

PLAN

INTRODUCTION	7
OBJECTIFS DE L'ETUDE	14
MATERIEL ET METHODE	16
I. TYPE DE L'ETUDE.....	17
II. POPULATION DE L'ETUDE.....	17
III. RECUEIL DES DONNÉES	18
IV. OUTIL DE RECUEIL ET VARIABLES ETUDIES	18
V. ANALYSES STATISTIQUES	21
PRESENTATION DES RESULTATS	22
I. ETUDE DESCRIPTIVE.....	24
1. Caracteristiques sociodemographiques de la population des medecins generalistes ayant repondu au questionnaire :	24
2. Evaluation des pratiques du medecin :	27
3. Evaluation des besoins en formation complémentaire	33
4. Evaluation des connaissances en cancerologie cutanee :	36
II. ETUDE ANALYTIQUE :	48
1. Caractéristiques des médecins généralistes de l'étude en fonction de la fréquence de recherche des facteurs de risque des cancers cutanés (effectif=158)	49
2. Caractéristiques des médecins généralistes de l'étude en fonction de la fréquence de réalisation de l'examen cutané complet (effectif=158)	51
3. Caractéristiques des médecins généralistes de l'étude en fonction de la recherche ou non de façon systématique des lésions cutanées suspectes (effectif=158).....	53

4. Score et niveau de connaissances des médecins généralistes en cancérologie cutané :	54
DISCUSSION	58
I. EVALUATION DES PRATIQUES DU MEDECIN :	59
II. LES BESOINS EN FORMATION COMPLÉMENTAIRE :	73
III. EVALUATION DES CONNAISSANCES CANCERO CUTANEE	79
POINTS FORTS ET PERSPECTIVES	109
LIMITES	109
CONCLUSION	112
RESUMES	115
REFERENCES	125

Liste des tableaux

Tableau n°1 : répartition de la population étudiée en fonction des tranches d'âge	24
Graphique 1 : répartition de la population étudiée en fonction des tranches d'âge	24
Tableau n°3 : répartition de la population étudiée en fonction de leur activité dermatologique	27
Tableau n°4 : répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence de recherche des facteurs de risque des cancers cutanés :	28
Tableau n°5 : répartition de la population étudiée en fonction du suivi des sujets à risque de développer un cancer cutané :	28
Tableau n°6 : répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence de réalisation de l'examen cutané complet :	29
Tableau n°7 : répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence de réalisation de l'examen des muqueuses :	29
Tableau n°8 : répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence de réalisation de l'examen des phanères :	30
Tableau n°9 : répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence des difficultés rencontrées dans le dépistage des cancers cutanés :	32
Tableau n°10 : classement par ordre décroissant des raisons de non-participation aux formations médicales de dépistage en cancérologie cutané avancés par les médecins généralistes :	34
Tableau n° 11 : classement par ordre décroissant des facteurs de risque en fonction du pourcentage de bonnes réponses des médecins généralistes :	37

Tableau n° 12 : les facteurs de risque avec un pourcentage significatif de réponse : *pas de lien:.....	39
Tableau n° 13 : classement par ordre décroissant des lésions précancéreuses en fonction du pourcentage de bonnes réponses des médecins généralistes.....	41
Tableau n°14 : Réponses des médecins généralistes pour les situations suspectes de malignité :	42
Tableau n°15 : Réponses des médecins généralistes pour les situations non suspectes de malignité :	43
Tableau n°16 : Pourcentage de bonnes réponses pour chaque proposition sur les connaissances générales en cancérologie cutanée :.....	44
Tableau n° 17 : classement par ordre décroissant des conseils de photoprotection que les médecins généralistes ont l'habitude de prodiguer à leurs patients :	46
Tableau n°18 : Caractéristiques des médecins généralistes de l'étude en fonction de la fréquence de recherche des facteurs de risque des cancers cutanés	49
Tableau n°19 : Caractéristiques des médecins généralistes de l'étude en fonction de la fréquence de réalisation de l'examen cutané complet.....	51
Tableau n°20 : Caractéristiques des médecins généralistes de l'étude en fonction de la recherche ou non de façon systématique des lésions cutanées suspectes .	53
Tableau n°21 : Caractéristiques des médecins généralistes de l'étude en fonction du niveau de connaissance (effectif=158)	55
Tableau 22 : classification de Fitzpatrick.	86

Tableau23 : Effets secondaires tardifs selon l'échelle du « Radiation Therapy Oncology Group-European Organization for Research and Treatment of Cancer » (RTOG-EORTC). 94

Liste des graphiques :

Graphique 1: répartition de la population étudiée en fonction des tranches d'âge 24

Liste des Figures

Fig.1 : représentation des 6 phototypes ; 1–phototype I ; 2–phototype II ; 3–phototype III ; 4–phototype IV ; 5–phototype–V ; 6–phototype VI. 87

Fig.2 : kératose actinique siégeant au-dessous du canthus interne de l'œil (service dermatologique CHU Hassan II–Fès) 90

Fig.3 : Carcinome épidermoïde sur cicatrice de brûlure (ulcère de Marjolin) au niveau de la région axillaire antérieure (service dermatologie CHU Hassan II–Fès)..... 91

Fig.4 : Radiodermite chronique de grade 3 avec fibrose et rétraction cutanée supérieure à

Fig.6 : Cornes cutanés au niveau du pavillon de l'oreille (service dermatologie CHU Hassan II–Fès)..... 96

Fig.7 : Cheilite actinique 96

INTRODUCTION

Les cancers cutanés sont les plus fréquents de tous les cancers (1, 2, 3). Plusieurs études récentes indiquent que leur incidence a fortement augmenté ces dernières années dans de nombreux pays du monde (4, 5,6).

Les mélanomes forment le groupe des cancers cutanés le plus mortel mais restent moins fréquent que le carcinome basocellulaire et le carcinome épidermoïde. Les autres cancers cutanés sont représentés par les lymphomes cutanés, les sarcomes et des formes plus rares tels que les tumeurs annexielles et le carcinome à cellules de Merkel (8).

A l'heure actuelle, un cancer diagnostiqué sur trois est un cancer de la peau, entre 2 et 3 millions de cancers cutanés non mélanocytaires et 132 000 mélanomes sont enregistrés chaque année dans le monde (9).

Au fur et à mesure de la destruction de la couche d'ozone, l'atmosphère perd de plus en plus sa fonction de filtre protecteur et davantage de rayons ultraviolets solaires atteignent la surface de la terre. On estime qu'une diminution de 10 % de la concentration d'ozone entraînera l'apparition de 300000 cancers cutanés non mélanocytaires et 4 500 mélanomes de plus (9).

Le cancer de la peau est ainsi devenu un important problème de santé publique dans de nombreux pays (10, 13, 14).

Selon le registre du centre hospitalier de Marrakech la fréquence des cancers de la peau étaient de 14,33% chez les hommes et de 7,12% chez les femmes par rapport à l'ensemble des cancers enregistrés en 2007 (15). Selon le registre du cancer du grand Casablanca qui ne parle que du mélanome ce dernier représentait 0,4% des cas de cancer enregistrés entre 2008 et 2012 (16).

Toutefois nous avons constaté qu'à l'échelle nationale la région de Fès enregistre la fréquence la plus élevée vu que c'est la seule région où les cancers cutanés sont en deuxième position après les cancers digestifs sur l'ensemble des cancers enregistrés

entre 2004 et 2010 (17). De plus une augmentation de l'agressivité des mélanomes a été constatée dans une étude de 30 mélanomes réalisée en 2013 dans la région de Fés-Boulmane (18).

Au Maroc les cancers cutanés sont généralement sous-estimés et ne constituent pas actuellement une priorité de santé publique, pourtant de nombreux arguments plaident en faveur de la promotion du dépistage et de la prévention des cancers cutanés dans notre pays. En effet nous vivons dans un pays à fort taux d'ensoleillement qui bénéficie d'un gisement solaire important avec plus de 3000 heures par an (19). D'autres études nationales ont constaté la forte exposition au soleil de notre population aux heures les plus nocives de par leurs conditions de travail ainsi que les habitudes comportementales (20). Or parmi les principaux facteurs de prédisposition aux cancers cutanés on trouve l'exposition au soleil et les antécédents de coups de soleil (9).

De plus notre pays connaît un changement du profil démographique apparenté à celui d'une population qui vieillit adoptant progressivement la forme des pyramides européennes, avec une augmentation continue de l'espérance de vie qui a déjà atteint 71 ans (21), en effet les données épidémiologiques nous informent que l'incidence moyenne des cancers cutanés est susceptible d'augmenter à mesure que la population vieillit (c'est-à-dire que l'espérance de vie augmente) (22, 23).

D'autres arguments plaident en faveur du développement des actions de dépistage des cancers cutanés, à savoir :

- Leur situation superficielle et visible par le malade, son entourage et le médecin,
- Leur aspect souvent évocateur et le fait qu'ils soient curables s'ils sont reconnus à leur début.

La prévention primaire est fondamentale mais ses effets étant tardifs, il est

primordial de développer la prévention secondaire reposant sur le dépistage des lésions cutanées à un stade précoce et curable.

Un dépistage est qualifié de pertinent lorsqu'il permet d'améliorer la morbidité et la mortalité d'une population (24,25). Dans le cas spécifique des cancers cutané, le *diagnostic précoce* permet d'obtenir la réduction considérable de la morbidité ; et pour certains d'entre eux comme le mélanome et le carcinome épidermoïde ; de la mortalité.

Pour le malade, le traitement d'une tumeur cutanée identifiée à un stade débutant est beaucoup plus simple qu'à un stade évolué. En effet, l'exérèse chirurgicale est de taille limitée, les résultats fonctionnels et esthétiques sont meilleurs comme la qualité de vie, le risque de récurrence est diminué et le traitement complémentaire n'est pas nécessaire (radiothérapie, chimiothérapie...).

Mais le meilleur critère d'appréciation de l'efficacité du diagnostic précoce reste la réduction de la mortalité liée à la pathologie.

Face à l'ensemble de ces arguments, des actions de dépistage variées ont été menées dans la plupart des pays du monde exposés au risque de cancers cutanés (26,27). Elles ont été suivies d'une réduction objective de la morbidité et mortalité de ces cancers (28,29).

Toutefois la faible densité démographique des dermatologues, limitant l'accès des patients aux consultations spécialisées pour les examens de la peau est un problème qui fut constaté dans tous les pays même les plus développés (31). Le Maroc n'échappant pas à la règle, présente une densité moyenne des dermatologues de 0,98 pour 100 000 habitants (1,23 pour la région Fès–Boulemane) contre une densité plus importante mais qui reste insuffisante de 28 médecins généralistes pour 100 000 habitants (30 pour la région Fès–Boulemane)(32).

Compte tenu de cette constatation couplée à l'augmentation considérable de

l'incidence des cancers de la peau, il semble inévitable que les omnipraticiens doivent jouer un plus grand rôle dans le dépistage des cancers cutanés (30).

Ainsi un certain nombre d'auteurs ont discuté la place des établissements de soins primaires dans la prévention et le dépistage de ces cancers (33, 34, 35). Le rôle joué par les médecins généralistes a été jugé fondamental (34 36). D'autres études indiquent que la coopération entre médecins généralistes et dermatologues permet la détection de plus de lésions cutanées suspectes et améliore la procédure de dépistage (37).

Par ailleurs, différents auteurs se sont intéressés à comparer l'impact des campagnes d'information et d'éducation visant directement la population générale à des actions plus ciblées, menées électivement par l'intermédiaire des professionnels de santé, en particulier des médecins généralistes donnant avantage à la deuxième méthode avec un coût plus réduit, une meilleure rémanence et une plus grande rentabilité (38).

Ainsi le médecin généraliste par son exercice d'omnipraticien est amené à examiner l'ensemble de la population générale, par conséquent, il est indispensable qu'il prenne une part active dans l'identification des malades à risques et/ou porteurs de lésions suspectes.

Le rôle du médecin généraliste dans la prévention doit reposer essentiellement sur deux types d'actions complémentaires :

Dans le cadre de la prévention primaire :

- Il doit informer et sensibiliser ses patients aux facteurs de risque des cancers cutanés et réduire la méconnaissance et la négligence de la population qui retardent souvent le diagnostic (39).
- Il doit également éduquer ses patients sur la bonne hygiène de vie notamment en ce qui concerne les mesures de photoprotection.

Dans le cadre de la prévention secondaire :

- Il doit inciter ses patients à consulter le dermatologue en cas de lésion suspecte et les éduquer à l'auto-examen cutané (38).
- Il doit enfin réaliser lui-même régulièrement un examen cutané soigneux de ses patients dans des conditions optimales.

Plusieurs pays ont mis leurs médecins généralistes au centre de leur politique de dépistage des cancers cutanés, c'est le cas en Australie, aux Etats Unis, en Allemagne et en France (38, 40, 41, 42, 44).

Le médecin généraliste est donc un acteur central du diagnostic précoce des lésions cutanées cancéreuses et de ses précurseurs. Cependant il n'a pas nécessairement reçu une formation spécifique à la sémiologie diagnostique de ces tumeurs ou à la reconnaissance des sujets à risque. En effet Il existe des préoccupations concernant les capacités diagnostiques des médecins généralistes concernant les lésions cutanées suspectes de malignité (45). Plusieurs auteurs ont indiqué que les médecins généralistes ne sont pas à l'aise avec les consultations pour un motif dermatologiques (46) en particulier dans les cas de lésions cutanées suspectes (47,48). D'autres études réalisées dans plusieurs pays suggèrent que les médecins généralistes se heurtent à des difficultés dans ce domaine (48,49).

C'est pourquoi nous avons voulu savoir si le dépistage en cancérologie cutanée était réalisé régulièrement et facilement dans l'exercice quotidien des médecins généralistes tout en évaluant leurs connaissances et la nécessité d'un approfondissement de leurs formations dans ce domaine spécifique.

Pour essayer de répondre à ces questions, nous avons réalisé une enquête auprès des médecins généralistes au niveau de la ville de FES.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

OBJECTIF PRINCIPAL :

- Évaluer le niveau de pratique actuel des médecins généralistes en ce qui concerne la prévention et le dépistage des différents cancers cutanés.

OBJECTIFS SECONDAIRES :

- Situer leur niveau de connaissance dans ce domaine.
- Déterminer les besoins actuels des médecins généralistes en termes de formation ciblée concernant la cancérologie cutanée.

MATERIEL ET METHODE

I. TYPE DE L'ETUDE

Nous avons réalisé une enquête descriptive transversale au moyen d'un questionnaire (annexe n°1) qui a été distribué à des médecins généralistes.

II. POPULATION DE L'ETUDE

La population cible était constituée des médecins généralistes exerçant dans les secteurs publique et privé de la ville de Fès.

Nous nous sommes procuré la liste des médecins généralistes de la ville au niveau de la Direction Régionale de la Santé et le bureau du conseil de l'ordre des médecins.

La ville de Fès abrite 42 centres de santé et 132 médecins généralistes au niveau du secteur public. Le nombre a été réduit après application des critères de non inclusions à 112 médecins.

Pour les médecins du secteur libéral, le conseil de l'ordre nous a communiqué une liste de 128 médecins installés en cabinet médical privé avec donc un total de médecins inclus dans l'étude de 240 médecins généralistes.

Critères d'inclusions :

Les médecins généralistes de la ville de Fès.

Critères de non inclusions :

Nous avons exclu de notre étude les médecins généralistes affectés au niveau de structures spécialisés exerçant des taches spécifiques et dont les patients sont sélectionnés : centre d'addictologie, maisons d'accouchement, CDTMR (centre de diagnostic de la tuberculose et des maladies respiratoires), centres d'hémodialyse, SAMU, l'hygiène scolaire ainsi que les médecins généralistes n'assurant que les urgences.

Nous avons essayé de contacter tous les médecins généralistes inclus dans l'étude en faisant le tour des cabinets privés et des centres de santé de la ville de Fès.

