53,4	22,2	24,3	27,8	2064
	Le plus riche	14,3	14,1	49,2	16,2	19,8	26,4	1813
National		22,1	22,0	62,9	37,2	36,5	25,5	9969

Tableau 6 : Répartition (en %) des femmes non célibataires âgées de 15 à 49 ans qui ont mentionné certains obstacles pour d'accéder aux soins de santé selon certaines caractéristiques, ENPSF-2018

Au niveau régional, ce sont principalement les femmes issues des régions de Fès-Meknès, Tanger Tétouan-Al Hoceima, Marrakech-Safi et l'Oriental qui ont évoqué le problème financier avec une proportion dépassant 70%. Le quintile de bien-être semble avoir également une influence ; en effet, les femmes du quintile le plus riche ont moins rapporté la barrière financière.

Pour la barrière représentée par l'éloignement du centre, ce sont spécialement les femmes les plus jeunes qui ont avancé cette contrainte par rapport à celles plus âgées. La proportion des femmes du milieu rural a excédé celle des femmes urbaines de 41,2 points, alors que les femmes qui ont atteint un niveau de certificat supérieur ont moins relaté cette barrière. (58)

Dans notre étude, le délai tardif de consultation était retrouvé plus chez les hommes avec une moyenne de 58mois (p 0,58 non significatif) mais ceci est expliqué par le biais de recrutement puisque 54% de notre échantillon était représenté par des hommes, rajoutant a cela, les femmes sont plus soucieuse du bien être de leur peau comparé aux hommes.

De plus, cette analyse montre clairement que le retard de diagnostic est lié au milieu d'habitat puisque les femmes du milieu rural consultaient après un délai moyen de 51 mois.

3. La pénurie des ressources humaines

Depuis l'indépendance, le Ministère de la santé n'a cessé de déployer des efforts en matière de couverture sanitaire pour offrir à l'ensemble de la population des soins de santé de proximité. Ainsi, le Maroc comptait en 2007(59), 18.269médecins, tout secteur confondu.

Puis en 2019, on note une nette amélioration avec 25579 médecins tous secteurs confondus. (60)

Néanmoins, malgré l'augmentation des effectifs et de la densité médicale, la proportion de médecins par habitants au Maroc reste inférieure à celle enregistrée dans les pays arabes.

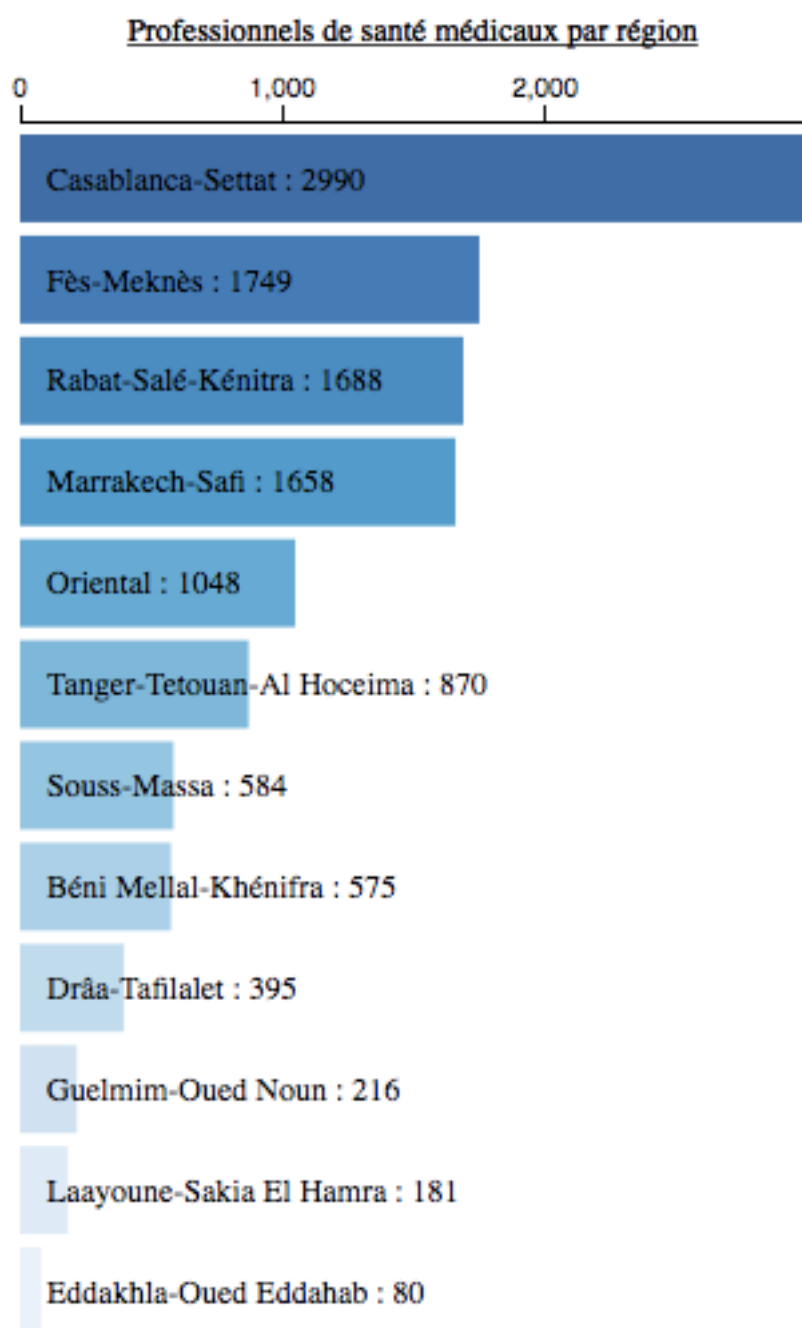
	Mar	Alg	Tun	Egy	Jord	France	Esp	OCDE
Med/ 10.000Hab	6,27	12,1	12,2	28,3	25,6	31,8	37	32
Inf. & SF/ 10.000Hab	8,9	19,5	32,8	35,2	40,5	93	50,8	88
Lits/ 10.000Hab	9	-	21	5	18	64	31	5

Tableau 7 : répartition des médecins, personnels paramédicales et lits par 10000 habitants au niveau des différents pays arabes et européens.(61)

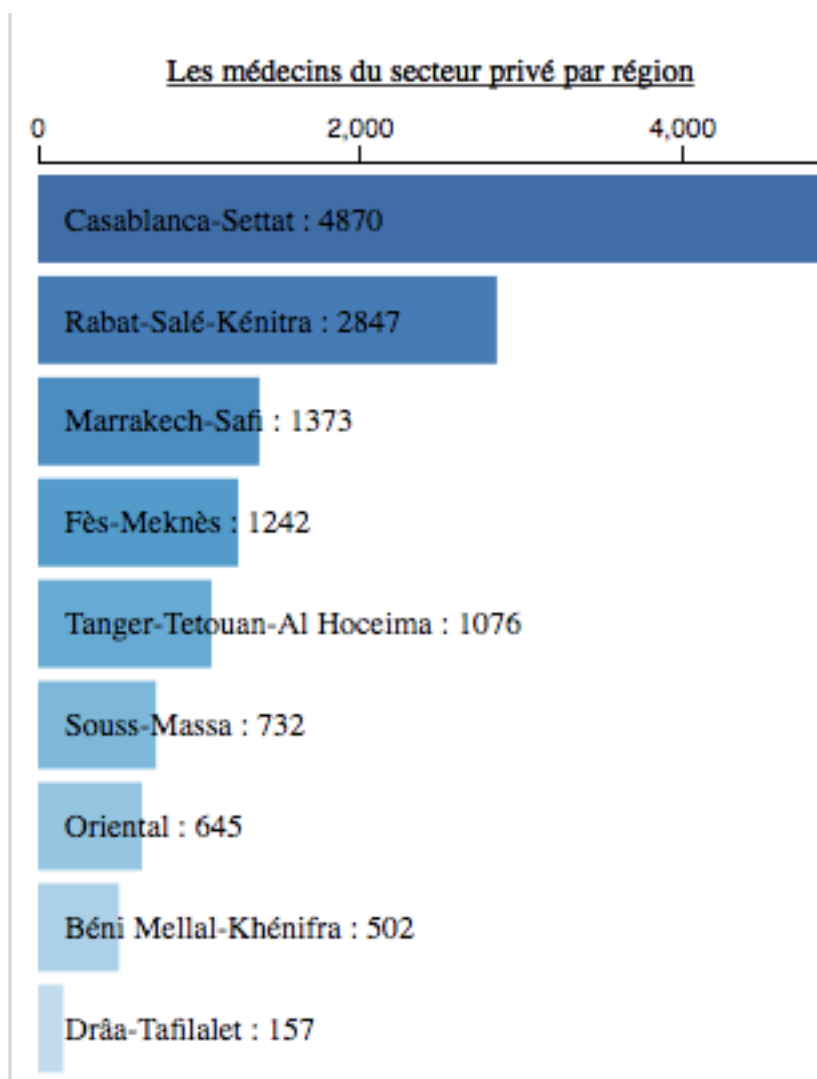
L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) situe le Maroc parmi les 57 pays du monde souffrant d'une carence aiguë en personnel soignant.(61)