III. RECUEIL DES DONNÉES

Les données étaient recueillies par un auto-questionnaire anonyme rempli par les médecins généralistes après leur consentement éclairé. L'enquête sur le terrain s'est déroulée durant 1 mois (décembre 2017).

L'ensemble des données a été dans le même temps saisi sur un fichier Excel.

IV. OUTIL DE RECUEIL ET VARIABLES ETUDIÉES

Après une recherche bibliographique sur le sujet nous avons établis un questionnaire composé de quatre parties répondant aux différents objectifs que nous nous sommes fixés (annexe n° 1).

a. La première partie : les variables socio démographiques :

Telles que l'âge (année), le sexe (masculin/féminin), secteur d'activité (privé/public), formation d'origine et formations supplémentaires, puis des variables quantitatives concernant l'exercice des praticiens interrogés : le nombre d'année d'exercice, nombre moyen de consultations totales/jour, nombre moyen de consultations dermatologiques/jour.

b. La deuxième partie : évaluation des pratiques au quotidien de prévention et de dépistage en cancérologie cutanée:

Cette partie nous a permis d'étudier :

- L'opinion du médecin généraliste sur son rôle dans le dépistage précoce des cancers cutanés.
- Ses habitudes de pratique quotidienne en termes de recherche des facteurs de risque des cancers cutanés, de réalisation systématique de l'examen clinique dermatologique et la place des conseils de photoprotection dans son arsenal éducatif.
- La fréquence et la nature des difficultés rencontrées par les praticiens dans la

pratique du dépistage des cancers cutanés.

c. La troisième partie : évaluation des besoins en formation des médecins généralistes en matière de prévention et de dépistage précoce des cancers cutanés :

- Dans cette partie, nous avons analysé :
- le degré de participation des médecins généralistes aux formations médicales continues en général et aux formations en dermatologie ou en onco-dermatologie en particulier
- Les motifs qui les empêchent de participer à ces formations.
- La nécessité de compléter leur formation sur le sujet
- le contenu de cette formation qui leur semble le plus utile et pertinent.

d. la quatrième partie : tester les connaissances des médecins généralistes sur :

- l'épidémiologie et les facteurs de risque des cancers cutanés
- les différents phototypes
- les principales lésions précancéreuses
- leur capacité à différencier les lésions malignes des lésions bénignes
- l'évolution et le pronostic des cancers cutanés
- les modalités et mesures de photoprotection.

Au niveau de ce chapitre nous avons voulu corrélérer nos résultats aux nombreux variables étudiées dans notre enquête. Pour ceci nous avons élaboré ; en nous référant à la littérature (134) ; un niveau de connaissance en prenant la médiane comme seuil, ainsi nous avons pu diviser notre population en deux groupes :

- ***Bon niveau de connaissance*** pour les médecins ayant donné plus de 23 bonnes réponses.
- ***Niveau de connaissances insuffisant*** pour les médecins ayant donné moins de 23 bonnes réponses.

Au total, notre questionnaire était de 4 pages et comportait 116 questions dont 5 questions numériques , 38 questions qualitatives dichotomiques (question fermée pour laquelle le choix du répondant se résume à deux possibilités : féminin/masculin, privé/public, oui/non, vrais/faux) 39 questions qualitatives multichotomiques à réponse unique, 28 questions qualitative à choix multiples et 6 questions ordinales avec l'échelle de Likert à cinq points (gamme: jamais à toujours) comme échelle de mesure.

V. ANALYSES STATISTIQUES

Les données ont été saisies sur EXCEL et analysées à l'aide du logiciel Epi Info version 7.

La présentation des résultats se fera essentiellement sous la forme de pourcentage avec une analyse descriptive.

Les variables quantitatives ont été exprimées par la moyenne \pm écart type.

Les variables qualitatives ont été exprimées par la fréquence et le pourcentage.

Une analyse des corrélations entre certaines variables a été effectuée, les résultats ont été obtenus par le test du Chi², la différence est considérée comme étant statistiquement significative quand la valeur p est inférieure à 0,05.

PRESENTATION DES **RESULTATS**

A la fin de cette enquête, nous avons pu recueillir 158 questionnaires remplis et exploitables. Nous rappelons que notre population cible était formée de 240 médecins généralistes. Notre échantillon est ainsi représentatif des médecins généralistes de la ville de Fès.

Le reste de l'effectif des médecins est représenté par :

- Les médecins en congé (maladie, maternité, congé administratif...) au nombre de 42.
- Les médecins ayant refusé de remplir le questionnaire : principal motif avancé par ces médecins était le manque de temps (au nombre de 13).
- Questionnaires remplis de façon incomplète (au nombre de 16).
- Médecins du secteur privé ayant changé d'activité (résidanat, médecin de garde dans une clinique...) ou ayant déménagé en dehors de la ville de Fès (au nombre de 11).

I. ETUDE DESCRIPTIVE

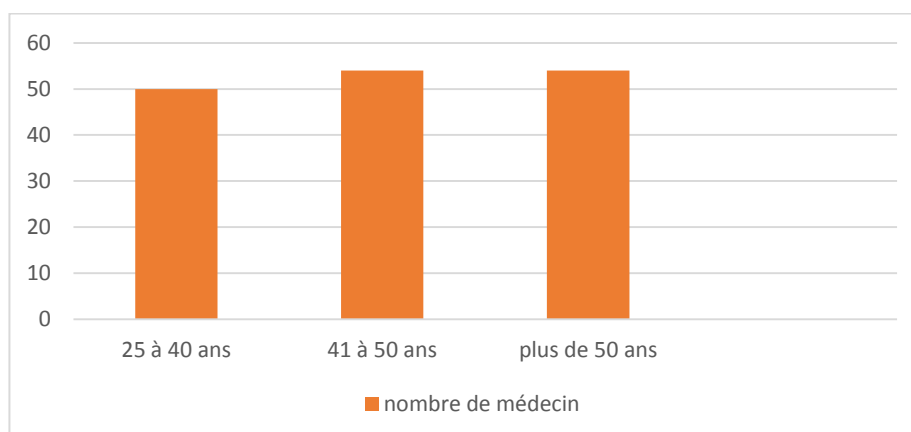
1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES AYANT REPONDU AU QUESTIONNAIRE :

1.1. Age :

L'âge des médecins variait entre 26 et 66 ans avec une moyenne de 45.91 ans et un écart type de 10.275. Le regroupement par tranche d'âge a objectivé un certain équilibre au niveau des trois tranches choisies avec une égalité parfaite entre les tranches 41—50 ans et plus de 50 ans et une légère infériorité pour la tranche la plus jeune à savoir les 25—40 ans (tableau numéro 1 et graphique 1).

Tableau n°1 : répartition de la population étudiée en fonction des tranches d'âge

Tranches d'âge En année	Pourcentage	effectif
25 ----- 40	31.6 %	50
41-----50	34.2 %	54
plus de 50 ans	34.2 %	54



Graphique 1:répartition de la population étudiée en fonction des tranches d'âge

1.2. Sexe :

Le sexe masculin était légèrement prédominant dans notre enquête avec un pourcentage de 51.3% versus 48.7 % pour le sexe féminin le sexe ratio H/F =1,05.

1.3. Formation d'origine :

10.1% des médecins interrogés (effectif =16) avait obtenu leur diplôme de médecine générale à l'étranger.

1.4. Autre diplômes ou qualifications :

70.9 % des médecins interrogés possédait en plus de leurs doctorat en médecine générale d'autres diplômes ou qualifications dont 6.2 % (effectif = 7) étaient des diplômes universitaires en dermatologie.

1.5. Nombre d'année d'exercice :

Le nombre d'années d'exercice de nos médecins variaient entre une année et 39 ans avec la prédominance de la tranche ; entre 10 et 20 ans d'expérience avec 44.3 %. (Tableau n°2).

Tableau n°2 : répartition de la population étudiée en fonction des tranches d'années d'exercice

Tranche en année d'exercice	Pourcentage	Effectif
Moins de 10 ans	19.6_%	31
10—20 ans	44.3 %	70
Plus de 20 ans	36.1 %	57

1.6. Secteur d'activité :

56 % des médecins interrogés travaillaient dans le secteur public contre 43% pour le secteur privé.

1.7. Activité globale de médecine générale :

C'est à dire le nombre moyen de patients vus par jour en médecine générale tous motifs confondus. Nous avons répartis les résultats en 3 tranches :

- Groupe 1 de médecins déclarant consulter moins de 20 patients par jour (33 médecins soit 20.9 %).
- Groupe 2 de médecins déclarant consulter entre 20 et 40 patients par jour (86 médecins soit 54.4 %).
- Groupe 3 de médecins déclarant consulter plus de 40 patients par jour (39 médecins soit 24.7 %).

Dans notre étude, près de la moitié (54.4 %) des médecins consultaient donc en moyenne entre 20 et 40 patients par jour.

1.8. Activité dermatologique dans l'activité globale de médecine générale :

Pour déterminer cette entité nous avons calculé le pourcentage de patients vus par jour en médecine générale pour un motif dermatologique par rapport au nombre global de patients vus par jour tout motif confondu ; le minimum par médecin étaient de 2.5 % le maximum 40 % avec une moyenne de 13.95% écart type à 7.82. Puis nous avons définis 3 groupes (tableau numéro 3).

Tableau n°3 : répartition de la population étudiée en fonction de leur activité dermatologique

Activité dermatologique en pourcentages	POURCENTAGE	EFFECTIF
Moins de 10 %	47.5%	75
10 % --- 20 %	36.1%	57
Plus de 20 %	16.5%	26

Dans notre étude 16.5% des médecins interrogés avaient une activité dermatologique par jour supérieure à 20%.

2. EVALUATION DES PRATIQUES DU MEDECIN :

2.1. Opinion des praticiens sur le rôle du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage des cancers cutanés :

96.2% des médecins de la ville de Fès interrogés ont affirmé que la prévention et le dépistage des cancers cutanés font partie du rôle du médecin généraliste.

2.2. Pratique de dépistage : Interrogatoire, examen clinique et recherche systématique de lésions cutanées suspectes :

a. Recherche systématique des facteurs de risque des cancers cutanés lors de l'interrogatoire habituel de routine :

Tableau n°4 : répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence de recherche des facteurs de risque des cancers cutanés :

	Pourcentage	Effectif
Souvent à Toujours	19%	30
Parfois	29.7%	47
Jamais à Rarement	51.2	81

51.2% des médecins généralistes interrogés ont déclaré ne chercher « Jamais à Rarement » les facteurs de risque des cancers cutanés lors de leur interrogatoire habituel de routine.

b. Suivi des sujets à risque de développer un cancer cutané :

Tableau n°5 : répartition de la population étudiée en fonction du suivi des sujets à risque de développer un cancer cutané :

	Pourcentage	Effectif
Souvent à Toujours	22.8%	36
Parfois	19.6%	31
Jamais à Rarement	57.6%	91

Un peu plus de la moitié des médecins généralistes interrogés (57.6%) ont déclaré ne proposer « jamais à rarement » un suivi particulier au sujet à haut risque de développer un cancer cutané.

c. Examen cutané complet :**Tableau n°6 : répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence de réalisation de l'examen cutané complet :**

	Pourcentage	Effectif
Souvent à Toujours	15.2%	24
Parfois	17.7%	28
Jamais à Rarement	67.1%	106

67.1% des médecins généralistes interrogés ont déclaré ne réaliser * Jamais à Rarement * un examen cutané complet à leurs malades lors de leur examen somatique habituel de routine.

d. Examen des muqueuses :**Tableau n°7 : répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence de réalisation de l'examen des muqueuses :**

	Pourcentage	Effectif
Souvent à Toujours	16.5%	26
Parfois	23.4%	37
Jamais à Rarement	60.1%	95

60.1% des médecins généralistes interrogés ont déclaré ne réaliser * Jamais à Rarement * un examen des muqueuses lors de leur examen somatique habituel de routine.

e. Examen des phanères :**Tableau n°8 : répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence de réalisation de l'examen des phanères :**

	Pourcentage	Effectif
Souvent à Toujours	12%	19
Parfois	19.6%	31
Jamais à Rarement	68.4%	108

68.4 % des médecins généralistes interrogés ont déclaré ne réaliser * Jamais à Rarement * un examen des phanères lors de leur examen somatique habituel de routine.

f. Recherche systématique des lésions cutanées cancéreuses et précancéreuses :

61.4% des médecins généralistes interrogés ont déclaré ne pas chercher de façon systématique lors de leur examen somatique de routine les lésions cutanées suspectes.

Au Total plus que la moitié des médecins généralistes de la ville de Fès interrogés sur leurs pratiques quotidiennes en termes de dépistage des cancers cutanés ont déclaré ***ne jamais réaliser à rarement*** :

- Une recherche des facteurs de risque des cancers cutanés lors de leur interrogatoire habituel (51.2%).
- Un suivi rapproché pour les sujets les plus à risque de développer un cancer cutané (57.6%).
- 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.

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

Nous avons voulu connaître l'importance du recours des médecins généralistes au dermatologue en cas de doute diagnostique.

Les 158 médecins généralistes ayant participé à cette étude ont annoncé avoir adressé cette année un total de 936 patients présentant une lésion cutanée suspecte au dermatologue en raison d'un doute diagnostique. Ce qui a représenté une médiane de 4 patients par médecin et par an ; mais on a retrouvé de grands écarts d'un médecin à l'autre, avec un nombre minimum de 0 patient adressé et un nombre maximum de 30 patients adressés. Ce qui nous a amené à les répartir en trois groupes en fonction du nombre total de patients adressés au spécialiste cette année (2017) :

- **groupe A** : 65.8 % des médecins généralistes ont adressé moins de 10 patients au dermatologue.
- **groupe B** : 27.2% des médecins généralistes ont adressé entre 10 et 15 patients au dermatologue.
- **groupe C** : 7% des médecins généralistes ont adressé plus de 15 patients au dermatologue.

Il s'est dégagé de ces résultats que la plupart des médecins de l'étude (65.8%) ont adressé moins de 10 patients présentant une lésion cutanée suspecte au dermatologue en raison d'un doute diagnostique cette année.

2.4. Difficultés rencontrées en pratique dans le dépistage en cancérologie cutanée :

Le plus grand pourcentage de médecins généralistes ont répondu rencontrés* parfois* des difficultés lors du dépistage des cancers cutanés (46.2%) suivi de près par le choix *Souvent à Toujours * (43.6%).

Tableau n°9: répartition de la population étudiée en fonction de la fréquence des difficultés rencontrées dans le dépistage des cancers cutanés :

	Pourcentage	Effectif
Souvent à Toujours	43.6%	69
Parfois	46.2%	73
Jamais à Rarement	10.1%	16

Principaux raisons des difficultés rencontrées :

La pratique du dépistage précoce des cancers cutanés par les médecins généralistes de notre étude a été gênée le plus fréquemment par :

1. La difficulté de reconnaissance des lésions suspectes pour 74.7% des médecins généralistes soit un effectif de 118.
2. Le manque de temps pour 50 % des médecins généraliste soit un effectif de 79.
3. La difficulté de reconnaissance de la population à risque pour 47.5% des médecins généralistes soit un effectif de 75.
4. La non compliance du patient pour 23.4% des médecins soit un effectif de 37.

2.5. Les conseils de photoprotection :

39.2% des médecins interrogés ont attesté donner régulièrement des conseils de photoprotection à leurs malades dans le cadre de la prévention des cancers cutanés.

2.6. Participation aux campagnes de dépistage :

97.5% des médecins interrogés n'ont jamais participé à une campagne de dépistage des cancers cutanés. Seulement 4 médecins soit 2.5 % ont déclaré avoir déjà participé à une telle manifestation.

3. EVALUATION DES BESOINS EN FORMATION COMPLÉMENTAIRE

3.1. Participation aux formations médicales continues :

48.4 % des médecins généralistes interrogés ont annoncé n'avoir participé à aucune formation médicale continue au cours de l'année 2017 quel qu'en soit le sujet et 94.9% ont déclaré n'avoir participé à aucune formation médicale continue portant sur un sujet de dermatologie. C'est-à-dire que seulement 9 médecins de notre étude, soit 5.1% ont assisté cette année à une telle formation.

Concernant la formation spécifique sur le thème du dépistage en cancérologie cutanée, 98.7% des médecins généralistes ont déclaré n'y avoir jamais participé.

Afin de mieux comprendre ce faible taux de participation, nous avons étudié les raisons avancées par les médecins généralistes, qui n'ont jamais assisté à des séances de formation sur le thème de la cancérologie cutanée.

Tableau n°10 : classement par ordre décroissant des raisons de non-participation aux formations médicales de dépistage en cancérologie cutané avancés par les médecins généralistes :

	Pourcentage	effectif
Formation jamais proposée	92.9%	144
Manque de temps	12.3%	19
La formule proposée ne convenait pas	4.5%	7
Formation non nécessaire à ma pratique quotidienne	7.1%	11
Formation ne contribuera pas à améliorer mon diagnostic	1.3%	2

3.2. Nécessité de complément de formation sur le dépistage en cancérologie cutanée :

Parmi les médecins généralistes de l'étude 91.1% ont considéré qu'il était indispensable de renforcer leurs connaissances et 8.9 % ont pensé que cela n'était pas nécessaire.

3.3. Eléments indispensables pour concevoir la formation la plus appropriée :

Les médecins souhaitant parfaire leur formation sur le dépistage en cancérologie cutanée, ont estimé que certains éléments étaient indispensables au contenu de celle-ci. Nous leur avons proposé de choisir dans une liste contenant 6 items différents. Leurs choix se sont répartis de la façon suivante :

La formation à la reconnaissance des lésions suspectes s'est avérée indispensable pour **88.6%** des médecins répondeurs.

- la formation sur les différentes modalités de photoprotection s'est avérée nécessaire pour **82.3%** des médecins
- la formation sur les moyens d'éducation des patients à risque a été jugée importante pour **80.4%** des médecins.
- la formation à la reconnaissance des sujets à risque est réclamée par **74.7%** des médecins
- la sensibilisation à l'examen cutané systématique est jugée indispensable pour **70.3%** d'entre eux.
- les rappels d'épidémiologie des cancers cutanés sont nécessaires pour **63.9 %** des médecins.

Au total tous les items proposés ont été plébiscités par la grande majorité des médecins avec en tête la formation sur la reconnaissance des **lésions suspectes (88.6%)**.

4. EVALUATION DES CONNAISSANCES EN CANCEROLOGIE CUTANEE :

4.1. Epidémiologie des cancers cutanés dans la région de FES :

Nous avons voulu savoir ce que pensaient les médecins généralistes être la fréquence des cancers cutanés dans notre région pour cela nous leurs avons demandé de choisir entre quatre propositions : Rares, peu fréquents, fréquents, ne sait pas.

Fréquence	Pourcentage	Effectif
Rares	36.1%	57
Peu fréquents	33.5%	53
Ne sait pas	19.6%	31
Très fréquents	10.8%	17

Ces résultats nous ont permis de constater que la grande majorité des médecins généralistes interrogés de la ville de Fès (69.6 %) estimaient que les cancers cutanés sont dans notre région *Peu fréquents à rares*.

4.2. Les facteurs de risque des cancers cutanés :

Pour évaluer les connaissances des médecins généralistes sur les facteurs de risque des cancers cutanés, nous avons établi un tableau contenant 16 propositions et nous avons demandé aux médecins de cocher pour chaque proposition l'une des quatre possibilités suivantes : Facteur de risque, Facteur protecteur, Pas de liens, Ne sait pas. Toutes les propositions étaient des facteurs de risque.

Le tableau suivant résume le pourcentage de bonnes réponses pour chaque facteur de risque.

Tableau n° 11 : classement par ordre décroissant des facteurs de risque en fonction du pourcentage de bonnes réponses des médecins généralistes :

Exposition solaire chronique	100%
Antécédents personnels de cancers cutanés	93%
Un nombre élevé de nævus	91.8%
La peau claire avec nombreuses taches de rousseurs	88.6%
Les professions exerçant à l'extérieur (agriculteurs, etc.)	88%
la radiothérapie	83.5%
Antécédents familiaux de cancer cutané	81%
Patient suivi pour HIV	71.5%
Patient sous traitement immunosuppresseur	60.1%
Expositions professionnelles : arsenic, hydrocarbures, pesticides...	59.5%
L'exposition solaire à l'enfance	57%
Exposition solaire occasionnelle intense (coups de soleil)	57%
Le tabac	43 %
La chimiothérapie locale	41.8
Patient ayant bénéficié d'une greffe d'organe	39.9%
La puvathérapie	22.2%

Ainsi, nous avons pu diviser les facteurs de risque des cancers cutanés en 03 groupes :

- ❖ **Groupe 1** : facteurs de risque connus par plus de 80% des médecins généralistes :
 - L'exposition solaire chronique
 - Les professions exerçant à l'extérieur
 - La peau claire avec nombreuses taches de rousseurs
 - Un nombre élevé de nævus
 - Les antécédents personnels et familiaux de cancers cutanés
 - La radiothérapie
- ❖ **Groupe 2** : facteurs de risque connus par moins de 80% et plus 50 % des médecins généralistes
 - L'exposition solaire occasionnelle intense (coups de soleil)
 - L'exposition solaire à l'enfance
 - Patient sous traitement immunosuppresseur
 - Patient suivi pour HIV
 - Expositions professionnelles : arsenic, hydrocarbures, pesticides...
- ❖ **Groupe 3** : facteurs de risque connus par moins de 50% des médecins généralistes
 - La chimiothérapie locale
 - Les patients greffés d'organe
 - La puvathérapie
 - Le tabac

D'autres résultats ont pu être ressortis de ce tableau :

- plus de 20% des médecins généralistes ont affirmé qu'il n'y avait pas de lien entre les cancers cutanés et les propositions suivantes : (tableau 12)

Tableau n° 12 : les facteurs de risque avec un pourcentage significatif de réponse : *pas de lien* :

	Pourcentage de réponse : *pas de lien*	Effectif
L'exposition solaire à l'enfance	20.6%	31
L'exposition solaire intermittente intense	28.5%	45
Les expositions professionnelles	23.4%	37
Les greffés d'organe	23.4%	37
La chimiothérapie locale	26.6%	42
Le tabac	39.2	62

6.3% de notre population (soit 10 médecins) considère l'exposition solaire à l'enfance comme un facteur protecteur de la survenue de cancers cutanés.

Enfin le pourcentage de réponse : * ne sait pas* était important pour 4 items : la puvathérapie (57.6), la greffe d'organe (36.7%) la chimiothérapie locale (29.6%) et le traitement par immunosuppresseur (22.8%).

4.3. Les phototypes cutanés :

Pour évaluer les capacités des médecins généralistes à déterminer le phototype de leurs patients ce qui les aidera considérablement à déterminer les sujets à risque, 3 photos ont été jointes au questionnaire :

- Photo numéro 1 représentait l'image d'une femme de phototype V
- Photo numéro 2 représentait l'image d'une femme de phototype III
- Photo numéro 3 représentait l'image d'une femme de phototype VI

Pour chaque photo le médecin devait cocher l'un des 6 phototypes ou cocher la 7^{ème} case : ne sait pas.

- ❖ 89.9% des médecins ont répondu ne pas savoir déterminer le phototype de leurs malades.

Le pourcentage de bonnes réponses pour chaque photo :

- Photo numéro 1 : 2.5%
- Photo numéro 2 : 2.5%
- Photo numéro 3 : 5.1%

4.4. Connaissances des lésions précancéreuses et lésions suspectes :

Il existe plusieurs lésions précancéreuses que le médecin généraliste doit 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. Deux tableaux ont été conçus à cet effet :

- ❖ Le premier contenait 4 propositions dont 8 lésions précancéreuses et 6 lésions qui ne présentent pas de risque de dégénérescence, pour chaque proposition le médecin devait choisir entre 3 réponses possibles : Risque de dégénérer, pas de risque de dégénérer, ne sait pas. Les résultats sont comme suit : (tableau 13)

Tableau n° 13 : classement par ordre décroissant des lésions précancéreuses en fonction du pourcentage de bonnes réponses des médecins généralistes

lésions	Pourcentage de bonnes réponses	Effectif
Nævus	86.7%	137
leucoplasie labiale	79.7%	126
Radiodermite chronique	79.7%	126
Ulcère cutané	58.9%	93
Kératose arsenicale	51.9%	82
Kératose actinique	47.5%	75
Cicatrice de brûlure	47.5%	75
Chéilite actinique	28.5%	45
Corne cutané	13.9%	22

Les lésions pré cancéreuses suivantes : kératose actinique (47.5%), kératose arsenicale (51.9%), ulcère cutané (58.9%) et cicatrice de brûlure (47.5%) n'ont été reconnues comme tel que par les environs de la moitié des médecins interrogés.

Des taux plus importants de bonne réponse ont été obtenus pour : le Nævus (86.7%)

La leucoplasie labiale (79.7%) et la radiodermite chronique (79.7%).

Un faible pourcentage de bonne réponse a été noté pour la Corne cutanée (13.9%) et la chéilite actinique (28.5%).

❖ Dans le tableau suivant, nous avons essayé de présenter quelques situations cliniques fréquentes auxquelles le médecin généraliste pourrait être confronté dans

sa pratique quotidienne. Ceci pour évaluer son raisonnement et sa conduite à tenir : 5 situations cliniques ont été présentées au médecin avec pour chacune 3 possibilités de réponse : je suspecte un processus malin, je ne suspecte pas un processus malin, ne sait pas. Les résultats sont représentés dans les tableaux n°14 et 15.

Tableau n°14 : Réponses des médecins généralistes pour les situations suspectes de malignité :

lésions	Pourcentage de médecins ayant suspecté un processus malin	Pourcentage de médecins n'ayant pas suspecté un processus malin
ulcération cutanée qui ne cicatrise pas après un traitement symptomatique	79.7%	11.4%
Lésion pigmentée asymétrique du talon de diamètre supérieur à 1cm non douloureuse	70%	15.2%

Tableau n°15 : Réponses des médecins généralistes pour les situations non suspectes de malignité :

lésions	Pourcentage de médecins ayant suspecté un processus malin	Pourcentage de médecins n'ayant pas suspecté un processus malin
Macule noire de petite taille évoluant depuis l'enfance	13.9%	75.3%
Verrue plantaire qui réapparaît après un traitement verrucide	29.1%	45.6%
Nævus congénital de diamètre supérieur à 2 cm	41.8%	34.2%

Ainsi plus de 70% des médecins ont su reconnaître le caractère suspect des deux cas proposés.

Les résultats étaient plus inhomogènes pour les situations cliniques bénignes, 75.3% des médecins ont su reconnaître la macule noire de petite taille évoluant depuis l'enfance comme non suspecte de malignité, par contre seulement 34.2% et 45.6% des médecins ont reconnus respectivement la verrue plantaire récidivante et le nævus congénital comme non suspect.

4.5. Connaissances générales sur les cancers cutanés

Il existe plusieurs fausses idées répandues sur les cancers cutanés notamment concernant leur pronostic, leur siège ainsi que l'âge de survenu.

Nous avons voulu savoir ; au travers de ce tableau fait de 8 questions dichotomique vrais / faux ; l'état de connaissance des médecins généralistes concernant ces points. Les résultats sont représentés sur le tableau n°16.

Tableau n°16 : Pourcentage de bonnes réponses pour chaque proposition sur les connaissances générales en cancérologie cutanée :

1. Ne mettent jamais en jeu le pronostic vital	88.6%
2. Ne donnent pas de métastases à distance	88.6%
3. Peuvent siéger au niveau des muqueuses	86.7%
4. Peuvent donner des métastases ganglionnaires	84.2%
5. Ne surviennent que sur la peau photoexposée	81.6%
6. Sont l'apanage du sujet âgé	68.4%
7. Une lésion cutanée évoluant depuis 1 ou 2 ans n'élimine pas un cancer cutané	65.8%
8. La majorité des mélanomes sont secondaires à la transformation d'un nævus	38%

Ainsi on a pu constater un taux de réponse supérieur à 80% pour les cinq premières propositions concernant le pronostic, l'extension et le siège des cancers cutanés.

Des taux plus faible aux alentours de 60% pour la 6ème et 7ème proposition concernant l'âge de survenue et l'évolution.

Et un faible pourcentage de bonnes réponses pour la dernière proposition sur la relation mélanome -nævus.

4.6. La surveillance des sujets à risque par auto examen

L'auto-examen est un examen de la totalité du revêtement cutané, pratiqué par le patient qui va consacrer régulièrement (une fois par trimestre) une dizaine de minutes à examiner sa peau.

Il implique qu'une explication de la technique ainsi que des lésions à rechercher ait été donnée au patient par son médecin qui doit le sensibiliser, l'éduquer et lui donner confiance dans cette manœuvre.

Cette pratique est très peu réponde chez nos médecins généralistes puisque 88.6% ont affirmé ne pas connaître le principe de surveillance par auto examen.

4.7. La photoprotection :

Seulement 39.2% des médecins interrogés ont attesté donner régulièrement des conseils de photoprotection à leurs patients dans le cadre de la prévention des cancers cutanés.

Nous avons voulu savoir quels types de conseils ces médecins ont l'habitude de prodiguer. Pour cela, nous leur avons proposé les principales règles de photoprotection en trois catégories : photoprotection comportementale, vestimentaire et par photoprotecteur externe, et nous leur avons demandé de cocher pour chaque catégorie les conseils de photoprotection qu'ils ont l'habitude de donner à leurs patients. Nous exposons ci-dessous les résultats en pourcentage pour chaque catégorie de façon décroissante (tableau n° 17).

Tableau n° 17 : classement par ordre décroissant des conseils de photoprotection que les médecins généralistes ont l'habitude de prodiguer à leurs patients :

photoprotection comportementale	
○ Eviter les heures d'ensoleillement les plus nocives entre 12 et 16 heures	69.6%
○ Éviter les expositions solaires intenses et répétées	64.6%
○ Insister sur la prévention des enfants dès le plus jeune âge	35.4%
○ Toujours rechercher l'ombre.	30.4%
○ Pratiquer des expositions solaires d'autant plus progressives que la peau est plus sensible	26.6%
○ Garder les enfants de moins de un an à l'abri du soleil	25.3%

photoprotection vestimentaire	
○ Assurer une protection oculaire par des lunettes de soleil	44.3%
○ Le porte de vêtements couvrants la plus grande surface cutanée : manches longues et pantalon si possible ;	38.6%
○ Porter un chapeau à bords larges (> 7,5 cm) pour protéger les yeux, la face et le cou.	34.2%
○ Le port de vêtements à tissage serré (coton, jean, soie, ou polyester réfléchissant)	25.9%
○ Le port de vêtements sombres laissant moins passer les UV que les vêtements clairs	14.6%
○ Se souvenir que les vêtements une fois mouillés sont moins photoprotecteurs	8.2%
○ L'existence de vêtements labellisés « UV protective clothing »	6.3%

utilisation de la crème solaire :	
○ À ré-appliquer toutes les 2 heures	47.5%
○ Une nouvelle application est nécessaire après la baignade, le séchage et une hypersudation	38%
○ Appliquer l'écran solaire de façon homogène	34.2%
○ Sur toutes les zones découvertes (visage, main, dos, cou, décolleté, ...)	32.9%
○ À appliquer 20-30 min avant l'exposition	32.9%
○ posséder un indice de protection maximal : > 50	25.3%
○ L'application de la crème solaire ne doit en aucun cas prolonger l'exposition solaire	25.3%
○ À appliquer même si le temps est couvert ou venteux	22.2%
○ Ne pas oublier les tempes, oreilles, nuque, et face latérale du cou	13.3%
○ Une crème solaire adéquate doit protéger à la fois contre les UVA et les UVB	14.6%
○ quantité 2mg/cm ² = 6càc	2.5%
○ Utiliser des sticks photoprotecteurs selon les mêmes modalités	1.3%

Mis à part d'éviter l'exposition solaire entre midi et 16H et d'éviter les expositions intenses et prolongées, toutes les autres règles de photoprotection sont connues par moins de la moitié des médecins généralistes qui représente 39.2% de notre population.