En plus du faible taux de personnels, on note une certaine inégalité de répartition des médecins par région. La comparaison entre régions du nombre d'habitants par médecin des deux secteurs montre des disparités régionales flagrantes.

Il faut noter aussi, que les écarts de répartition des médecins généralistes sont importants non seulement entre les régions mais aussi au sein de la même région.(60)



Graphique17 : Répartition des médecins du secteur public par région en 2019



Graphique 18 : Répartition des médecins du secteur privé par région en 2019

4. Au niveau du Centre hospitalier Universitaire :

Après avoir parcouru tous les différents secteurs, nos patients finissent par arriver au CHU, mais même dans une structure de troisième niveau, des retards de prise en charge sont notés.

Dans notre étude,

- le délai moyen d'attente d'hospitalisation était estimé à 22 jours.
- La durée moyenne d'hospitalisation était de 16 jours mais avec des différences en fonction de la néoplasie : pour le mélanome, elle était estimée à 14 jours, le carcinome épidermoïde à 10 jours, le mycosis fongoïde à 9 jours , le sarcome de Darrier Ferrand à 7 jours et le carcinome basocellulaire à 2 jours.

Toutefois, il faut savoir que la plupart de nos patients présentant un carcinome basocellulaire ne bénéficiait pas d'hospitalisation.

Dans notre étude, la durée moyenne d'hospitalisation était légèrement supérieure (13 jours) chez les patient qui ont bien évolué après leur prise en charge thérapeutique, par rapport à ceux qui avaient une évolution défavorable (10 jours) mais sans signification statistique ($P : 0,96$), ceci pourrait être expliqué par la priorité et la rapidité de prise en charge des cancers de mauvais pronostic au sein de notre service.

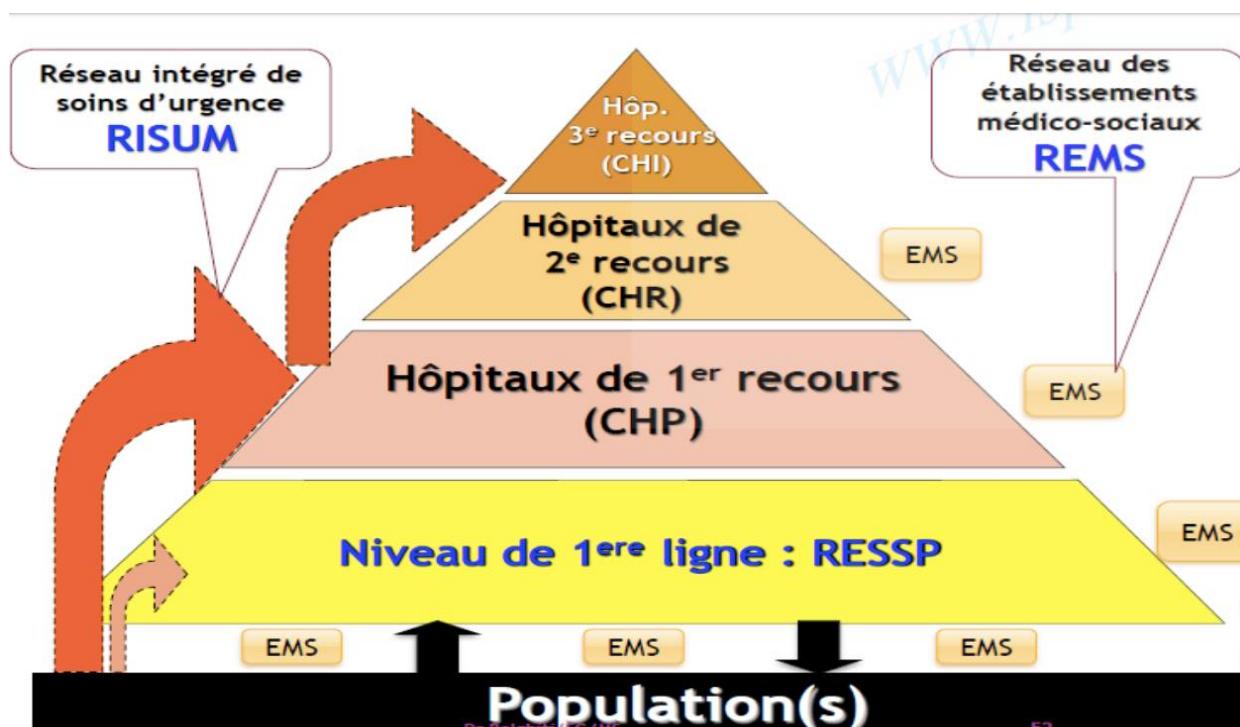
Toutefois, on juge que cette durée d'hospitalisation demeure encore longue pour une prise en charge rapide des cancers cutanés notamment de pronostic sombre tel que le mélanome.

Ainsi, on a soulevé principalement trois problèmes :

- Nos patients cancéreux se voient attribuer des rendez-vous pour une consultation en dermatologie et donc un retard de prise en charge.
- on a noté un retard de réalisation mais aussi d'interprétation des explorations radiologiques.
- et enfin on a noté un retard dans la mise en disponibilité des différents résultats histologiques et ceci a malheureusement un impact sur la durée d'hospitalisation et par conséquent, la prise en charge thérapeutique.

On a essayé d'analyser ces différentes barrières qui font face à une prise en charge rapide de ces malades, et on a conclu à une cause principale qui est le non-respect de la filière de soins. Ainsi, le CHU se voit inondé de patients de tous les niveaux, expliquant ainsi l'attente énorme de consultations mais aussi d'explorations radiologiques et histologiques.

Enfin, tous ces déficits liés à la population, ou au système de santé aboutissent à une prise en charge tardive de ces malades, et ceci est très bien élucidé par notre étude puisque la durée moyenne entre l'apparition des lésions et la prise en charge thérapeutique est de l'ordre de 8 ans pour le cancer cutané le plus agressif qu'est le mélanome.



Graphique 19 : Organisation de l'offre de soins au Maroc

II. Déficit lié aux médecins :

1. Pratique de l'examen dermatologique et la recherche systématique des lésions cutanées suspectes :

L'une des stratégies de dépistage précoce les plus importantes repose sur l'examen cutané complet du corps des patients. Il s'agit d'un examen indolore pour le patient, rapide et facile à entreprendre(62) . Il permet de dépister les cancers cutanés dont la détection précoce conduit à une meilleure qualité de vie, en anticipant un préjudice esthétique majeur et à une réduction des coûts financiers liés à la chirurgie reconstructrice pour les services de santé.

Les recommandations de l'American Cancer Society ont été en 2001 : « la réalisation d'un examen cutané complet une fois par an par un médecin généraliste pour les individus de plus de 40 ans et tous les 3 ans pour les individus entre 20 et 40 ans » .(63)

Pour réduire le fardeau du cancer de la peau en Allemagne un programme national de dépistage du cancer de la peau, le premier en son genre au monde, a été mis en place le 1er juillet 2008 avec un examen visuel de tout le tégument tous les 2 ans à tous les assurés allemands âgés de 35 ans et plus (45 millions de personnes).(64)

Nous avons retrouvé dans la littérature différents exemples montrant que les médecins généralistes ne réalisaient que rarement une inspection corporelle totale de leurs patients(65) en dehors d'une demande spécifique de leur part.(66)

Une étude australienne (67)a montré que seulement 20% des médecins traitants avaient examiné la peau de leur malade lors de la dernière année.

Une enquête réalisée auprès des médecins généralistes(62) en activité dans le département du val de Marne en France montraient que 46 % des médecins généralistes indiquaient ne pas voir systématiquement la peau de leurs malades au cours de leur examen général.

Walter F. et al. sont arrivés au constat que même au cours des consultations pour une lésion suspecte, les médecins généralistes étudiaient principalement la lésion, ne procédant généralement pas à des examens cutanés complets ni à l'éducation de leurs patients .(68)

Aux pays bas, qui fait partie des pays où l'incidence des cancers cutanés est en continuelle augmentation, Ahmadi K et al ont constaté que seulement 2% de l'ensemble des lésions cutanées suspectes examinées par un médecin généraliste au cours de l'année 2015 étaient dans le cadre du dépistage, et que c'est le patient qui était demandeur d'un examen pour une lésion suspecte dans 98% des cas.(69)

Cela suggère que les généralistes accordent peu d'attention aux lésions cutanées qu'ils peuvent rencontrer lors des consultations. Par conséquent, les tumeurs cutanées sont souvent détectées à un stade plus avancé, surtout que le

médecin généraliste est habituellement le seul professionnel médical qu'un patient voit régulièrement, notamment dans notre étude où médecin généraliste a été le médecin traitant initial chez 61% de nos patients.

D'ailleurs, dans notre étude, le cabinet du médecin généraliste représentait 61% des consultations initiales.

D'autres études ont même montré que l'écart entre les généralistes et les dermatologues pour le diagnostic du mélanome relevait plus d'un défaut de spécificité que d'un défaut de sensibilité(70); Ces résultats suggèrent que la méconnaissance d'un mélanome chez un malade suivi en médecine générale pourrait résulter plus souvent de l'absence d'examen cutané systématique(71) que d'erreurs diagnostiques. Ils incitent à développer des actions de sensibilisation des médecins généralistes à l'examen cutané systématique, plus que de longues et coûteuses formations sémiologiques. L'absence d'examen cutané complet a été incriminée également dans une étude australienne, comme étant une cause de méconnaissance des mélanomes chez les malades suivis en médecine générale, plus fréquente que les erreurs diagnostiques. (67)

Dans une étude menée par notre équipe en 2018, A.Oulehri et al. ont constaté que la majorité des médecins généralistes de la ville de Fès ne réalisent jamais voir rarement : Un examen cutané complet (67.1%), un examen des muqueuses (60.1%), ou un examen des phanères (68.4%), lors de leur examen somatique habituel de routine. De plus 61.4% des médecins ont déclaré ne jamais chercher de façon systématique des lésions cutanées suspectes, bien que le siège électif de ces lésions se situe au niveau des zones habituellement exposés à l'œil du praticien. Ainsi on peut conclure que la majorité des médecins généralistes de la ville de Fès ne pratique pas de dépistage des cancers cutanés(72). Résultat qui a été partagé par de très nombreuses études.

Cette absence de pratique pourrait s'expliquer de différentes manières :

1. Des difficultés diverses (Difficultés de reconnaissance des lésions ou de la population à risque, manque de temps, manque de compliance du patient) rencontrées lors de l'examen clinique cutané ont pu démotiver les médecins interrogés. En effet, 43.6% des médecins interrogés lors de l'étude de A.Oulehri (72) ont estimé rencontrés souvent voir toujours des difficultés de pratique lors du dépistage des cancers cutanés.
2. le manque de sensibilisation et d'information des médecins généralistes quant à la fréquence de ce cancer, ses facteurs de risque et l'intérêt primordiale du dépistage précoce, ce qui entraîne une absence de motivation de leur part à réaliser un examen cutané complet. Plusieurs études ont montré que les actions de sensibilisation des professionnels de santé ont été suivies d'une augmentation significative du taux d'examen cutané complet lors des consultations(73). Une enquête américaine de 2002(70) concluait que les médecins sensibilisés étaient les plus susceptibles d'examiner régulièrement le corps de leurs patients à risque. Ce taux pouvait monter jusqu'à 60 % des médecins généralistes concernés.

Une étude (72)a objectivé une sous-estimation des médecins généralistes de la ville de FES de la fréquence des cancers cutanés dans leur région. Puisque la grande majorité d'entre eux (69.6 %) estimaient qu'ils sont peu fréquent ou rares ; alors qu'en réalité la région de Fès enregistre à l'échelle nationale la fréquence la plus élevée, vu que c'est la seule région ou les cancers cutanés sont en deuxième position après les cancers digestifs sur l'ensemble des cancers enregistrés entre 2004 et 2010(74). Cette sous-estimation de la fréquence peut expliquer entre autre

le faible taux de dépistage systématique des cancers cutanés notamment par l'examen dermatologique complet par nos médecins généralistes et nous laisser présager qu'une information sur les données épidémiologiques des cancers cutanés dans notre région sera un très bon motivateur pour optimiser les pratiques de prévention et de dépistage.

3. Le manque de sensibilisation et d'information de la population générale sur les cancers cutanés,

Les sujets les plus à risques et les différentes lésions et signes d'alarmes qui doivent les alerter et les inciter à consulter dans les plus brefs délais. En effet selon une étude réalisée au niveau de la région de Fès sur les connaissances de la population générale sur les cancers cutanés ; 17,9% n'avaient jamais entendu parler du cancer de la peau, 32,5% avaient un faible score de connaissance sur les cancers cutanés et seulement 0,85% un score de connaissance satisfaisant, en outre, 15,1% des participants ont émis l'hypothèse que ce cancer est contagieux. Cette étude a conclu au manque de connaissances et à la sous-estimation du cancer de la peau par notre population(75). Des efforts sont ainsi nécessaires pour informer et sensibiliser la population générale quant à l'importance de la prévention et du dépistage des cancers de la peau. Car il a été prouvé que l'accroissement du niveau de connaissance du public concernant les personnes à risque et l'aspect des tumeurs cutanées conduit à l'incitation à consulter en cas de lésion suspecte et que, lorsque la demande venait du patient, le taux d'examen clinique est plus élevé parmi les médecins stimulés que chez les médecins non stimulés (63% versus 46%).(70)

2. Le recours au dermatologue en cas de doute diagnostic :

La haute autorité de santé française recommande depuis 2006 que « Tout médecin omnipraticien ayant identifié une lésion cutanée suspecte, chez un patient à risque ou non, devra adresser sans délai son patient à un dermatologue »(76).

Une étude française réalisée en 2012(66) avec un effectif presque égal au notre (140 médecins généralistes) avait trouvé que les médecins interrogés ont adressé sur une année un total de 2997 patients présentant une lésion cutanée suspecte au dermatologue en raison d'un doute diagnostic. Ce qui a représenté une médiane de 13 patients par médecin et par an avec un nombre minimum de 2 et un nombre maximum de 150 patients adressés par médecin. 40% des médecins généralistes de cette étude ont adressé plus de 20 lésions cutanées au dermatologue. (66)

Des chiffres beaucoup moins importants ont été retrouvés dans l'étude de A.Oulehri(72) avec un total de 936 patients présentant une lésion cutanée suspecte adressés au dermatologue au cours de l'année 2017. Ce qui a représenté une médiane de 4 patients par médecin et par an ; on a retrouvé de grands écarts d'un médecin à l'autre, avec un nombre minimum de 0 patients adressés et un nombre maximum de 30 patients. Il s'est dégagé de ces résultats que la plupart des médecins de l'étude (65.8%) ont adressé cette année au dermatologue moins de 10 patients par médecin pour une lésion cutanée suspecte.