II. ETUDE ANALYTIQUE :

Nous avons voulu étudier les caractéristiques des médecins généralistes qui réalisent le dépistage précoce des cancers cutanés par la recherche des facteurs de risque à l'interrogatoire, l'examen cutané complet du patient et la recherche systématique de lésions cutanées suspectes.

1. Caractéristiques des médecins généralistes de l'étude en fonction de la fréquence de recherche des facteurs de risque des cancers cutanés (effectif=158), voir tableau 18.

Tableau n°18 : Caractéristiques des médecins généralistes de l'étude en fonction de la fréquence de recherche des facteurs de risque des cancers cutanés

<u>Variables étudiées</u>	<u>Souvent à toujours</u>	<u>Parfois</u>	<u>Jamais à rarement</u>	<u>Test de statistique du Chi2 (p= degré de signification)</u>
Age :				Chi 2 non significatif P=0.216
25---40 ans	20%	24%	56%	
41---50 ans	11.1%	31.5%	57.1%	
> 50 ans	25.9%	33.3%	40.7%	
Sexe :				Chi 2 non significatif P=0.5
Féminin	15.6%	32.5%	51.9%	
Masculin	22.2%	27.2%	50.6%	
Années d'exercices :				Chi 2 non significatif P=0.074
<10 ans	22.6%	16.1%	61.3%	
10---20 ans	11.4%	32.9%	55.7%	
>20 ans	26.3%	33.3%	40.4%	
Activité dermatologique :				Chi 2 non significatif P=0.451
<10%	17.3%	28	54.7%	
10%---20%	15.8%	35.1%	49.1%	
>20%	30.8%	23.1%	46.2%	
Secteur d'activité :				Chi 2 significatif P=0.013
privé	29.4%	23.5%	47.1%	
public	11.2%	34.8%	53.9%	
Nombre de patients adressés pour doute diagnostic durant une année :				Chi 2 non significatif P=0.161
<10 patients	13.5%	31.7%	54.8%	
10---15 patients	27.9%	25.6%	46.5%	
>15 patients	13.3%	27.3%	36.4%	

L'analyse descriptive des chiffres de ce tableau nous permet de constater que les caractéristiques des médecins généralistes qui recherchent le plus souvent les facteurs de risque des cancers cutanés sont :

- âge plus de 50 ans,
- sexe masculin,
- médecins du secteur privé,
- médecins avec plus de 20 ans d'exercice,
- les médecins avec une activité dermatologique supérieure à 20%.

L'analyse statistique par le test du Chi 2 a montré l'existence d'une différence significative de pratique en termes de recherche des facteurs de risque des cancers cutanés entre le secteur privé et public, avec une pratique plus fréquente dans le secteur privé.

2. Caractéristiques des médecins généralistes de l'étude en fonction de la fréquence de réalisation de l'examen cutané complet (effectif=158), voir tableau 19.

Tableau n°19 : Caractéristiques des médecins généralistes de l'étude en fonction de la fréquence de réalisation de l'examen cutané complet

<u>Variabiles étudiées</u>	Souvent à toujours	Parfois	Jamais à rarement	Test de statistique du Chi2 (p= degré de signification)
Age :				Chi 2 significatif P=0.003
25---40 ans	18%	16%	66%	
41---50 ans	7.4%	7.4%	85.2%	
> 50 ans	20.4%	29.6%	50%	
Sexe :				Chi 2 non significatif P=0.9
Féminin	15.6%	16.9%	67.5%	
Masculin	14.8%	18.5%	66.7%	
Secteur d'activité				Chi 2 non significatif P=0.575
privé	17.6%	14.7%	67.6%	
public	13.5%	20.3%	66.3%	
Années d'exercices :				Chi 2 Significatif P=0.03
<10 ans	19.4%	19.4%	61.3%	
10---20 ans	10%	10%	80%	
>20 ans	19.3%	26.3%	54.4%	
Activité dermatologique :				Chi 2 non significatif P=0.627
<10%	18.7%	17.3%	64%	
10%---20%	10.5%	21.1%	68.4%	
>20%	15.4%	11.5%	37.1%	
Nombre de patients adressés pour doute diagnostique durant une année :				Chi 2 significatif P=0.026
<10 patients	9.6%	16.3%	74%	
10---15 patients	27.9%	23.3%	48.8%	
>15 patients	18.2%	9.1%	72.7%	

L'analyse descriptive des chiffres de ce tableau nous permet de constater que les caractéristiques des médecins généralistes qui réalisent le plus souvent l'examen cutané complet sont les plus de 50 ans, du secteur privé, avec plus de 20 ans d'exercice, une activité dermatologique inférieure à 10% et qui réfèrent entre 10 et 15 patients par an au dermatologue pour doute diagnostic.

L'analyse statistique par le test du Chi 2 a montré :

L'existence d'une différence significative de pratique en termes d'examen cutané complet :

- En fonction de l'âge avec prédominance de la tranche des plus de 50 ans.
- En fonction du nombre d'années d'exercice avec des pourcentages plus bas pour la tranche du milieu 10 à 20 ans d'expérience.
- En fonction du nombre de patients référés par année pour doute diagnostic avec prédominance du groupe de médecin qui réfère un nombre moyen de patient entre 10 et 15 par an.

3. Caractéristiques des médecins généralistes de l'étude en fonction de la recherche ou non de façon systématique des lésions cutanées suspectes (effectif=158), tableau 20.

Tableau n°20 : Caractéristiques des médecins généralistes de l'étude en fonction de la recherche ou non de façon systématique des lésions cutanées suspectes

<u>Variabiles étudiées</u>	Non recherche systématique des lésions cutanées suspectes	Recherche systématique des lésions cutanées suspectes	Test de statistique du Chi2 (p= degré de signification)
Age :			Chi 2 non significatif P=0.19
25---40 ans	60%	40%	
41---50 ans	70.4%	29.6%	
> 50 ans	53.7%	46.3%	
Sexe :			Chi 2 non significatif P=0.1
Féminin	67.5%	15.8%	
Masculin	55.6%	22.8%	
Secteur			Chi 2 non significatif P=0.1
privé	55.9%	44.1%	
Public	65.2%	34.8%	
Années d'exercices :			Chi 2 non significatif P=0.06
<10 ans	51.6%	48.4%	
10---20 ans	71.4%	28.6%	
>20 ans	54.4%	45.6%	
Activité dermatologique :			Chi 2 non significatif P=0.8
<10%	64%	36%	
10%---20%	59.6%	40.4%	
>20%	57.7%	42.3%	
Nombre de patients adressés pour doute diagnostic durant une année :			Chi 2 non significatif P=0.3
<10 patients	65.4%	34.6%	
10---15 patients	55.8%	44.2%	
>15 patients	45.5%	54.5%	

L'analyse descriptive des chiffres de ce tableau semblerait déterminer que le profil type du médecin généraliste pratiquant le dépistage précoce des cancers cutanés par la recherche systématique de lésions cutanées suspectes serait plutôt celui d'un homme âgé de plus de 50 ans, avec plus de 20 ans d'expérience, une activité dermatologique journalière supérieure à 20%, et qui réfère plus de 15 patients par ans au dermatologue pour doute diagnostic.

Mais l'analyse statistique des corrélations n'a pas permis de mettre en évidence de dépendance entre la pratique du dépistage précoce des cancers cutanés et l'une des variables étudiées.

4. Score et niveau de connaissances des médecins généralistes en cancérologie cutané :

Notre questionnaire contenait au total 46 questions d'évaluation des connaissances des médecins généralistes sur les cancers cutanés comprenant les items suivants : les connaissances générales, les facteurs de risque, les lésions pré cancéreuses, les lésions suspectes et l'auto examen cutané.

Nous avons eu comme moyenne de bonnes réponses autrement dit le score de connaissance à 28.01 (sur 46) avec un écart type à 6.01 un minimum de 13 bonnes réponses et un maximum de 40 bonnes réponses.

En ce qui concerne le niveau de connaissance, nous avons divisé notre population en deux groupes :

Bon niveau de connaissance pour les médecins ayant donné plus de 23 bonnes réponses avec un pourcentage de 54.7%.

Niveau de connaissances insuffisant pour les médecins ayant donné moins de 23 bonnes réponses avec un pourcentage de 43.1%.

Nous avons constaté que notre population a été presque divisée par deux en

termes de niveau de connaissance.

Nous avons alors voulu corrélés ces résultats aux différents variables suivants : (voir tableau 21).

Tableau n°21 : Caractéristiques des médecins généralistes de l'étude en fonction du niveau de connaissance (effectif=158)

<u>Variables étudiées</u>	Niveau de connaissances insuffisant	Bon niveau de connaissances	Test de statistique du Chi2 (p= degré de signification)
Age :			Chi 2 significatif P=0.036
25---40 ans	51%	49%	
41---50 ans	48.1%	51.9%	
> 50 ans	71.2%	28.8%	
Sexe :			Chi 2 non significatif P=0.2
Féminin	62.2%	37.8%	
Masculin	51.9%	48.1%	
Années d'exercices :			Chi 2 significatif P=0.008
<10 ans	61.3%	38.7%	
10---20 ans	43.3%	56.7%	
>20 ans	70.9%	29.1%	
Activité dermatologique :			Chi 2 non significatif P=0.099
<10%	64%	36%	
10%---20%	54.5%	45.5%	
>20%	39.1%	60.9%	
Possession d'un diplôme universitaire en dermatologie			Chi 2 non significatif P=0.124
Oui	58.4%	41.6%	
Non	28.6%	71.4%	
Participation à une séance de formation médicale continue au cours de l'année			Chi 2 significatif P=0.011
Oui	67.1%	32.9%	
Non	46.8%	53.2%	
Nombre de patients adressés pour doute diagnostic durant une année :			Chi 2 non significatif P=0.749
<10 patients	59%	41%	
10---15 patients	53.5%	46.5%	
>15 patients	50%	50%	

L'analyse descriptive des chiffres de ce tableau :

Age : La majorité des plus de 50 ans (71.2%) ont un niveau de connaissance insuffisant avec une association statistiquement significative entre l'âge et le niveau de connaissance $p=0.036$.

Sexe : Prédominance du niveau de connaissance insuffisant au niveau du sexe féminin (62.2%) mais pas d'association statistiquement significative entre le sexe et le niveau de connaissance.

Années d'exercices : Prédominance du niveau de connaissance insuffisant au niveau des deux tranches <10 ans pour 61.3% et >20 ans pour 70.9% avec une association statistiquement significative entre les années d'exercice et le niveau de connaissance $p=0.036$

Activité dermatologique : nous avons constaté que le niveau de connaissance augmente avec l'importance de l'activité dermatologique, en effet pour la 1^{re} tranche (<10%), 64% avaient un niveau de connaissances insuffisant et pour la 3^{ème} tranche (>20%), 60.9% avaient un bon niveau de connaissances sans avoir pour autant d'association statistiquement significative entre l'activité dermatologique et le niveau de connaissance.

Possession d'un diplôme universitaire en dermatologie : pas d'association statistiquement significative.

Participation à une séance de formation médicale continue au cours de l'année : on constate une association statistiquement significative entre le niveau de connaissance et la participation aux sessions de formation médicale continue.

Nombre de patients adressés pour doute diagnostic durant cette année : pas d'association statistiquement significative retrouvée entre le nombre de patients adressés au dermatologue pour une lésion cutanée suspecte et le niveau de connaissance.

Au total; l'analyse statistique par le test du Chi 2 a montré :

- L'absence de liaison entre le niveau de connaissance des médecins généralistes de l'étude avec le sexe, l'activité dermatologique, la possession d'un diplôme universitaire en dermatologie et le nombre de patients adressés pour doute diagnostic durant une année.
- L'existence d'une différence significative du niveau de connaissance :
 - en fonction de l'âge avec un meilleur niveau de connaissance des 25–40 ans et 41–50 ans par rapport au plus de 50 ans.
 - en fonction des années d'exercice avec la prédominance de la tranche moyenne à savoir entre 10 et 20 ans d'expériences qui s'est révélée avoir le meilleur niveau de connaissance par rapport aux tranches moins de 10 ans et plus de 20 d'années d'expériences .
 - en fonction de la participation ou non aux formations médicales continues avec un meilleur niveau de connaissance chez les participants.

DISCUSSION

I. EVALUATION DES PRATIQUES DU MEDECIN :

1. Activité dermatologique en médecine générale :

En France, les consultations dermatologiques représentent environ 5% des motifs de consultations chez le médecin généraliste (51).

Une étude française réalisée en 2012 au niveau de la région du Val de Marne avait trouvé une activité dermatologique des médecins généralistes comprise entre 0 et 15% de leur activité globale pour 85% d'entre eux (50).

Les résultats de notre étude s'approchent de ceux de la littérature avec une activité dermatologique comprise entre 0 et 10% de leur activité globale pour 47.5 % des médecins et entre 10 et 20 % pour 36.1% d'entre eux.

A l'échelle nationale, il n'existait pas à notre connaissance d'étude permettant de comparer nos résultats à ceux d'autres villes ou régions du royaume.

A la vue de ces chiffres, on a pu donc considérer que l'activité dermatologique des médecins de notre étude était non négligeable.

2. Opinion des praticiens sur le rôle du médecin généraliste dans le dépistage des cancers cutanés :

En grande Bretagne la plupart des omnipraticiens (93.7 %) voient les cancers cutanés comme un problème de santé dans lequel ils devraient jouer un plus grand rôle (30).

Même constat a été retrouvé dans une étude française qui a jugé qu'il était d'une grande valeur que la plupart (70%) des médecins généralistes interrogés lors d'une campagne de sensibilisation sur les cancers cutanés avaient l'intention de participer activement au dépistage de ces cancers (38).

Dans notre étude 96.2 % des médecins interrogés ont soutenu que la prévention et le dépistage des cancers cutanés font partie de leurs attributions. Il s'agit là d'un bon départ pour engager la discussion sur les difficultés rencontrées et les solutions possibles.

3. 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 (52). 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 » (53).

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) (42).

Nous avons retrouvé dans la littérature différents exemples montrant que les médecins généralistes ne réalisaient que rarement une inspection corporelle totale de leurs patients (30) en dehors d'une demande spécifique de leur part (55).

Une étude australienne (59) 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 en activité dans le département du val de Marne en France (51) 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 (56).

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. 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 (54).

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 (57) ; 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 (58) 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 (60).

Dans notre étude nous avons 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. Résultat qui a été partagés 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 dans notre étude 43.6% des médecins interrogés 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, ces 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 (61). Une enquête américaine de 2002 (57) 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.

Notre étude 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 où les cancers cutanés sont en deuxième position après les cancers digestifs sur l'ensemble des cancers enregistrés entre 2004 et 2010 (17).

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 (62).

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%) (57).

Au total nous avons pu constater que les faibles taux de pratique des médecins généralistes dans le dépistage des cancers cutanés retrouvés dans notre étude ont été également constatés dans une large littérature englobant plusieurs pays différents. Aussi ce manque d'examen clinique a été largement incriminé dans la méconnaissance des cancers cutanés par les médecins généralistes. Enfin une sensibilisation à la fois des médecins et de la population générale est primordiale et permet d'améliorer les pratiques de dépistage.

4. L'étude analytique des facteurs influençant les pratiques de dépistage :

La corrélation des pratiques de dépistage des médecins généralistes aux différentes variables de notre étude, nous a permis de constater que l'ancienne génération à savoir les plus de 50 ans restent les plus cliniciens et sont ceux qui dépistent le plus les cancers cutanés par l'interrogatoire et l'examen clinique (p significatif pour l'examen cutané complet). Il faut donc insister auprès des jeunes médecins ; notamment les étudiants en médecine ; sur le rôle central du médecin généraliste dans le dépistage en cancérologie cutanée, ainsi que de l'importance de l'interrogatoire et de la clinique avant tout examen complémentaire aussi sophistiqué soit-il.