III. LES BESOINS EN FORMATION COMPLÉMENTAIRE :

1. Intérêt et impact de la formation des médecins dans la prévention et le dépistage des cancers cutanés :

La pluparts des pays avec une incidence élevée des cancers cutanés ont planifié et organisé des formations dédiées spécifiquement aux médecins généralistes sur le dépistage du cancer de la peau, ses facteurs de risque, les mesures de prévention et le diagnostic des lésions cutanées malignes. Les résultats publiés dans la littérature démontrent que les programmes de formation ont un impact positif significatif sur l'augmentation des compétences des médecins généralistes et une meilleure efficacité sur le terrain.(77)(78)

Mikkilineni et coll.(73)ont déclaré qu'une formation adéquate des médecins généraliste favorise l'efficacité et la confiance des médecins dans les services préventifs.

Une campagne de sensibilisation des médecins généralistes au dépistage du mélanome, réalisée préalablement à l'étude de 2004 dans le Haut-Rhin(79), comportait d'abord une information et un envoi de matériel (affiches et plaquettes riches en photographies couleur) destiné à leurs salles d'attente, puis des séances de formation médicale continue. L'évaluation de l'impact de cette campagne sur les médecins ciblés a défini que 92% des médecins considéraient l'action comme justifiée en terme de santé publique, 95% des médecins souhaitaient recevoir régulièrement une publication sur les cancers cutanés et 70% des médecins avaient l'intention de participer activement au dépistage.

Pour réduire le fardeau du cancer de la peau en Allemagne, un programme national de dépistage du cancer de la peau, le premier en son genre au monde, a

été mis en place le 1er juillet 2008 avec un module de formation pour tous les médecins généralistes avant d'entamer le programme.(77)

2. Participation aux formations médicales continues (FMC):

La formation médicale continue FMC est d'abord une obligation morale et déontologique. C'est aussi un droit du patient et de la société qui exige des soins de qualité, conformes à l'évolution de la science. Elle est de plus en plus encadrée dans de nombreux pays par des textes législatifs.(66)

La FMC est une obligation légale en France encadrée par plusieurs comités et organisations. Au Maroc, la FMC est toujours facultative et très parcellaire (Associations, sociétés savantes, facultés, laboratoires pharmaceutiques...). Il y a actuellement une ébauche de l'obligation légale, mais il n'y a toujours pas de décrets d'applications ni d'actions officielles sur le terrain.

Pour la réussite d'un tel programme, une étroite collaboration entre les différentes structures de formation et les sociétés savantes est nécessaire.

3. Compagne de sensibilisation et de dépistage du cancer cutané:

Le but de ces campagnes est de sensibiliser via un dépliant et une affiche aux bienfaits et dangers du soleil. Il est indispensable d'en prendre conscience et de prévenir la population.

Les 10 critères définis en 1986 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), auxquels doit répondre une pathologie pour justifier la mise en œuvre d'un dépistage, sont les suivants :

1. Le cancer pose un problème de santé publique (fréquence, gravité).
2. L'histoire naturelle du cancer est connue. Il est précédé d'une phase préclinique longue permettant de répéter les examens à une fréquence acceptable.
3. Le cancer peut être décelé à un stade précoce.

4. Le traitement à un stade plus précoce apporte plus d'avantages que le traitement à un stade plus tardif.
5. La sensibilité et la spécificité des examens ont été étudiées pour le dépistage et sont satisfaisantes.
6. Le test de dépistage est bien accepté par les patients.
7. Le diagnostic et le traitement des anomalies détectées sont faciles à mettre en œuvre.
8. La périodicité des examens est adaptée à l'histoire naturelle de la maladie ; elle est connue.
9. Les avantages du dépistage sont supérieurs aux inconvénients.
10. Le coût du dépistage n'est pas trop élevé.

Le cancer de la peau regroupe tous ces critères et donc des campagnes de sensibilisation et de dépistage sont obligatoires d'autant plus que le dépistage est facile repose sur un examen visuel, à l'œil nu dans un premier temps, de l'ensemble de la peau. Le dermatologue peut s'aider d'un dermatoscope. S'il repère une lésion suspecte, en accord avec le patient, une surveillance ou une exérèse, sous anesthésie locale, peuvent être proposées. Dans ce dernier cas, l'examen anatomocytopathologique de la lésion permet de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'un cancer cutané.

L'éducation publique est aussi essentielle pour tout programme d'intervention visant à réduire la morbidité et la mortalité associées au cancer de la peau. C'est d'autant plus vrai dans notre contexte où

les connaissances de la population générale en matière de cancers cutanés se sont révélées très insuffisantes selon l'enquête de Kelati A et coll(75)réalisée dans la région de Fès en 2014.

IV. PLAN de santé 2025 :

L'état de santé de la population marocaine a connu une importante évolution au cours des dernières années. L'amélioration des conditions de vie et d'accès aux soins a contribué à l'amélioration de nombre d'indicateurs démographiques et épidémiologiques.

L'amélioration de l'accès à l'hôpital public avec l'amélioration de la fréquentation hospitalière de 80 % (10,77 millions en 2016 contre 6 millions en 2008), l'augmentation des hospitalisations de 61 % et des consultations spécialisées de 78 %, avec une nette progression de la capacité litière hospitalière grâce à 2 440 lits supplémentaires suite à la mise en service de 14 nouveaux hôpitaux publics (1 880 lits) et un nouveau CHU à Oujda (560 lits).(60)

Malgré ces réalisations, certaines contraintes freinent toujours le développement du secteur. Certes, l'accès aux soins et services s'est sensiblement amélioré, mais il persiste des problèmes d'accès, attestés par le faible taux d'utilisation de la consultation curative (0,6 contact par habitant et par an, contre 2,7 en Tunisie et 6,4 en France...), et le faible taux d'encadrement médical en milieu rural. Les dépenses directes des ménages, estimées à 50,7 % de la dépense globale en soins, constitue un obstacle supplémentaire à l'accès aux services de santé et à leur utilisation.

Par ailleurs, la qualité des services est également une problématique majeure qui non seulement entrave l'accès aux soins mais complique en plus la relation avec la population, dont les attentes sont vives, pressantes et en constante hausse. Aussi, la liberté de déplacement des biens et des personnes, l'urbanisation et les changements environnementaux génèrent de nouveaux

défis, représentés, entre autres, par les menaces sanitaires nouvelles et/ou ré-émergentes.

C'est ainsi que le ministère de santé a élaboré une stratégie < Plan de santé 2025> centrée sur trois piliers :(80)

Pilier 1 : Organiser et développer l'offre de soins en vue d'améliorer l'accès aux services de santé

Pilier 2 : Renforcer les programmes nationaux de santé et de lutte contre les maladies

Pilier 3 : Améliorer la gouvernance et optimiser l'allocation et l'utilisation des ressources.

Ce plan permet d'améliorer l'accès aux soins, aux établissements de santé, améliorer la médecine générale et de famille.

Il a pour but aussi de renforcer le plan national de prévention et de contrôle du cancer, notamment par la promotion des soins palliatifs (centres régionaux), et on espère que le ministère accordera plus d'importance dans la prévention et traitement du cancer cutané.

V. Limites et perspectives :

1. Limites :

- Au cours de notre étude, nous avons été limités par le faible nombre de nos malades et l'hétérogénéité des formes cliniques et du profil épidémiologique
- Le manque d'études à l'échelle nationale limitait notre aptitude à dégager des recommandations à adopter sur tout le territoire marocain.

2. Perspectives :

- Il est nécessaire de multiplier les études au niveau des autres régions du Maroc pour décrire les caractéristiques propres à chaque région, et de là dégager un profil plus précis
- De larges études avec un échantillonnage plus grand devraient être réalisées.
- Essayer, grâce à ces études, de proposer des recommandations pour améliorer la prise en charge de ces patients

CONCLUSION

Les cancers cutanés sont très fréquents, et présentent une incidence croissante ces dernières années.

L'augmentation rapide de l'incidence de ces cancers au sein de la population depuis des décennies fait de ceux-ci une vraie préoccupation de santé publique. La gravité de ces tumeurs malignes est liée à leurs fortes capacités à métastaser, mettant en jeu le pronostic vital du patient.

Le but de cette étude est de mettre en avant les différentes étapes à franchir par le patient présentant un cancer cutané et de pouvoir détecter les causes du diagnostic tardif de la plupart de nos malades pour pouvoir y remédier et au final aboutir à des cancers diagnostiqués à des stades plus précoces et par conséquent à une prise en charge curative et un pronostic meilleur.

Pour ceci nous proposons :

- L'élaboration d'un programme de formation pour le médecin dans lequel il faudra le sensibiliser sur la gravité des cancers cutanés et l'intérêt de la prise en charge précoce.
- Organiser des campagnes de sensibilisation et de dépistage des cancers cutanés incluant dermatologues et omnipraticiens pour concrétiser l'approche pratique du sujet.
- Reproduire un circuit bien défini et rapide aux patients se présentant au centre hospitalier universitaire pour ainsi faciliter leur prise en charge sur plusieurs plans : Hospitalisation, bilans radiologiques, exploration anatomopathologique, et prise en charge thérapeutique.

RESUME

Résumé

Introduction :

Les cancers cutanés sont très fréquents, et présentent une incidence croissante ces dernières années. L'augmentation rapide de l'incidence de ces cancers au sein de la population depuis des décennies fait de ceux ci une vraie préoccupation de santé publique. La gravité de ces tumeurs malignes est liée à leurs fortes capacités à métastaser, mettant en jeu le pronostic vital du patient.

Objectifs :

Le but de cette étude est de mettre en avant les différentes étapes à franchir par le patient présentant un cancer cutané et de détecter les causes du diagnostic tardif de la plupart de nos malades pour pouvoir y remédier et au final aboutir à des cancers diagnostiqués à des stades plus précoces, par conséquent à une prise en charge curative et un pronostic meilleur.

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé une enquête transversale descriptive et analytique au moyen d'un questionnaire auprès de 100 patients colligés tous au service de Dermatologie vénérologie du CHU HASSAN II De FES.

Résultats :

Nous avons colligés un total de 100 patients, avec un âge moyen de 61,9ans et un sexe ratio à 1,17 (54 hommes et 46 Femmes).

Le motif de consultation le plus fréquent était l'apparition d'une tuméfaction chez 42% des patients, un saignement chez 22%, un prurit chez 14% et une douleur chez 8%.

Le délai moyen d'apparition des lésions était estimé à 6,55ans.

La majorité de nos patients avaient consulté pour la première fois après un délai de 34 mois chez un médecin généraliste chez 61% ou un médecin spécialiste chez 39%. A noter que parmi ces patients, seulement 20% consultait initialement un médecin dermatologue.

Concernant la prise en charge initiale, la majorité des patients soit 41% ont bénéficié initialement d'un traitement symptomatique, 27% d'une biopsie cutané, 4% d'une exérèse dont 75% était sans preuve histologique.

Pour le reste soit 28%, ils ont été référé d'emblée à un centre spécialisé.

Le délai moyen entre la consultation initial et la consultation au CHU est de 19 mois.

Une fois arrivée au CHU, 62% des malades ont consulté directement au service, cependant les 36% restant ont dû passer par le centre de diagnostic, prendre un Rendez-vous et attendre ce délai avant d'être examiné par un médecin dermatologue.

78% des patients ont bénéficié d'une prise en charge en intra hospitalier, avec une durée moyenne d'attente de 30 jours.

La durée moyenne d'hospitalisation de ces patients avant la prise en charge thérapeutique est de 16 jours.

39% de nos patients présentaient un mélanome, suivi par le carcinome basocellulaire avec un pourcentage de 22%, le carcinome épidermoïde chez 20%, le lymphome T type Mycosis Fongoïde chez 17% et le dermato fibrosarcome de darrierferrand avec un pourcentage de 2%.

En ce qui concerne la prise en charge, 76% de nos patients avaient bénéficié d'un traitement à visé curatif, 20% d'un traitement palliatif et 4% étaient perdus de vues avant même le début du traitement.

Et enfin, concernant l'évolution, elle était favorable chez 66% des patients, cependant on a noté une progression chez 7% et un décès chez 4% des patients et le reste en cours d'évolution.

Ainsi, la durée moyenne entre l'apparition des lésions et la prise en charge thérapeutique est : 8 ans pour le mélanome, 40ans pour le dermatofibrosarcome de Darrier Ferrand, 12 ans pour la carcinome basocellulaire, 8 ans pour le carcinome épidermoïde et enfin 4ans pour le Mycosis Fongoïde.

Conclusion :

Le patient et le médecin représentent la pierre angulaire dans la prévention primaire et secondaire des cancers cutanés, ce qui justifie la mise en place de programmes de formation médicale continue sur le sujet ainsi que l'organisation de campagnes de sensibilisation et de dépistage des cancers cutanés impliquant la population mais aussi les omnipraticien en collaboration étroite avec les dermatologues.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

1. **Roschraub S, Sso S, Zanetti R, Martinez C, Tormo MJ, S.** The multicenter south European Study Helios : Different sun exposure patterns in the etiology of basal cell and squamous cell carcinomas of the skin. s.l. : Br J Cancer, 1996.
2. **Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Picconi O, Boyle P.** Meta analyse of risk factors for cutaneous melanoma : Sun exposure. s.l. : Eur J Cancer, 2005.
3. **Greene MH, Clark Jr WH, Tucker MA, Kraemer KH, Elder DE, Fraser MC.** High risk of malignant melanoma in melanoma prone families with dysplastic nevi. s.l. : Ann Intern Med, 1995.
4. **Armstrong B, A. Krick.** The epidemiology of UV induced skin cancer. s.l. : J Photobiol, 2001.
5. **A, Perrinaud.** Carcinomes épidermoïdes ou Spinocellulaires. s.l. : Press Med, 2008.
6. **Euvrard S, Kanitakis J, Claudy A.** Skin cancers after organ transplantation. s.l. : N Engl J Med, 2003.
7. **Hartevelt MM, Bavinck JN, Kootte AM, Vermeer BJ, Vandenbroucke JP.** Incidence of skin cancer after renal transplantation in the Netherlands. s.l. : Transplantation, 1990.
8. **Dubina M, Goldenberg C.** Viral associated non melanoma skin cancers : a review. s.l. : Am J Dermatopathol, 2009.
9. **Lobo DV, Chu P, Grekin RC, Berger TG.** Nonmelanoma skin cancers and infection with the human immunodeficiency virus. s.l. : Arch Dermatool, 1992.
10. **Stern RS, Bagheri S, Nichols K.** PUVA Follow up study, The persistent risk of genital tumors among men treated with psoralen plus ultraviolet A for

- psooriasis. s.l. : J Am Acad Dermatol, 2002.
11. **Bonerqndi J, Monestier S.** Carcinome épidermoïde et ses précurseurs. s.l. : EMC, 2011.
 12. **Guillot B, Du Than A.** Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques. s.l. : Revue Prat, 2012.
 13. **Ruocco E, Di Maio R, Caccavale Siano M, Lo Schiavo A.** Radiation dermatitis, burns and recall phenomena : meaningful instances of immunocompromises district. s.l. : Clin Dermatol, 2014.
 14. **In, Non Melanoma skin cancer.** Guidelines for treatment and management in Australia, Clinical practice guidelines. s.l. : National Health Medical Research Council, 2002.
 15. **Zealand, Cancer Societt of New.** Skin cancer prevention and early detection. s.l. : Position statement, 2003.
 16. **Pavlovic S, Elizabeth Wiley.** Marjolin Ulcer: An overlooked entity. s.l. : Int Wound J, 2011.
 17. *Marjolin's ulcer of the scalp : report of 5 cases and review of the litterature.*
Ozek C, Celik N, Bilkay U, Akalin T, Erdem O, Cagdas A. s.l. : J Burn Care Rehabil , 2001 йил.
 18. **Eltorai IM, Montroy RE, Kobayashi M, Jakowatz J, Gutierrez P.** Marjolin's ulcer in patients with spinal cord injury. s.l. : J Spinal Cord Med, 2002.
 19. **Bauer T, David T, Rimareix F, Lortat Jacob A.** Marjolin's ulcer in chronic osteomyelitis: seven cases and a review of the litterature. s.l. : Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot, 2007.
 20. **Smith J, Mello LF, Nogueira Neto, Meohas W, Pito LW, Campos VA, Barcellos MG, Fiod NJ, Rezende JF, Cabral CE.** Malignancy in chronic ulcers and scars of the leg: a study of 21 patients. s.l. : Skeletal Radiol, 2001.