Le deuxième constat a été l'existence d'une différence significative de pratique en termes de dépistage des cancers cutanés entre le secteur privé et public, avec une pratique plus fréquente dans le secteur privé, avec notamment un p significatif pour la recherche des facteurs de risque à l'interrogatoire. Ce résultat est facilement expliqué par la charge de travail des médecins du secteur public. Ce qui nous amène à proposer des solutions telles que l'aménagement d'une consultation spécialisée en dépistage des cancers, ou bien l'organisation de façon régulière de campagnes de dépistage des cancers cutanés chez la population générale ou chez les sujets à risque.

Pour ce dernier point nous avons trouvé dans notre étude que 97.5% des médecins interrogés n'ont jamais participé à une campagne de dépistage des cancers cutanés et seulement 4 médecins soit 2.5 % ont déclaré avoir déjà participé à une telle manifestation.

Dans un travail similaire l'analyse des corrélations n'avait pas permis de mettre en évidence de dépendance entre la pratique du dépistage précoce des cancers cutanés et l'une des quatre variables étudiées (sexe, âge , type d'exercice, nombre de consultations total/semaine) (50).

5. 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 »(63).

Une étude française réalisée en 2012 (50) 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 diagnostique. 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 (50).

Des chiffres beaucoup moins importants ont été retrouvés dans notre étude 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.

Nos résultats très inférieurs, pourrait s'expliquer par les faibles taux

retrouvés dans notre étude de pratiques de dépistage, puisque la majorité des médecins ne réalisent pas d'examen dermatologique complet (67.1%), ni de recherche systématique de lésions cutanées suspectes (61.4%). Des chiffres moins importants ont été retrouvés dans l'étude française où 47,15% des médecins généralistes déclaraient ne réaliser aucun examen cutané systématique à leurs patients. Ce taux reste toutefois important témoignant toujours de l'insuffisance universelle de pratique des médecins généralistes dans le dépistage des cancers cutanés.

Nos résultats ne pourraient en aucun cas être expliqués par l'absence ou la rareté de ces lésions, car toutes les études épidémiologiques récentes rapportent l'augmentation continue de l'incidence des cancers cutanés à l'échelle mondiale (1, 2, 4).

6. Analyse des difficultés rencontrées dans la pratique du dépistage précoce des lésions cutanées cancéreuses et de leurs précurseurs :

La prévention et le dépistage des cancers cutanés semblent être une tâche difficile pour les médecins généralistes (64,65). Beaucoup d'études antérieures faites sur le sujet s'accordent à dire que les médecins généralistes ont des difficultés à s'acquitter de cette tâche (30).

L'évaluation quantitative des difficultés, auxquelles les médecins généralistes interrogés ont été confrontés au cours de leur exercice, s'est faite en termes de fréquence dans notre enquête. Tout d'abord, notre étude a confirmé l'existence de difficultés lors de la pratique du dépistage précoce des lésions cutanées cancéreuses par les médecins généralistes.

En effet 43.6 % des médecins généralistes de notre étude ont répondu rencontrer souvent voir toujours des difficultés lors du dépistage des cancers

cutanés. Ainsi nos résultats confirment ce que les études précédentes ont également déclaré.

❖ Difficultés en fonction de différents obstacles rencontrés en consultation :

Nous avons voulu évaluer la fréquence des principaux obstacles retrouvés dans la littérature pouvant gêner les médecins généralistes au cours de leur pratique du dépistage précoce. Il est ressorti de cette analyse quantitative un classement en fonction de la prédominance de chacun d'eux :

❖ La difficulté de reconnaissance des lésions suspectes :

La difficulté de reconnaissance des lésions suspectes avait déjà été évoquée dans une large étude multicentrique (66) menée dans cinq départements de France, qui analysait entre autre les circonstances du diagnostic précoce chez 652 patients atteints de mélanomes. Le groupe où le diagnostic avait été posé par les médecins généralistes (26% des cas) était celui dans lequel les tumeurs étaient les plus épaisses (39,7% des patients) par rapport aux autres groupes. Ce qui reflétait une réelle insuffisance d'expérience des médecins généralistes dans le domaine de la reconnaissance précoce des lésions.

Dans une enquête auprès des médecins généralistes de Haute-Vienne (51), ces derniers ont déclaré que le diagnostic étiologique d'une tumeur noire était une difficulté pour eux dans 64,8% « souvent » et dans 11,2% « toujours », ce qui gênait la qualité du dépistage. Ces résultats ont été justifiés par le fait qu'en l'absence de formation spécifique à la reconnaissance des différentes lésions pigmentées, un bon nombre de médecins généralistes les confondent.

Au cours de l'évaluation d'une campagne de formation des médecins généralistes au dépistage du mélanome, 41% des médecins ciblés n'étaient pas

capables de reconnaître ce type de cancer cutané (38).

Bien que les difficultés des médecins généralistes soient plus fréquentes dans le cas de mélanomes, un tiers des médecins généralistes éprouvent « souvent » à « toujours » des difficultés face aux kératoses actiniques et un quart des médecins généralistes se sentent « souvent » à « toujours » en difficulté face aux cancers cutanés épithéliaux (50).

Une étude italienne réalisée en 2002 qui avait pour but d'évaluer les capacités des médecins généralistes à reconnaître les lésions cutanées suspectes, avait indiqué une nette déficience de formation. En effet seulement 36% des médecins de cette étude reconnaissent correctement la kératose séborrhéique ; 11% ont diagnostiqué à tort une kératose séborrhéique comme mélanome malin, 10% comme une verrue vulgaire, 43% comme un nævus pigmenté. 45% des médecins de l'étude ont mal diagnostiqué un carcinome basocellulaire généralement considéré comme l'un des diagnostics les plus faciles et 47% ont mal diagnostiqué un carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure considéré dans l'étude comme un cas typique et fréquent (45).

Cette difficulté à faire le diagnostic étiologique des différentes tumeurs cancéreuses ou précancéreuses retrouvées à l'examen clinique a été décrite dans une étude comparative irlandaise réalisée en 2001 (67). Le diagnostic étiologique des médecins de famille était comparé à celui des dermatologues lorsqu'il existait un doute sur celui-ci. Dans 46% des cas le diagnostic proposé par les médecins traitants n'était pas en accord avec celui des spécialistes. Le diagnostic des médecins de famille irlandais s'est révélait exact pour 22% des médecins de famille versus 87% pour les dermatologues.

Nos résultats concordent avec la littérature puisque 74.7% des médecins généralistes de la ville de Fès ont déclaré rencontrer des difficultés de reconnaissance des lésions suspectes.

Au total, on peut conclure que la difficulté à reconnaître les lésions cutanées suspectes est un obstacle universel rencontré par les médecins généralistes dans tous les pays où cela a été étudié. Cela peut être expliqué par le large champ d'exercice du médecin généraliste à qui on exige une performance dans de nombreux domaines divers. Mais le niveau d'expérience et de formation d'un médecin augmente la performance diagnostique. Ce qu'a rapporté Grange dans son étude de 2004 (38), était que l'amélioration la plus sensible lors des séances de formation des médecins généralistes ciblés concernait la capacité à reconnaître les lésions (59% en début de séance versus 84% en fin de séance).

Ceci suggérant qu'il faut renforcer la formation des médecins généralistes dans la reconnaissance des principales lésions cutanées suspectes pour optimiser le dépistage précoce.

❖ **Le manque de temps :**

Le manque de temps a été la principale barrière à l'examen de la peau des patients que signalait Cédric Rat et al (70), lors d'une étude transversale faite en 2016 dans laquelle il a étudié le rôle du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage du cancer de la peau. Même constat est fait par Geller (68) lorsqu'il a étudié comment surmonter les obstacles aux examens cutanés de dépistage précoce dans 50 états américains en 2002.

Une autre étude récente publiée en juillet 2017 analysant l'approche actuelle des lésions cutanées suspectes de malignité en médecine générale aux Pays-Bas (54) a attesté que la charge de travail quotidienne d'un médecin généraliste est

élevée avec un temps de consultation relativement court.

En grande Bretagne une étude réalisée en 2014 (30) sur le rôle des médecins généralistes dans les soins du cancer de la peau a attesté que le manque de temps était le principal obstacle des omnipraticiens. De même Gary O (69) a confirmé que même si les médecins généralistes étaient réceptifs à la prévention primaire et secondaire des cancers, ils rencontraient une difficulté majeure dans son application quotidienne en raison du manque de temps.

A l'instar de ces études, le manque de temps a été fréquemment évoqué par nos médecins généralistes (50%) comme frein à la pratique du dépistage en cancérologie cutanée.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le temps passé par le médecin, pour examiner le patient entièrement déshabillé de manière consciencieuse, pour l'interroger sur les facteurs de risque, pour délivrer les messages de prévention indispensables et éventuellement expliquer les principes de l'auto-surveillance, était important. Il ne pouvait pas être cumulé avec d'autres problèmes pathologiques au cours de la même consultation.

Ce qui nous amène à proposer des solutions telles que l'aménagement d'une consultation spécialisée en dépistage des cancers, ou bien l'organisation de façon régulière de campagnes de dépistage des cancers cutanés chez la population générale ou chez les sujets à risque.

Pour ce dernier point nous avons trouvé dans notre étude que 97.5% des médecins interrogés n'ont jamais participé à une campagne de dépistage des cancers cutanés et seulement 4 médecins soit 2.5% ont déclaré avoir déjà participé à une telle manifestation.

❖ La difficulté de reconnaissance des patients à risque :

Cette difficulté a été décrite dans plusieurs études, montrant d'une part que les médecins non formés connaissaient insuffisamment les facteurs de risque des cancers cutanés (71) et d'autre part que des actions de sensibilisation se révélait une aide utile pour identifier les patients à risque (72).

Dans une étude française 15% des médecins généralistes interrogés avait jugé la difficulté de reconnaissance des patients à risque comme obstacle à leurs pratiques de dépistage (50). Des chiffres plus importants ont été retrouvés dans notre enquête avec un pourcentage de 47%.

❖ La non compliance du patient :

Dans la littérature, cet obstacle reste le moins fréquemment évoqué avec un pourcentage de 4.3% (50). Mais reste non négligeable dans notre étude puisque 23.4% des médecins l'ont signalé comme difficulté.

La réticence de notre population à l'examen cutané complet peut être expliquée d'une part par les habitudes et croyances socioculturelles locales et d'autre part par le manque d'information et de sensibilisation de notre population notamment dans notre région (62).

II. LES BESOINS EN FORMATION COMPLÉMENTAIRE :

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

La plupart 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 (42,74).

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 (38), 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 (42).

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.

Parmi les médecins généralistes que nous avons interrogés, seulement 51.6% ont déclaré avoir participé à une FMC au cours de l'année 2017. Par contre cette participation dépassait les 80% dans une étude similaire française (50). Néanmoins nos résultats correspondaient au pourcentage de participation aux FMC sur une année, alors qu'aucune durée n'a été précisée pour la littérature. Ces résultats pourraient aussi être expliqués par le fait que 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.

Concernant la participation à une formation spécifique sur le thème de la cancérologie cutanée, 94.9 % des médecins de notre étude ont affirmé n'y avoir jamais participé contre 68% pour les médecins français (50).

Parmi les médecins qui n'ont jamais participé à ce type de formation, plus de 90% ont précisé que cela ne leur avait jamais été proposé. Ceci laisse présager de la possibilité d'amélioration de leur participation, si un programme de formation était mis en place. Pour la réussite d'un tel programme, une étroite collaboration entre les différentes structures de formation et les sociétés savantes est nécessaire.

3. Nécessité de complément à la formation au dépistage en cancérologie cutanée :

Les médecins généralistes sont la première ligne dans les soins de santé. Par conséquent, il est nécessaire qu'ils deviennent confiants dans leurs capacités à reconnaître les cancers de la peau et les patients à risque. Or, 31% des omnipraticiens ont déclaré n'avoir qu'une faible confiance dans leur capacité à détecter les cancers de la peau, et seulement 1% ont déclaré avoir confiance dans leur capacité diagnostique (45).

Nombreuses sont les études qui déclarent le besoin de formation supplémentaire des médecins généralistes dans ce domaine (45, 75). Une évaluation réalisée auprès des médecins généralistes de la région française Haut-Rhin a été en faveur d'une forte demande de formation : 92% (38). Dans notre étude, 91.1% des médecins généralistes sont conscients du rôle de la formation comme étant un élément primordial de leur fiabilité diagnostique.

Un programme de formation au diagnostic précoce des cancers cutanés a eu lieu en 2000 en France (38). L'évaluation de l'efficacité de ce programme a démontré que la formation spécialisée reçue par les médecins généralistes avait permis d'augmenter significativement le nombre de cancer de la peau diagnostiqué. Dans notre pays, des programmes similaires sont souhaitables pour promouvoir la qualité du dépistage des cancers cutanés.

4. Contenu de la formation au dépistage des tumeurs cutanées :

Afin d'améliorer la précision de leur diagnostic, les médecins de notre étude ont insisté sur la présence indispensable d'un apprentissage à la **reconnaissance des lésions suspectes** dans 88.6 % des cas. Ce qui est en parfaite adéquation avec la difficulté majeure de faire le diagnostic des lésions suspectes mise en évidence à plusieurs reprises depuis le début de notre enquête.

L'exemple, entre autre, de la formation des médecins généralistes du Haut-Rhin en 2004 (38) nous a confirmé l'amélioration de la sensibilité pour le diagnostic de mélanome lors des séances de FMC (le diagnostic passait de 59% en début de séance contre 84% en fin de séance).

Les séances devaient contenir également une **sensibilisation à l'examen cutané systématique** de dépistage pour 70.3% des médecins interrogés ainsi qu'une formation à la reconnaissance des sujets à risque pour 74.7% d'entre eux.

La littérature a relaté des exemples d'actions de sensibilisation suivies d'une augmentation parallèle du taux d'examen cutané complet lors des consultations et de celui de l'identification des sujets à risque (77, 78, 79).

La formation sur les moyens d'éducation des patients à risque a été jugée importante pour 80.4% des médecins. En effet l'éducation publique est essentielle pour tout programme d'intervention visant à réduire la morbidité et la mortalité associées au cancer de la peau(45). 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 réalisée dans la région de Fès en 2014 (62).

Les rappels épidémiologiques des cancers cutanés venaient en dernière position dans la liste des éléments nécessaires au contenu de la formation avec 63.9%. Néanmoins ils permettraient de faire prendre conscience de l'incidence croissante de l'ensemble des cancers cutanés ces vingt dernières années dans la plupart des pays du monde, et donc de prendre la mesure de l'importance du diagnostic précoce des cancers cutanés devant conduire à la baisse de la morbidité liée à ce type de tumeurs.

III. EVALUATION DES CONNAISSANCES EN CANCEROLOGIE CUTANEE

1. 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 de 1,85 et un âge moyen de 62 ans (13).

Le profil épidémiologique des cancers cutanés hospitalisés au service de dermatologie CHU Hassan II de Fès a fait l'objet de plusieurs études : (135, 136, 137)

- 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 autre étude réalisée entre février 2015 et avril 2017, 176 cas de carcinome basocellulaire ont été diagnostiqués avec un âge moyen de 61 ans.
- Dans une étude sur les mélanomes, 70 cas ont été répertoriés entre 2007 et fin 2015 dont 64% étaient des formes acrales.
- Une étude rétrospective sur les carcinomes épidermoïdes réalisée entre 2009 et fin 2014 a objectivé une incidence de 15 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 60 cas de lymphomes cutanés primitifs T et B sur une période de 08 ans (entre Janvier 2009 et Décembre 2016).

- 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.

Notre étude 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.

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 (81,82),

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 (138).

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 (80).

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 cancérogènes des radiations UV. 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 photoprotection 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 nævus 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 nævus 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 nævus cliniquement atypiques est corrélée à une augmentation du risque de mélanome.

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 (139).

- L'analyse des résultats de notre enquête nous a permis de diviser les facteurs de risque des cancers cutanés en 03 groupes :
- ❖ **groupe 1 : facteurs de risque connus par plus de 80% des médecins généralistes :**
 - L'exposition solaire chronique.
 - Les professions exerçant à l'extérieur.
 - La peau claire avec de nombreuses taches de rousseurs.

- Un nombre élevé de nævus.
- Les antécédents personnels et familiaux de cancers cutanés.
- La radiothérapie.

Ce premier groupe nous permet de constater que la majorité des médecins généralistes de l'étude connaissent les principaux facteurs de risque des cancers cutanés. Mais nous avons aussi trouvé que seulement 19% de ces mêmes médecins (effectif = 30) les recherchaient souvent ou toujours. Ce qui nous permet de conclure que la majorité des médecins généralistes connaissent les principaux facteurs de risque des cancers cutanés mais ne les recherche pas chez leurs patients. Ainsi on a pu noter dans ce cas un défaut de pratique et non de connaissance ce qui souligne l'intérêt de la sensibilisation des médecins.

❖ **groupe 2 : facteurs de risque connus par moins de 80% et plus 50 % des médecins généralistes :**

- L'exposition solaire occasionnelle intense (coups de soleil).
- L'exposition solaire à l'enfance.
- Patient sous traitement immunosuppresseur.
- Patient suivi pour HIV.
- Expositions professionnelles : arsenic, hydrocarbures, pesticides...

Notre enquête nous a permis de constater que les médecins généralistes connaissent moins l'imputabilité de ces autres types d'expositions solaires (intermittente, coup de soleil ...) dans le développement des cancers cutanés.

Le 2ème constat alarmant était la sous-estimation par les médecins généralistes des dangers de l'exposition solaire à l'enfance. En effet en plus d'un taux moyen de bonnes réponses de 59.5%, **une partie non négligeable des médecins interrogés ont affirmé qu'il n'y avait pas de lien entre l'exposition solaire**

à l'enfance et l'apparition des cancers cutanés.

On a aussi objectivé que les médecins généralistes donnaient moins d'importance aux expositions professionnelles et que 23.4% des médecins interrogés ont estimé qu'il n'y avait pas de liens entre exposition professionnelle et cancer cutané.

❖ groupe 3 : facteurs de risque connus par moins de 50% des médecins généralistes :

- La chimiothérapie locale.
- Les patients greffés d'organe.
- La puvathérapie.
- Le tabac.

En effet, tous les états d'immunodépression sont susceptibles d'augmenter le risque de cancers de la peau [83]. Une étude hollandaise a rapporté un risque multiplié par 10 de carcinome cutané chez les greffés d'organe par rapport à la population générale [84]. 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 (86, 88).

La Puvathérapie au-delà de 200 séances est associée à la survenue de kératose actinique et de carcinome épidermoïde (85). 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 (87).

Au total, cette partie nous a permis de faire ressortir certains facteurs de risque sur lesquels il serait utiles d'insister auprès des médecins généralistes. A savoir :

- les autres types d'exposition solaire autre que chronique (coups de soleil, exposition de l'enfant ...)
- les expositions professionnelles,
- les états d'immunodépression,
- le tabac.

Ainsi, on pourrait mieux adapter et optimiser l'efficacité d'une éventuelle formation pour que le médecin généraliste devienne plus vigilant vis-à-vis de ces facteurs de risque et surtout qu'il puisse insister sur la photoprotection à l'enfance. Car tant que nos enfants ne bénéficieront pas d'une photoprotection adéquate, l'incidence des cancers cutanés de l'adulte ne pourrait qu'augmenter.

3. Les phototypes cutanés (fig.1)

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 (tableau 22).

Tableau 22 : classification de Fitzpatrick.

Type de peau	Caratéristiques principales	Susceptibilité aux coups de soleil	Capacité de bronzage	Risque de cancer de la peau
Type I	peau blanc pâle, yeux bleus/noisette, cheveux blonds/roux	brûle toujours	ne bronze jamais	élevé
Type II	peau claire, yeux bleus	brûle facilement	bronze peu	élevé
Type III	peau blanche plus foncée	brûle peu	bronze progressivement	faible
Type IV	peau mate	brûle peu	bronze toujours bien	faible
Type V	peau brune	brûle rarement	bronze intensément	très faible
Type VI	peau brun foncé ou noire	ne brûle jamais	bronze intensément et profondément	très faible

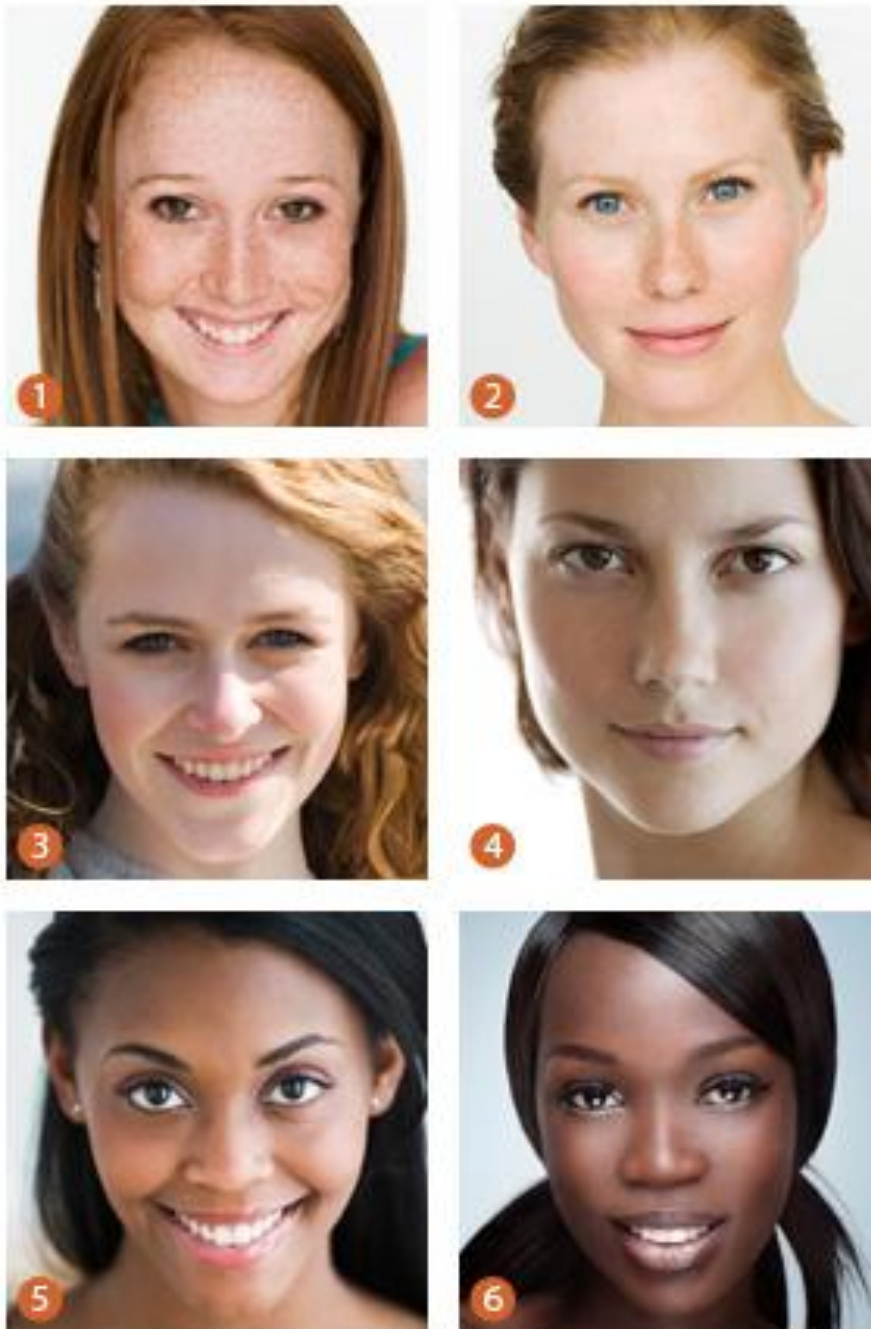


Fig.1 : représentation des 6 phototypes ; 1–phototype I ; 2–phototype II ; 3–phototype III ; 4–phototype IV ; 5–phototype–V ; 6–phototype VI.

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 (82). Ainsi le phototype cutané doit être recherché par le médecin pour la détermination des sujets à risque.

Dans notre enquête 89.9% des médecins ont répondu ne pas savoir déterminer le phototype de leurs malades. La moyenne de bonnes réponses pour les 03 photos proposées était de 3.3%.

Ainsi nous pouvons conclure que le phototype cutané fait partie des sujets que devrait contenir une éventuelle formation adressée aux médecins généralistes.

4. Connaissances des lésions précancéreuses et suspectes :

a. les lésions précancéreuses :

Il existe plusieurs lésions précancéreuses que le médecin généraliste doit 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 (fig.2) (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 (89).

Ce sont de petites plaques planes, kératosiques de 2 à 6 mm de diamètre, de couleur chair, roses ou pigmentées qui sont plus facilement palpées (aspect rugueux en papier de verre) (140). 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 " (141).

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 (90). Selon certaines études, 5 % à 20 % des kératoses actiniques se transforment en carcinome épidermoïde sur une période de 10 à 25 ans (91).

La surveillance de ces lésions est essentielle. Le carcinome sur kératose actinique s'observe sur zone photoexposée ; en particulier cervicofaciale ; 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 (101).

Seulement 47.5% des médecins interrogés connaissent ce risque de dégénérescence ce qui représente un faible pourcentage pour une lésion aussi fréquente en pratique quotidienne.



Fig.2 : kératose actinique siégeant au-dessous du canthus interne de l'œil (service dermatologie CHU Hassan II-Fès)

L'ulcère de Marjolin (fig.3) est un ulcère malin qui provient de plaies chroniques non cicatrisés et de cicatrices cutanées (92). 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 (93), les escarres (94), l'ostéomyélite (95), les ulcères de stase veineuse (96), les fistules (97) et les ulcères trophiques chroniques (98). Le processus de dégénérescence a tendance à être lent avec un délai moyen de transformation maligne de 25 ans (99). Le carcinome épidermoïde bien différencié est le type histopathologique majeur de l'ulcère de Marjolin (100).

Entité souvent négligée, et donc mal traitée conduisant à un mauvais pronostic. En effet dans notre enquête seulement 51.9% et 47.5% des médecins interrogés ont reconnus respectivement les **ulcères cutanés** et les **cicatrices de**

brûlures comme lésions pré cancéreuses.

Des taux plus importants de bonne réponse ont été obtenus pour le **nævus** (86.7%). Toutefois on sait que le risque de transformation en mélanome d'un nævus banal, pris au hasard, est extrêmement faible. Le risque de transformation annuel d'un nævus en mélanome est en effet estimé à 1/200 000 avant l'âge de 40 ans tous sexes confondus et à 1/33 000 chez l'homme après l'âge de 60 ans (102).



Fig.3 : Carcinome épidermoïde sur cicatrice de brûlure (ulcère de Marjolin) au niveau de la région axillaire antérieur (service dermatologie CHU Hassan II-Fès)

Les radiodermites chroniques (fig.4) se définissent comme celles qui apparaissent ou persistent au-delà de six mois après la fin du traitement. Leurs présentations cliniques sont résumées dans le tableau suivant (tableau N°20) qui décrit les grades de sévérité de la radiodermite chronique selon l'échelle du *Radiation Therapy Oncology Group* (RTOG) et de *l'European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) (142).

Les zones radiothérapées ont un risque quatre fois supérieur de développer des cancers cutanés, principalement carcinomes baso-cellulaires et épidermoïdes (103). Le risque de mélanome est moins important (104). 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) (105).

De nos jours, devant la crainte de voir se multiplier les cancers radio-induits, les indications de radiothérapie sur lésions bénignes sont devenues exceptionnelles (106).

Pour cette lésion précancéreuse, nous avons noté 79.7% de bonnes réponses dans notre étude.



Fig.4 : Radiodermite chronique de grade 3 avec fibrose et rétraction cutanée après irradiation d'un cancer du sein (143).

Tableau23 : Effets secondaires tardifs selon l'échelle du « Radiation Therapy Oncology Group–European Organization for Research and Treatment of Cancer » (RTOG–EORTC).

Organe	0	1	2	3	4	5
Peau	Aucun	Atrophie légère Modification de la pigmentation Perte de cheveux modérée	Atrophie patch Télangiectasies modérées Perte de cheveux complète	en Atrophie marquée Télangiectasies importantes	Ulcération	Décès
Tissu sous-cutané	Aucun	Induration légère (fibrose) Perte de graisse sous-cutanée	Fibrose modérée asymptotique Rétraction tissulaire légère	Induration sévère et perte de tissu sous-cutané Rétraction tissulaire supérieure à 10%	Nécrose	Décès

Les cornes cutanées (87) (fig.6) : 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.

La chéilite actinique chronique (87) (fig.7) 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.

Un faible pourcentage de bonnes réponses a été noté pour la corne cutanée (13.9%) et la chéilite actinique (28.5%). Ces résultats nous permettent de connaître où siègent les principaux lacunes des médecins généralistes pour pouvoir y remédier de façon spécifique.



Fig.6 : Cornes cutanés au niveau du pavillon de l'oreille (service dermatologie CHU Hassan II-Fès)



Fig.7 : Cheilite actinique (144).

b. Les lésions suspectes :

En ce qui concerne la présentation de situations cliniques, la majorité des médecins ont su reconnaître le caractère suspect des deux cas proposés ; en effet 79.7% des médecins généralistes interrogés ont été alertés par l'ulcération cutané qui ne cicatrise pas sous traitement symptomatique et 70% ont caractérisé la lésion pigmentée asymétrique du talon comme étant suspecte.

Par contre les résultats étaient plus inhomogènes pour les situations cliniques bénignes ; 75.3% des médecins ont su reconnaître la macule noire de petite taille évoluant depuis l'enfance comme non suspecte de malignité. Par contre seulement 34.2% et 45.6% des médecins ont reconnu respectivement la verrue plantaire récidivante et le nævus congénital comme non suspects.

D'autres études sont arrivées au même constat que la capacité des médecins généralistes à reconnaître les lésions cutanées bénignes restait faible (42).

On en a déduit que les médecins généralistes de notre étude avaient une attitude générale de suspecter la malignité par excès que par défaut. Le même constat avait été noté dans une étude française où les médecins généralistes adressaient au dermatologue toutes les lésions qu'ils considéraient suspectes au moindre doute, sans prendre le risque de méconnaître un cancer cutané et donc pas forcément pour confirmation diagnostique (50).

Cette attitude ; certes sécurisante ; a pour conséquence de surcharger les consultations dermatologiques de patients porteurs de lésions bénignes et de retarder les rendez-vous de consultation et donc la prise en charge des patients porteurs d'un cancer cutané. Ce qui nous ramène à la conclusion déjà mentionnée de la nécessité d'une formation sémiologique des médecins généralistes sur les cancers cutanés et les principales lésions bénignes de diagnostic différentiel.

5. Connaissances générales sur les cancers cutanés :

Il existe plusieurs fausses idées répandues chez notre population sur les cancers cutanés en ce qui concerne leur pronostic, leur siège ainsi que le mode et l'âge de survenu, nécessitant une sensibilisation et une éducation (62). Le médecin généraliste a été jugée par plusieurs études le mieux placé pour s'acquérir de cette tâche. En effet c'est le professionnel de santé qui connaît le mieux le patient et son entourage familial et socioprofessionnel, ce qui caractérise le plus son rôle c'est la relation de confiance qui l'unit au malade et son suivi rapproché et au long cours de son patient. Il a ainsi un rôle primordial dans l'éducation et la sensibilisation de ce dernier pour l'inciter à participer à la prévention et au dépistage des cancers cutanés.

C'est pour cela que nous avons voulu au travers de ce travail situer les connaissances des médecins généralistes sur ces différentes fausses idées répandues dans notre population.

Nous avons trouvé que plus de 80% des médecins généralistes savaient que les cancers cutanés peuvent mettre en jeu le pronostic vital et qu'ils sont pour certains pourvoyeurs de métastases que ce soit ganglionnaire ou à distance. En ce qui concerne le siège, plus de 80% des médecins généralistes savaient que les cancers cutanés peuvent siéger en dehors des zones photoexposées et au niveau des muqueuses.