21. **Duarte AF, da Costa-Pereira A, Del-Marmol V, Correia O.** Are General Physicians Prepared for Struggling Skin Cancer? Cross Sectional study. s.l. : J Cancer Educ, 2016.
22. **Grauwin MY, Mane I, Cartel JL.** Pseudoepitheliomatous hyperplasia in trophic ulcers in leprosy patients. A 28 case study. s.l. : Lepr Rev, 1996.
23. **Copcu E, Aktas A, Sisman N, Oztan Y.** Thirty one cases of Marjolin's ulcer. s.l. : Clin Exp Dermatol, 2003.
24. **A. Ginot, J. Doyen, J.-M. Hannoun Lévi, A. Courdi.** Normal tissue tolerance to external beam radiation therapy: Skin Cancer. s.l. : Radiotherapie, 2010.
25. **Karagas MR, McDonald JA, Greenberd ER, Stukel TA, Weiss JE, Baron JA.** Risk of basal cell carcinoma and squamous cell skin cancer after ionizing radiation therapy For the Skin Cancer Prevention Study Group. s.l. : J Natl Cancer Inst, 1996.
26. **Hymes SR, Strom EA, Fife C.** Radiation dermatitis : Clinical Presentation , pathophysiology and treatment. s.l. : J Am Acad Dermatol, 2006.
27. **Van Houtte P, Roelandts M, Kantor G.** Radiotherapy Indications for non malignant diseases in 2014. s.l. : Cancer Radiother, 2014.
28. **Lam Hoai X, Trakatelli M.** Prise en charge des cancers cutanées non mélanome par le médecin généraliste. s.l. : Rev Med Brux, 2016.
29. **C, Maressa.** The selfie Skine examination. s.l. : J am Acad Dermatol, 2016.
30. **Robinson JK, Fisher SG, Turrisi RJ.** Predictors of skin self-examination performance. s.l. : Cancer, 2002.
31. **Janda M, Youl PH, Lowe JB, Elwood M, Ring IT , Aitken JF.** Attitudes and intentions in relation to skin checks for early signs of skin cancer. s.l. : Prev Med, 2004.
32. **Phelan DL, Olivera SA, Christos PJ, Dusza SW, Halpern AC.** Skin self-

- examination in patients at high risk for melanoma : a pilot study. s.l. : Oncol Nurs Forum, 2003.
33. **Gaudy-Marqueste C, Monestier S, Grob JJ.** Melanome. s.l. : EMC, 2015.
34. **Network, Sottisch intercollegiate Guidelines.** Cutaneous melanoma: A ntional clinical guideline. s.l. : Edinburgh: SIGN, 2003.
35. **Zealand, Cancer Society Of New.** Skin cancer prevention and early detection. s.l. : Position Statement, 2003.
36. **Natioal Health And Medical Research Council, Australian Cancer Network.** The management of cutaneous melanoma: Clinical practice Guidelines. s.l. : Camberra: NHMRC, 1999.
37. **Health, National Institute of.** Diagnosis and treatment of early melanoma. s.l. : NIH Cosensus conference JAMA, 1992.
38. **Istitute, National Cancer.** UV exposure and Sun Protective Practices. s.l. : Cancer Trends Progress Report.
39. **Meziane M, Ahid S, Azendour H,.** Results of a public awareness compaign in Morocco regarding the sun's deleterious effects. s.l. : J Eur Acad Dermatol Venereol, 2010.
40. **1, FPNPCC. Vol.** Axe Epidémiologie : Etudes des facteurs de risques. s.l. : Fondation Lalla Salma de lutte contre le cancer.
41. **Kylie Vuong, Lyndal Trevena, Billie Bonevski, Bruce K Amstrong.** Feasibility of a GP delivered skin cancer prevention intervention in Australia. s.l. : BMC Family Practice, 2014.
42. **Falk M, Anderson C.** Prevention of skin cancer in primary Healthcare: An evaluation of three different prevention efforts and the applicability of a phototest. s.l. : European J Gen Pract, 2008.
43. **F, Singly.** Questionnaire: l'enquête et ses méthodes. s.l. : La collection

universitaire de poche.

44. **Falk M, Magnusson H.** Sun protection advice mediated by the general practitioner: an effective way to achieve long term change of behavior and attitudes related to sun exposure. s.l. : Scand J Prim Health Care, 2011.
45. *Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries.* G., **De Looper M. & Lafortune.** Paris : OECD health working papers Directorate for Employment,, Vol. no 43.
46. **Gwatkin DR, Bhuiya A and Victoria CG.** Making health system more equitable. s.l. : Lancet, 2004, Vol. 364.
47. **D, Rainham.** Do Differences in Health make a difference? A review for health policymakers. s.l. : Health Policy, 2007.
48. **Marmot M, Friel S, Bell R, Houwelling TA and Taylor S.** Closing the gap in a generation : health quality through action on the social determinants of health. s.l. : Lancet, 2008.
49. **santé, Ministère de la.** *Plan d'action santé 2008-2012, Reconcilier le citoyen avec son système de santé.* Rabat : s.n., 2008.
50. **Ergler C. R, Sakdapolrak P., Bohle H.-G., Kearns R. A.** Entitlements to health care: Why is there a preferences for private facilities among poorer residents of Chennai, India? s.l. : Social science and Medicine, 2011.
51. **Thaddeus S, Maine D.** Too far to walk: maternal mortality in context. s.l. : Social science and Medicine, 1994.
52. **J.W., Penchansky R. Thomas.** The concept of access : Definition and relationship to consume satisfaction. s.l. : Medical care, 1981.
53. **G, Bantebya Kyomuhendo.** Low use of rural maternity services in Uganda: Impact of women's status, traditional beliefs and limited resources. s.l. : Reproductive Health Matters, 2003.

54. **J.S, Benson.** The impact of privatization on access in Tanzani. s.l. : Social science and Medicine, 2001.
55. **statistique, Direction de la.** Enquête nationale sur les revenus et les niveaux de vie des ménages. rabat : s.n., 2006–2007.
56. **A., Laabid.** Santé de la reproduction , Enquête sur la population et la santé familiale. Calverton, Maryland, USA et Rabat, : Ministère de la santé, ORC Macro et Ligue des Etats Arabes, 2005.
57. **A.I, Yaacoubd.** The social Dimension Of Health in Morocco. s.l. : Population Review, 2009.
58. **Maroc, Ministère de Santé du.** Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF). Rabat : s.n., 2018.
59. **santé, Ministère de la.** La démographie médicale et paramédicale à l'horizon 2025. 2007.
60. **santé, Ministère de.** *La carte sanitaire.* Rabat : s.n., 2019.
61. **OMS.** *Les statistiques de santé mondiale .* 2014.
62. **L, Housiaux.** Diagnostic et Dépistages des tumeurs noires en médecine générale : analyse des besoins. s.l. : Ann Dermatol Et Vénérol, Mai 2007, Vol. 134.
63. **Force, US Preventive Task.** Screening for Skin Cancer: Recommendations and rationale. s.l. : Am J Prev. Med, 2001.
64. **Anders MP, Fengler S et al.** Nationwide skin cancer screening in Germany: Evaluation of the training program. s.l. : Int J Dermatol, 2017.
65. **Van Rijnsingen MC, Van Bon B, Van der Wilt GJ, Largro–Janssen AL, Gerritsen MJ.** The current and Future role of general practionners in skin cancer care: An assessment of 268 general practionners. s.l. : Br J Dermatol, 2014.
66. **B, Yaichi . M Tibil.** Le dépistage précoce en cancérologie cutanée: évaluation

des pratiques en médecine générale du Val de Marne. s.l. : Thèse soutenue à l'Université PARIS EST CRETEIL, 2012.

67. **Janda JB, Balanda KP, Del Mar CB, Purdie D, Tipping J.** Family physicians'knowledge of malignant melanoma. s.l. : Med J Aust, 1994.
68. **Walter FM, Humphrys E, Tso S.** Patients understanding of moles and skin cancer, and factors influencing presentation in primary care : a qualitative study. s.l. : BMC Fam Pract, 2011.
69. **K, Ahmadi.** Current approach or skin lesions suspected of malignancy in general practice in the Netherlands: a quantitative overview. s.l. : J Eur Acad Dermatol Venerol, 2017.
70. **Geller A.C, O'Riordan D.L, Oliveria S.A, Valvo S, Teich M, Halpern A.C.** Overcoming obstacles to skin cancer examinations and prevention counselling for high risk patients: resultats of a national survey of primary care physicicans. s.l. : J Am Board Fam Fam Pract, 2004.
71. **Jowe JB, Balanda KP, Del Mar CB, Purdie D, Hilsdon AM.** General Practionner and patient response during a public program to encourage skin examinations. s.l. : Med J Aust, 1994.
72. **Aida, Oulehri.** Prevention et dépistage des cancers cutanés: Rôle du médecin généraliste. s.l. : Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine et de pharmacie de FES , Maroc, 2018.
73. **Mikkilineni R, Weinstock M.A,.** Impact of basic skin cancer triagecurriculum on provider's skin cancer control practices. s.l. : J Genet Intern Med, 2001.
74. **Casablanca, Registe cancer Grand.** 2008–2012.
75. **Kelati A, Baybay H, Atassi M, Elfakir S, Gallouj S, Meziane M and Fatima zahra Mernissi.** Skin cancer knowledge and attitudes in the region of Fez Morocco: A cross sectional study. s.l. : BMC Dermatol, 2017.

76. Stratégie de dépistage précoce du mélanome. s.l. : Haute autorité Sanitaire HAS, Novembre 2006.
77. **Anders MP, Fengler S.** Nationwide skin cancer screening in Germany: Evaluation of the training program. s.l. : Int J Dermatol, 2017.
78. **AM, Mukhtar.** Pleadoyer feur ein kountinuierliches Fortbildungsprogramm. s.l. : Dtsch Arztebl, 2010.
79. **Algothani L, Jacks SK, Vander Horst A.** Disparities in access to dermatologic care according to insurance type. s.l. : Arch Dermatol, 2012.
80. **Driss, Haddougui.** Carte sanitaire au Maroc le pourquoi du comment. Mohammedia : s.n., 2017.
81. *Making health systeme more equitable.* **Gwatkin DR, Bhuiya A and Victoria CG.** s.l. : Lancet , 2004 йил, Vol. 364. 1273–1280.
82. *Do Differences in Health make a difference? A review for health policymakers.* **D, Rainham.** 84, s.l. : Health Policy, 2007 йил. 123–132.
83. *Closing the gap in a generation : health quality through action on the social determinants of health.* **Marmot M, Friel S, Bell R, Houwelling TA and Taylor S.** 372, s.l. : Lancet, 2008 йил. 1661–1669.
84. *Entitlements to health care: Why is there a preferences for private facilities among poorer residents of Chennai, India? .* **Ergler C. R, Sakdapolrak P., Bohle H.–G., Kearns R. A.** 72, s.l. : Social science and Medicine, 2011 йил. 327–337.
85. *Too far to walk: maternal mortality in context.* **Thaddeus S, Maine D.** 38, s.l. : Social science and Medicine, 1994 йил. 1091–1110.
86. *The concept of access : Definition and relationship to consume satisfaction.* **J.W., Penchansky R. Thomas.** 14, s.l. : Medical care, 1981 йил. 127–140.
87. *Low rule of rural maternity services in Uganda: Impact of women's status,*

- traditional beliefs and limited ressources. G, Bantebya Kyomuhendo. 11, s.l. : Reproductive Health Matters, 2003 йил. 16–26.*
88. *The impact of privatization on access in Tanzani. J.S, Benson. 52, s.l. : Social science and Medicine , 2001 йил. 1903–1915.*
89. *statistique, Direction de la. Enquête nationale sur les revenus et les niveaux de vie des ménages . rabat : s.n., 2006–2007.*
90. *Santé de la reproduction , Enquête sur la population et la santé familiale. A., Laabid. Calverton, Maryland, USA et Rabat, : Ministère de la santé, ORC Macro et Ligue des Etats Arabes, 2005 йил. 105–120.*
91. *The social Dimension Of Health in Morocco . A.I, Yaacoubd. 48, s.l. : Population Review, 2009 йил. 20–38.*
92. *Maroc, Ministère de Santé du. Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF). Rabat : s.n., 2018.*
93. *Ministère de la santé. La démographie médicale et paramédicale à l'horizon 2025. 2007.*
94. *Diagnostic et Dépistages des tumeurs noires en médecine générale : analyse des besoins . al, Housiaux L et. Issue 5, Part 1, s.l. : Ann Dermatol Et Vénérol, Mai 2007 йил, Vol. 134. P 484–6.*
95. *Screening for Skin Cancer: Recommandations and rationale. Force, US Preventive Task. 20, s.l. : Am J Prev. Med, 2001 йил. 44–6.*
96. *Nationalwide skin cancer screening in Germany: Evaluation of the training program. Anders MP, Fengler S et al. 56, s.l. : Int J Dermatol, 2017 йил. 1046–1051.*
97. *The current and Future role of general practionners in skin cancer care: An assessment of 268 general practionners . Van Rijsingen MC, Van Bon B, Van der Wilt GJ, Largro–Janssen AL, Gerritsen MJ. 170, s.l. : Br J Dermatol, 2014*

- йил. 1366–8.
98. *Le dépistage précoce en cancérologie cutanée: évaluation des pratiques en médecine générale du Val de Marne.* Yaichi . M Tibil B. s.l. : Thèse soutenue à l'Université PARIS EST CRETEIL , 2012 йил.
99. *Family physicians'knowledge of malignant melanoma.* Janda JB, Balanda KP, Del Mar CB, Purdie D, Tipping J. 16, s.l. : Med J Aust , 1994 йил. 195–8.
100. *Patients understanding of moles and skin cancer, and factors influencing presentation in primary care : a qualitative study.* Walter FM, Humphrys E, Tso S. s.l. : BMC Fam Pract, 2011 йил. 11,62.
101. *Current approach or skin lesions suspected of malignancy in general practice in the Netherlands: a quantitative overview.* K, Ahmadi. s.l. : J Eur Acad Dermatol Venerol , 2017 йил.
102. *Overcoming obstacles to skin cancer examinations and prevention counselling for high risk patients: resultats of a national survey of primary care physicans .* Geller A.C, O'Riordan D.L, Oliveria S.A, Valvo S, Teich M, Halpern A.C. 17, s.l. : J Am Board Fam Fam Pract, 2004 йил. 416–23.
103. *General Practionner and patient response during a public program to encourage skin examinations.* Jowe JB, Balanda KP, Del Mar CB, Purdie D, Hilsdon AM. s.l. : Med J Aust, 1994 йил. 195–8.
104. *Prevention et dépistage des cancers cutanés: Rôle du médecin généraliste.* Aida, Oulehri. s.l. : Thèse soutenue publiquemenent à la faculté de médecine et de pharmacie de FES , Maroc , 2018 йил.
105. *Impact of basic skin cancer triagecurriculum on provider's skin cancer control practices.* Mikkilineni R, Weinstock M.A,. s.l. : J Genet Intern Med, 2001 йил. 342–3.
106. **Casablanca, Registe cancer Grand.** 2008–2012 йил.

107. *Skin cancer knowledge and attitudes in the region of Fez Morocco: A cross sectional study.* Kelati A, Baybay H, Atassi M, Elfakir S, Gallouj S, Meziane M and Fatima zahra Mernissi. s.l. : BMC Dermatol , 2017 йил.
108. *Stratégie de dépistage précoce du mélanome .* s.l. : Haute autorité Sanitaire HAS, Novembre 2006 йил.
109. *Nationwide skin cancer screening in Germany: Evaluation of the training program.* Anders MP, Fengler S. s.l. : Int J Dermatol, 2017 йил. 1046–1051.
110. *Pleadoyer feur ein kountinuierliches Fortbildungsprogramm.* AM, Mukhtar. s.l. : Dtsch Arztebl, 2010 йил. A1–A7.
111. *Disparities in access to dermatologic care according to insurance type.* Alghothani L, Jacks SK, Vander Horst A. s.l. : Arch Dermatol , 2012 йил. 956–7.
112. *Carte sanitaire au Maroc le pourquoi du comment.* Driss, Haddougui. Mohammedia : s.n., 2017 йил.
113. *Meta analyse of risk factors for cutaneous melanoma : Sun exposure.* Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Picconi O, Boyle P. s.l. : Eur J Cancer, 2005 йил.
114. *The multicenter south European Study Helios : Different sun exposure patterns in the etiology of basal cell and squamous cell carcinomas of the skin .* Roschraub S, Sso S, Zanetti R, Martinez C, Tormo MJ, S. s.l. : Br J Cancer , 1996 йил.
115. *High risk of malignant melanoma in melanoma prone families with dysplastic nevi.* Greene MH, Clark Jr WH, Tucker MA, Kraemer KH, Elder DE, Fraser MC. s.l. : Ann Intern Med, 1995 йил.
116. *The epidemiology of UV induced skin cancer.* Armstrong B, A. Kricker. s.l. : J Photobiol, 2001 йил.