Des résultats moins bons ont été enregistrés pour le reste des questions de cette rubrique ; puisque seulement 68.4% des médecins généralistes ont affirmé que les cancers cutanés ne sont pas rares chez le sujet jeune et 65.8% des médecins n'ont pas méconnu la possibilité d'un cancer cutané devant une lésion qui évolue depuis plusieurs années. Enfin, 38% des médecins interrogés pensent

que la majorité des mélanomes sont secondaires à la transformation d'un nævus. En effet c'est une fausse idée largement répandue. Une étude italienne a rapporté le même constat avec 33% des omnipraticiens qui croient que le mélanome survient principalement sur nævus (45).

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

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 nævus, de nævus de grande taille et/ou nævus atypiques
- des antécédents d'expositions solaires intenses avec coups de soleil

Plus les facteurs s'accumulent, plus le risque est élevé (145).

Les sujets à risque de développer un carcinome cutanés 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 carcinome cutané non mélanome : irradiation UV chronique dans les professions exerçant à l'extérieur (agriculteurs, employés du bâtiment...etc.), exposition à des produits potentiellement cancérigènes pour la peau (arsenic, radiations ionisantes par exemple). Les troubles chroniques de la cicatrisation et l'immunosuppression chronique sont également des facteurs favorisants (146).

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 (114,115).

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 (112,113). Les nouvelles technologies mises à disposition des patients (smartphones, appareils photos numériques ...) permettent de nos jours de dépasser ce genre de difficultés (fig.8).

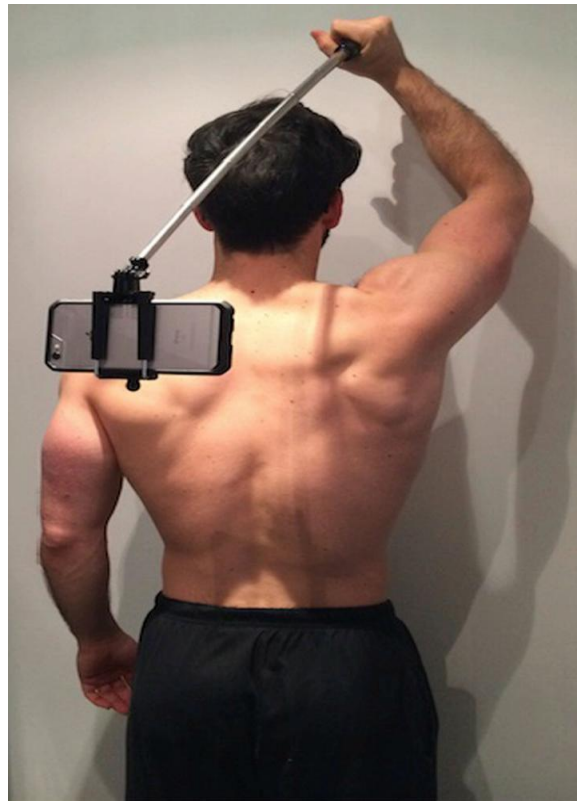


fig.8 : l'auto-surveillance utilisant un smartphone selon Maressa (147).

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 nævus 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) (119).

Les recommandations Ecossaises (107), Néo-Zélandaises (108), Australiennes (109), Américaines (110) 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 (111).

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 métastasé (117, 118, 143).

Cette pratique est très peu répondu chez nos médecins généralistes puisque 88.6% ont répondu ne pas connaître le principe de surveillance par auto examen.

7. 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 (138).

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 (120). 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 (121). D'autres études ont par contre démontré que les conseils comportementaux pouvaient influencer les habitudes de photoprotection et devaient donc être dispensés et adaptés en fonction de la population cible (120). Il a également été prouvé que la modification des habitudes d'exposition solaire après une greffe d'organe permet de réduire le risque de développer des carcinomes cutanés (122).

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. Ces conseils doivent être

répétés à chaque consultation et renforcés par des notes manuscrites et/ou des brochures d'information et des images (123). L'éducation à la photoprotection a pour but de minimiser l'exposition aux rayons ultraviolets (UV) et par conséquent limiter le développement de nouvelles lésions.

Cependant, on a remarqué que l'éducation des patients est encore largement sous utilisée par les médecins généralistes dans leur stratégie de prévention. Ainsi dans notre enquête seulement 39.2% des médecins interrogés ont attesté donner régulièrement des conseils de photoprotection à leurs malades dans le cadre de la prévention des cancers cutanés. Même constat aux états Unis où seulement 29 % des médecins généralistes américains conseillent à leurs patients à haut risque l'utilisation fréquente d'un écran total au moins une fois par an contre 2/3 des dermatologues qui insistent sur ce point à chaque visite (124).

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 (125,126).

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 (127), 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 (20) 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 (127).

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 (128).

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 (130). 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 (129).

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 nævus pigmentés, etc.) et surtout vérifier lors des visites suivantes l'assimilation de ces conseils par le patients et les répéter si besoin.

8. L'étude analytique des facteurs influençant le niveau de connaissances des médecins généralistes en cancérologie cutanée :

Dans notre étude nous avons obtenu une moyenne de bonnes réponses (autrement dit le score de connaissance) à 28 sur 46. Ce niveau reste insuffisant pour des médecins généralistes dont le dépistage des cancers cutanés doit faire partie de leur pratique quotidienne.

L'étude analytique a montré que la majorité des médecins âgés de plus de 50 ans (71.2%) ont un niveau de connaissance insuffisant avec une association statistiquement significative entre l'âge et le niveau de connaissance $p=0.036$.

Nous avons ainsi pu conclure que les médecins généralistes de plus de 50 ans avec plus de 20 ans d'années d'exercice doivent être sensibilisés d'avantage quant à l'importance des formations médicales continues, notamment en cancérologie cutanée, afin d'améliorer leur pratique de dépistage et de prévention des cancers cutanés.

Nous avons également trouvé une association statistiquement significative entre le niveau de connaissance et la participation aux formations médicales continues avec un meilleur niveau de connaissance des participants. Ainsi les médecins généralistes qui participent aux formations médicales continues avaient un meilleur niveau de connaissance.

POINTS FORTS ET PERSPECTIVES

Les données recueillies concernant les connaissances, les pratiques et les besoins en formation sur le thème de la prévention et du dépistage des cancers cutanés ont représenté une source d'information intéressante et originale. En effet, il existait peu d'enquête de pratique et de besoins sur ce sujet.

Notre enquête a mis en évidence des données pertinentes et représentatives qui pourraient aider à élaborer une meilleure stratégie en matière de dépistage des cancers cutanés. Ainsi on a objectivé que l'activité dermatologique des médecins généralistes de la ville de Fès est assez importante quel que soit leur secteur d'exercice.

On a également remarqué que la majorité des MG de la ville de Fès ne pratique pas de dépistage des cancers cutanés. Plusieurs obstacles ont été ainsi évoqués, on trouve en premier la difficulté de reconnaissance des lésions cancéreuses et précancéreuses. De ce fait un faible pourcentage de patient a été adressé aux spécialistes pour avis et éventuelle prise en charge. Les autres obstacles sont représentés par la méconnaissance des sujets à risque de développer des cancers cutanés et la non réalisation d'un examen dermatologique complet essentiellement par manque de temps vu le flux important des malades.

L'évaluation des connaissances théoriques était satisfaisante dans environ la moitié des cas avec comme point fort une sous-estimation de la fréquence des cancers cutanés par les médecins généralistes dans leur région. Alors que la région de Fès enregistre à l'échelle nationale la fréquence la plus élevée vu que c'est la seule région où les cancers cutanés sont en deuxième position après les cancers digestifs sur l'ensemble des cancers enregistrés entre 2004 et 2010.

En matière de prévention, notre enquête a révélé une méconnaissance des médecins généralistes d'une part des moyens de photoprotection et d'autre part de l'intérêt de cette prévention chez les enfants. La grande majorité des MG n'ont jamais participé à une formation médicale sur la prévention et le dépistage des cancers cutanés. Le principal motif évoqué était l'absence de proposition d'une telle formation.

Par ailleurs les médecins généralistes de la ville de Fès sont conscients de leur rôle à jouer dans la prévention et le dépistage des cancers cutanés et ont exprimé leur souhait de formation médicale continue sur le sujet.

Nous avons constaté au cours de notre enquête que le questionnaire a contribué en lui-même à attirer l'attention des omnipraticiens de la ville de Fès sur l'intérêt de la prévention et du dépistage des cancers cutanés.

LIMITES:

Notre recueil était assez exhaustif en ce qui concerne la ville de Fès, toutefois nous espérons que ce travail sera étendu aux autres régions du royaume pour pouvoir ainsi constituer une base de données nationale ce qui permettra de proposer des solutions à l'échelle du royaume.

CONCLUSION

Nous avons réalisé une enquête descriptive transversale au moyen d'un questionnaire (annexe n°1) auprès des médecins généralistes de la ville de Fès, afin d'évaluer leur niveau de pratique actuel en ce qui concerne la prévention et le dépistage des différents cancers cutanés, situer leur niveau de connaissance dans ce domaine et enfin déterminer leurs besoins actuels en termes de formation ciblée concernant la cancérologie cutanée.

Notre enquête auprès de 158 médecins généralistes de la ville de Fès a mis en évidence que ces derniers sont conscients de leur rôle à jouer dans la prévention et le dépistage des cancers cutanés et sont désireux d'une formation supplémentaire sur le sujet. En effet notre travail a relevé des insuffisances en matière de connaissances et de pratique. Puisque la majorité des médecins généralistes de la ville de Fès ne pratique pas le dépistage des cancers cutanés et n'ont pas l'habitude de conseiller leurs patients sur les mesures de photoprotection ou bien ils le font d'une manière incomplète, notamment pour la photoprotection à l'enfance. Parmi les principales difficultés entravant la pratique de ce dépistage on trouve en premier la difficulté de reconnaissance des lésions suspectes et des sujets à risque.

Ainsi, ces résultats nous incitent à la réflexion quant aux mesures à prendre pour améliorer la prévention et le dépistage des cancers cutanés dans notre pays. Pour ceci nous proposons :

- L'élaboration d'un programme de formation pour le médecin généraliste 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.
- Sans oublier enfin de mettre à leur disposition les outils et moyens nécessaires à la concrétisation de ces projets.

RESUMES

RESUME

Introduction : Dans plusieurs pays du monde, les médecins généralistes jouent un rôle de plus en plus important dans la prévention et le dépistage précoce des Cancers Cutanés. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la pratique de cette activité par nos médecins généralistes. Les objectifs secondaires étaient de déterminer leur niveau de connaissance dans ce domaine, leurs principales lacunes et leurs besoins de formation en cancérologie cutanée.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une enquête descriptive transversale au moyen d'un questionnaire auprès des médecins généralistes exerçant au secteur libéral et public dans la ville de Fès.

Résultats : cent cinquante-huit médecins généralistes ont délivré un questionnaire remplis et exploitable. L'âge moyen des médecins était de 45.91 ans, sexe ratio H/F =1,05.

Le nombre d'années d'exercice variaient entre une année et 39 ans avec la prédominance de la tranche ; entre 10 et 20 ans d'expérience avec 44.3 %.

47.5% estimaient que leur activité dermatologique représentait moins de 10 % de leur activité globale et seulement 16.5% des médecins interrogés avaient une activité dermatologique par jour supérieure à 20%. 96.2% des médecins généralistes de la ville de Fès interrogés ont soutenu que la prévention et le dépistage des cancers cutanés font partie de leurs attributions.

51.2% ont déclaré ne chercher « Jamais à Rarement » les facteurs de risque des cancers cutanés lors de leur interrogatoire habituel et 57.6% ont déclaré ne proposer « jamais à rarement » un suivi particulier au sujet à haut risque de développer un cancer cutané.

67.1% des médecins généralistes interrogés ont déclaré ne réaliser * Jamais à Rarement * un examen cutané complet à leurs malades lors de leur examen somatique habituel et 61.4% ont déclaré ne pas chercher de façon systématique les lésions cutanées suspectes.

Les 158 médecins généralistes ayant participé à cette étude ont annoncé avoir adressé cette année un total de 936 patients présentant une lésion cutanée suspecte au dermatologue en raison d'un doute diagnostique. Ce qui a représenté une médiane de 4 patients par médecin et par an.

Les trois principaux obstacles à la réalisation du dépistage précoce des cancers cutanés étaient la difficulté de reconnaissance des lésions (74.7%), le manque de temps (50 %) et la difficulté à déterminer les patients à risque (47.5%)

En matière d'évaluation des pratiques de prévention primaire, **39.2%** des médecins interrogés ont attesté donner régulièrement des conseils de photoprotection à leurs malades.

51,6 % des médecins déclaraient avoir participé à une formation médicale continue en général. Par contre seulement 1,3% avaient participé à une formation spécifique sur le dépistage en cancérologie cutanée ; **92.9%** ont sélectionné « le manque de proposition » comme leurs raisons de non-participation à une telle formation.

Parmi les médecins généralistes de l'étude 91.1% ont considéré qu'il était indispensable de renforcer leurs connaissances notamment en matière de formation sur la reconnaissance des lésions suspectes (88.6%).

L'évaluation des connaissances en matière des cancers cutanés a objectivé un bon niveau chez 54.7% des médecins interrogés et un niveau insuffisant chez 43.1%.

Discussion : nos résultats se joint à ceux de la littérature en ce qui concerne le manque de pratique des médecins généralistes dans le domaine de la prévention et du dépistage des cancers cutanés, et la difficulté à reconnaître les lésions suspectes et le manque de temps comme principaux obstacles à ce dépistage.

L'évaluation des connaissances théoriques était satisfaisante dans environ la moitié des cas avec comme constatation une sous-estimation de la fréquence des cancers cutanés par les médecins généraliste et la méconnaissance de l'intérêt primordial de la photoprotection chez les enfants.

Par ailleurs les médecins généralistes de la ville de Fès sont conscients de leur rôle à jouer dans la prévention et le dépistage des cancers cutanés et ont exprimé leur désir de formation médicale continue.

Conclusion : le médecin généraliste représente 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 les omnipraticien en collaboration étroite avec les dermatologues.

Abstract

Introduction : In many countries of the world, general practitioners (GPs) play an increasingly important role in the prevention and early detection of cutaneous cancers. The main objective of our study was to evaluate the practice of this activity by our GPs. The secondary objectives were to determine their level of knowledge in this area, their main gaps and their training needs in cutaneous oncology.

Method : We realised a cross-sectional descriptive survey by means of a questionnaire among GPs practicing in the liberal and public sector in the city of Fes.

Results : One hundred and fifty-eight GPs issued a completed and usable questionnaire. The average age of physicians was 45.91 years, sex ratio H / F = 1.05.

The number of years of exercise varied between one year and 39 years with the predominance of the unit; between 10 and 20 years of experience with 44.3%.

47.5% estimated that their dermatological activity accounted for less than 10% of their overall activity and only 16.5% of the doctors surveyed had dermatological activity per day greater than 20%.

96.2% of GPs interviewed said that the prevention and screening of skin cancers is part of their attribution. 51.2% said they never search for risk factors for skin cancer during their usual interrogation and 57.6% said that they never offer special care to individuals at high risk of developing skin cancer.

67.1% of GPs surveyed said they never performed a complete skin examination of their patients during their usual somatic examination and 61.4% said they did not systematically look for suspicious skin lesions.

The 158 GPs who participated in this study announced that this year they

have sent a total of 936 patients with a suspicious skin lesion to the dermatologist due to a doubt diagnosis. This represented a median of 4 patients per doctor per year.

The three main obstacles to achieving early detection of skin cancers were : difficulty in recognizing lesions (74.7%), lack of time (50%) and difficulty in identifying patients at risk (47.5%).

In terms of evaluation of primary prevention practices, 39.2% of the physicians surveyed attested to regularly give photoprotection advice to their patients.

51.6% of GPs reported having participated in continuing medical education in general, but, only 1.3% had participated in specific training on skin cancer screening. 92.9% selected "lack of proposal" as their reasons for not participating in such training.