117. *Carcinomes épidermoïdes ou Spinocellulaires*. A, Perrinaud. s.l. : Press Med, 2008 йил.
118. *Skin cancers after organ transplantation*. Euvrard S, Kanitakis J, Claudy A. s.l. : N Engl J Med, 2003 йил.
119. *Incidence of skin cancer after renal transplantation in the Netherlands*. Hartevelt MM, Bavinck JN, Kootte AM, Vermeer BJ, Vandenbroucke JP. s.l. : Transplantation, 1990 йил.
120. *Viral associated non melanoma skin cancers : a review*. Dubina M, Goldenberg C. s.l. : Am J Dermatopathol, 2009 йил.
121. *Nonmelanoma skin cancers and infection with the human immunodeficiency virus*. Lobo DV, Chu P, Grekin RC, Berger TG. s.l. : Arch Dermatol, 1992 йил.
122. *PUVA Follow up study, The persistent risk of genital tumors among men treated with psoralen plus ultraviolet A for psoriasis*. Stern RS, Bagheri S, Nichols K. s.l. : J Am Acad Dermatol, 2002 йил.
123. *Carcinome épidermoïde et ses précurseurs*. Bonerqndi J, Monestier S. s.l. : EMC, 2011 йил.
124. *Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques*. Guillot B, Du Than A. s.l. : Revue Prat , 2012 йил.
125. *Radiation dermatitis, burns and recall phenomena : meaningful instances of immunocompromises district*. Ruocco E, Di Maio R, Caccavale Siano M, Lo Schiavo A. s.l. : Clin Dermatol , 2014 йил.
126. *Guidelines for treatment and management in Australia, Clinical practice guidelines*. In, Non Melanoma skin cancer. s.l. : National Health Medical Research Council, 2002 йил.
127. *Skin cancer prevention and early detection* . Zealand, Cancer Societt of New.

- s.l. : Position statement , 2003 йил.
128. *Marjolin Ulcer: An overlooked entity* . Pavlovic S, Elizabeth Wiley. s.l. : Int Wound J, 2011 йил.
129. *Marjolin's ulcer in patients with spinal cord injury*. Eltorai IM, Montroy RE, Kobayashi M, Jakowatz J, Gutierrez P. s.l. : J Spinal Cord Med , 2002 йил.
130. *Marjolin's ulcer in chronic osteomyelitis: seven cases and a review of the litterature*. Bauer T, David T, Rimareix F, Lortat Jacob A. s.l. : Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot, 2007 йил.
131. *Malignancy in chronic ulcers and scars of the leg: a study of 21 patients*. Smith J, Mello LF, Nogueira Neto, Meohas W, Pito LW, Campos VA, Barcellos MG, Fiod NJ, Rezende JF, Cabral CE. s.l. : Skeletal Radiol , 2001 йил.
132. *Are General Physicians Prepared for Struggling Skin Cancer? Cross Sectional study*. Duarte AF, da Costa-Pereira A, Del-Marmol V, Correia O. s.l. : J Cancer Educ , 2016 йил.
133. *Pseudoepitheliomatous hyperplasia in trophic ulcers in leprosy patients. A 28 case study*. Grauwin MY, Mane I, Cartel JL. s.l. : Lepr Rev, 1996 йил.
134. *Thirty one cases of Marjolin's ulcer*. Copcu E, Aktas A, Sisman N, Oztan Y. s.l. : Clin Exp Dermatol, 2003 йил.
135. *Normal tissue tolerance to external beam radiation therapy: Skin Cancer*. A. Ginot, J. Doyen, J.-M. Hannoun Lévi, A. Courdi. s.l. : Radiotherapie, 2010 йил.
136. *Risk of basal cell carcinoma and squamous cell skin cancer after ionizing radiation therapy For the Skin Cancer Prevention Study Group*. Karagas MR, McDonald JA, Greenberd ER, Stukel TA, Weiss JE, Baron JA. s.l. : J Natl Cancer Inst, 1996 йил.
137. Hymes SR, Strom EA, Fife C. Radiation dermatitis : Clinical Presentation ,

- pathophysiology and treatment. s.l. : J Am Acad Dermatol, 2006 йил.
138. *Radiotherapy Indications for non malignant diseases in 2014.* Van Houtte P, Roelandts M, Kantor G. s.l. : Cancer Radiother, 2014 йил.
139. *Prise en charge des cancers cutanées non mélanome par le médecin généraliste.* Lam Hoai X, Trakatelli M. s.l. : Rev Med Brux, 2016 йил.
140. *The selfie Skine examination .* C, Maressa. s.l. : J am Acad Dermatol, 2016 йил.
141. *Predictors or skin self-examination performance.* Robinson JK, Fisher SG, Turrisi RJ. s.l. : Cancer , 2002 йил.
142. *Attitudes and intentions in relation to skin checks for early signs of skin cancer.* Janda M, Youl PH, Lowe JB, Elwood M, Ring IT , Aitken JF. s.l. : Prev Med , 2004 йил.
143. *Skin self-examination in patients at high risk for melanoma : a pilot study.* Phelan DL, Olivera SA, Christos PJ, Dusza SW, Halpern AC. s.l. : Oncol Nurs Forum, 2003 йил.
144. *Melanome.* Gaudy-Marqueste C, Monestier S, Grob JJ. s.l. : EMC, 2015 йил.
145. *Cutaneous melanoma: A ntional clinical guideline.* Network, Sottisch intercollegiate Guidelines. s.l. : Edinburgh: SIGN, 2003 йил.
146. *Skin cancer prevention and early detection.* Zealand, Cancer Society Of New. s.l. : Position Statement, 2003 йил.
147. *The management of cutaneous melanoma: Clinical practice Guidelines.* Natioal Health And Medical Research Council, Australian Cancer Network. s.l. : Camberra: NHMRC, 1999 йил.
148. *Diagnosis and treatment of early melanoma.* Health, National Institute of. s.l. : NIH Cosensus conference JAMA, 1992 йил.
149. *UV exposure and Sun Protective Practices.* Istitute, National Cancer. s.l. :

Cancer Trends Progress Report.

150. *Results of a public awareness campaign in Morocco regarding the sun's deleterious effects.* **Meziane M, Ahid S, Azendour H,.** s.l. : J Eur Acad Dermatol Venereol, 2010 йил.
151. *Axe Epidémiologie : Etudes des facteurs de risques.* 1, **FPNPCC.** Vol. s.l. : Fondation Lalla Salma de lutte contre le cancer.
152. *Feasibility of a GP delivered skin cancer prevention intervention in Australia.* **Kylie Vuong, Lyndal Trevena, Billie Bonevski, Bruce K Amstrong.** s.l. : BMC Family Practice , 2014 йил.
153. *Prevention of skin cancer in primary Healthcare: An evaluation of three different prevention efforts and the applicability of a phototest.* **Falk M, Anderson C.** s.l. : European J Gen Pract, 2008 йил.
154. *Questionnaire: l'enquête et ses méthodes.* **F, Singly.** s.l. : La collection universitaire de poche.
155. *Sun protection advice mediated by the general practionner: an effective way to achieve long term change of behavior and attitudes related to sun exposure.* **Falk M, Magnusson H.** s.l. : Scand J Prim Health Care , 2011 йил.