91.1% of GPs considered their knowledge to be in need of upgrading, especially in training on the recognition of suspicious lesions (88.6%).

The Assessment of knowledge of skin cancers showed a good level in 54.7% of doctors surveyed and an insufficient level in 43.1%.

Discussion : Our results join those of the literature with regard to the lack of practice of general practitioners in the field of prevention and screening for skin cancers, and the difficulty of recognizing suspicious lesions and lack of time as main obstacles to this screening.

The evaluation of the theoretical knowledge was satisfactory in about half of the cases, with the finding of an underestimation of the frequency of cutaneous cancers by general practitioners and the lack of knowledge of the primary interest of photoprotection in children.

In addition, general practitioners in the city of Fez are aware of their role in the prevention and screening of skin cancers and have expressed their desire for continuing medical education.

Conclusion : the general practitioner represents the cornerstone in the primary and secondary prevention of skin cancers, which justifies the establishment of continuing medical education programs on the subject as well as the organization of sensitization and screening campaigns for skin cancers involving the skin. general practitioner in close collaboration with dermatologists.

المخلص

مقدمة :

في العديد من بلدان العالم، يؤدي الأطباء العامون دورا متزايدا الأهمية في الوقاية من السرطان الجلدي والكشف المبكر عنه.

الهدف الرئيسي من دراستنا هو تقييم ممارسة هذا النشاط من قبل ممارسينا العامين, وتمثلت الأهداف الثانوية في تحديد مستوى معرفتهم في هذا المجال وفجواتهم الرئيسية واحتياجاتهم التدريبية في مجال الأورام الجلدية.

المواد والأساليب:

أجرينا دراسة وصفية مستعرضة عن طريق توزيع استمارة على الأطباء العاملين في القطاع الخاص والعام في مدينة فاس.

النتائج:

تمكنا من جمع 158 استمارة مملوءة وقابلة للدراسة.

كان متوسط عمر الأطباء هو 45.91 سنة، ونسبة الجنس ذكور/إناث هي 1,05,

47,5% من الأطباء الذين شملهم الاستطلاع أكدوا أن نسبة المرضى المصابين بمرض جلدي لم تتعدى 10% من إجمالي نشاطهم اليومي. و 16.5% منهم فقط، كان عندهم مرضى الجلد يمثلون أكثر من 20%.

96.2% من الأطباء الذين شملتهم الدراسة عبروا عن اقتناعهم أن الوقاية من سرطان الجلد وتشخيصه المبكر هو جزء من اختصاصهم.

51.2% صرحوا أنهم لا يبحثون "أبدا أو نادرا" عن العوامل التي تعرض لسرطان الجلد أثناء استجوابهم المعتاد للمرضى، وقال 57.6% أنهم لا يقدمون "أبدا أو نادرا" رعاية خاصة للأفراد المعرضين لخطر الإصابة بسرطان الجلد.

67.1% من الممارسين العامين الذين شملهم الاستطلاع قالوا إنهم لا يجروا "أبدا أو نادرا" فحص الجلد الكامل لمرضاهم خلال فحصهم الجسدي المعتاد، وقال 61.4% أنهم لا يبحثوا بشكل منهجي ومنتظم عن الآفات الجلدية المشبوهة.

وقد أعلن الأطباء الـ 158 الذين شاركوا في هذه الدراسة أن هذا العام قد أرسلوا ما مجموعه 936 مريضا يعانون من آفة جلدية مشبوهة إلى طبيب الأمراض الجلدية بسبب شك في التشخيص، أي

بمعدل 4 مرضى لكل طبيب سنويا.

تمثلت العوائق الرئيسية الثلاثة التي تحول دون تحقيق الكشف المبكر عن سرطانات الجلد

في: صعوبة في التعرف على

الآفات (74.7 في المائة)، وقلة الوقت (50 في المائة)، وصعوبة تحديد المرضى المعرضين

للخطر (47.5 في المائة).

فيما يخص تقييم الممارسات المتعلقة بالوقاية الأولية، 39.2% من الأطباء أقروا بأنهم يقدمون

بصفة منتظمة نصائح لمرضاهم حول الوقاية من مخاطر التعرض لأشعة الشمس.

وأفاد 51.6% من الأطباء أنهم سبق و أن شاركوا في دورات التكوين الطبي المستمر كيفما كان

موضوعها،

بينما 1.3 في المائة فقط هم الذين شاركوا في دورات تعليمية متخصصة في الكشف المبكر عن

سرطان الجلد. 92.9% اختاروا "عدم وجود اقتراح" كسبب أساسي لعدم مشاركتهم في مثل هذا النوع من

التدريب،

91.1% من الأطباء اعتبروا أنه من الضروري تعزيز معارفهم في هذا المجال وخاصة التدريب

على معرفة الآفات الجلدية المشبوهة (88.6%).

وقد أظهر تقييم المعارف في مجال سرطانات الجلد، مستوى جيد من المعرفة لدى 54.7% من

الأطباء الذين شملتهم الدراسة ومستوى معرفة غير كافي لدى 43.1%.

مناقشة:

تتطابق نتائج دراستنا و ما هو منشور في هذا المجال فيما يتعلق بعدم ممارسة الاطباء العاميين في

مجال الوقاية والفحص لسرطان الجلد، وصعوبة التعرف على الآفات المشبوهة وقلة الوقت كعقبات

رئيسية أمام هذا الفحص.

كان تقييم المعرفة النظرية مرضيا في حوالي نصف الحالات، كما لاحظنا نقص في تقدير تواتر

الإصابة بالسرطان الجلدي من قبل الممارسين العاميين وغياب المعرفة بالأهمية الأساسية للوقاية الضوئية

خاصة لدى الأطفال.

وبالإضافة إلى ذلك، فإن الممارسين العاميين في مدينة فاس يدركون دورهم في الفحص المبكر

والوقاية من سرطان الجلد، وأعربوا عن رغبتهم في مواصلة التكوين الطبي المستمر.

خاتمة

الطبيب العام يمثل حجر الزاوية في الوقاية الأولية والثانوية من سرطان الجلد، مما يبرر ضرورة

إنشاء برامج للتكوين الطبي المستمر بالتنسيق الوثيق مع الأخصائيين في الأمراض الجلدية، والمستشفيات الجامعية وكليات الطب.

REFERENCES

1. Lomas A, Leonardi-Bee J, Bath-Hextall F. A systematic review of worldwide incidence of non melanoma skin cancer. *Br J Dermatol* 2012; 166:1069-80.
2. Doherty VR, Brewster DH, Jensen S, Gorman D. Trends in skin cancer incidence by socioeconomic position in Scotland, 1978- 2004. *Br J Cancer* 2010; 102:1661
3. Martel J. Dépistage des cancers cutanés et des lésions précancéreuses. Montrouge: John Libbey Eurotext (2001).
4. Flohil SC, de Vries E, Neumann HA et al. Incidence, prevalence and future trends of primary basal cell carcinoma in the Netherlands. *Acta Derm Venereol* 2011; 91:24-30.
5. Grange F. Épidémiologie du mélanome cutané: données descriptives en France et en Europe. *Ann Dermatol Venereol* (2005) 132: 975-82
6. Halna JM, Remontet L, Buemi A, Velten M et al. Évolution de l'incidence et la mortalité par cancer en France de 1978 à 200, Institut de Veille Sanitaire, Actis, Paris: 93-8
7. Salasche S. (2000) Epidemiology of actinic keratoses and squamous cell carcinoma. *J Am Acad. Dermatol.* 42: 4-7
8. Benchikhi H, Naciri-Bennani B, Tarwate M, Hali F, Khadir K, Zouhair K, et al. Évolution de la répartition des cancers cutanés vus dans le service de dermatologie de Casablanca entre les périodes 1971-1991 et 1992-2011. *Ann Dermatol Vénéréol.* 2012;139(12):838-9.
9. Organisation mondiale de la santé ; cancers cutanés ; <http://www.who.int/uv/faq/skincancer/fr/index2.html>
10. Ahmedin Jemal, DVM, PhD; Rebecca Siegel, MPH; Elizabeth M. Cancer Facts & Figures 2009. American Cancer Society, Inc. No. 500809.

11. American Cancer Society. Skin Cancer Facts Atlanta 2014. Available at: <http://www.cancer.org/Cancer/CancerCauses/SunandUVExposure/skin-cancer-facts>
12. Linos E, Swetter S, Cockburn M, et al. Increasing burden of melanoma in the United States. *J Investig Dermatol* 2009; 129: 1666-1674.
13. Stang A, Stausberg J, Boedeker W, et al. Nationwide hospitalization costs of skin melanoma and non-melanoma skin cancer in Germany. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 22: 65-72.
14. Tingenheog G, Carlsson P, Synnerstad I, et al. Societal cost of skin cancer in Sweden in 2005. *Acta Dermato-Verereologica* 2008; 88: 467-473.
15. Registre des cancers. Centre hospitalier d'oncologie de Marrakech, 2007.
16. Registre des cancers. CHU Hassan II de Fès, (2004-2007).
17. registre cancer grand casablanca 2008-2012.
18. Lakjiri S, Inani K, Gallouj S, Meziane M, Mikou W, Mernissi FZ. Les mélanomes : expérience de CHU Hassan II, Fès. *Ann Dermatol Vénéréol*. 2013; 140.
19. Solargis : bankable solar data for better decisions <https://solargis.info/imaps>
20. FPNPCC. Vol.1 ; Axe Epidémiologie : Etudes Des Facteurs De Risques Fondation Lala Salma De Lutte Contre Le Cancer
21. PNPCC. Vol.5 ; Axe Démographie : Perception Et Besoins Fondation Lala Salma De Lutte Contre Le Cancer

22. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2009 Atlanta 2009.
Available at:
<https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2009.html>
23. Gerbert B, Bronstone A, Wolff M, et al. Improving primary care resident's proficiency in the diagnosis of skin cancer. *J Gen Intern Med* 1998; 13: 91
24. ANAES mai 2004 : Guide méthodologique : comment évaluer à priori un programme de dépistage
25. Boissel J. P, Brodin M et le conseil scientifique de la Cnamts. Réflexions sur la mise en place d'une procédure de dépistage. *Revue de l'Assurance Maladie* n°35.
26. Cristofolini M, Bianchi R, Boi S, Decarli A, Hanau C, Mlcciolo R, Zumiani G. Analysis of the cost effectiveness ratio of the health campaign for the early diagnosis of cutaneous melanoma in Trentino, Italy. *Cancer* 1993; 71: 370-4.
27. Mac Kie RM. Secondary prevention of malignant melanoma in Europe. In: Rona M, Mackie RM, eds. *Primary and secondary prevention of malignant melanoma pigment cell*. Basel: Karger, 1996, vol. 11: 22-30.
28. Marks R. The changing incidence and mortality of melanoma in Australia. *Recent Results Cancer Res* 2002 160:113-21.
29. Martel J. (2001) *Dépistage des cancers cutanés et des lésions précancéreuses*. Montrouge: John Libbey Eurotext

30. van Rijsingen MC, van Bon B, van der Wilt GJ, Lagro-Janssen AL, Gerritsen MJ. The current and future role of general practitioners in skin cancer care: an assessment of 268 general practitioners. *Br J Dermatol*. 2014 Jun;170(6):1366–8. doi: 10.1111/bjd.12935.
31. Rat C, Houd S, Gaultier A, et al. General practitioner management related to skin cancer prevention and screening during standard medical encounters: a French cross-sectional study based on the International Classification of Primary Care. *BMJ Open* 2017;7:e013033. doi:10.1136/bmjopen-2016013033.
32. PNPCC. vol. 4. axe : offre de soins et services. fondation lala salma de lutte contre le cancer.
33. U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling to prevent skin cancer: recommendation statement. *Am Fam Physician* 2012;86:1–3
34. Federman DG, Concato J, Kirsner RS. Comparison of dermatologic diagnoses by primary care practitioners and dermatologists. A review of the literature. *Arch Fam Med* 1999;8:170–2.
35. Oliveria SA, Heneghan MK, Cushman LF, et al. Skin cancer screening by dermatologists, family practitioners, and internists. *Arch Dermatol* 2011;147:39–44.
36. Alghothani L, Jacks SK, Vander Horst A, et al. Disparities in access to dermatologic care according to insurance type. *Arch Dermatol* 2012;148:956–7.
37. Badertscher N. Diagnostic competence of Swiss general practitioners in skin cancer. *Swiss Med Wkly*. 2013 Jul 29;143:w13834.

38. GRANGE F, G. HÉDELIN, and al. Assessment of a general practitioner training campaign for early detection of cutaneous melanoma in the Haut-Rhin department of France. *Ann Dermatol Venereol* 2005;132:956–61.
39. Richard MA, Grob JJ. , Avril et al. Delays in diagnosis and melanoma prognosis (II): the role of the doctors. *Int. J Cancer* (2000) 89: 280–5.
40. GirgisA. , Campbell E.M., Redman S., Sanson-Fisher R.W. Screening for melanoma: community survey of prevalence and predictors. *Med J Aust* 1991; 154:338–43.
41. Valachis A, Mauri D and al. Time-trend of melanoma screening practice by primary care physicians: a meta-regression analysis. *Ups J Med Sci.* 2009;114(1):32–40.
42. Anders MP, Fengler S and al. Nationwide skin cancer screening in Germany: Evaluation of the training program. *Int J Dermatol.* 2017 Oct;56(10):1046–1051.
43. Stratégie de dépistage précoce du mélanome. Haute Autorité Sanitaire HAS novembre 2006.
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_452354/fr/strategie-de-diagnostic-precoce-du-melanome.
44. Zacaria F. Création d'un module d'E-Learning pour les médecins généralistes dans le cadre du D.U de sensibilisation à la cancérologie cutanée. Thèse soutenue A l'Université Claude Bernard Lyon 1 le 1^{er} déc. 2015.
45. Offidani A. et al. General practitioners' accuracy in diagnosing skin cancer. *Dermatology.* 2002;205(2):127–30.

46. Wegwarth O, Schwartz LM, Woloshin S, et al. Do physicians understand cancer screening statistics? A national survey of primary care physicians in the United States. *Ann Intern Med* 2012; 156: 340–349.
47. Bedlow AJ, Cliff S, Melia J, et al. Impact of skin cancer education on general practitioners' diagnostic skills. *Clin Exp Dermatol* 2000; 25: 115–118
48. The German Guideline Program in Oncology (German Cancer Society – German Cancer Aid – AWMF) – AWMF registration number: 032/052GGPO. Evidence-based guideline on prevention of skin cancer, long version 1.1. AWMF registration number: 032/052GGPO; 2014. Available at: <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Praevention-von-Hautkrebs.56.0.html>
49. Fischer M, Kerek-Bodden H, Mukhtar AM, et al. Pleadoyer fuer ein kontinuierliches Fortbildungsprogramm. *Dtsch Arztebl* 2010; 107: A1–A
50. Yaich M, Tibil B; Le dépistage précoce en cancérologie cutanée : évaluation des pratiques en médecine générale et analyse des besoins en formation des médecins généralistes du Val de Marne. Thèse soutenue à l'Université PARIS EST CRETEIL en 2012.
51. Housiaux L. et al. Diagnostic et dépistages des tumeurs noires en médecine générale: analyse de besoins. *Ann. Dermatol. Et Vénéreol.* Volume 134, Issue 5, Part 1, Mai 2007, P 484–6.
52. Durbec F et al. The role of circumstances of diagnosis and access to dermatological care in early diagnosis of cutaneous melanoma: a population-based study in France. *Arch Dermatol.* 2010 Mar;146(3):240–6.

53. US Preventive Task Force. Screening for skin cancer: recommendations and rationale. *Am J Prev. Med* 2001; 20(S3): 44–6.
54. Ahmadi K and al. Current approach of skin lesions suspected of malignancy in general practice in the Netherlands: a quantitative overview. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017 Jul 27.
55. Lowe JB, Balanda KP, and al. General practitioner and patient response during a public education program to encourage skin examinations. *Med J Aust* 1994;16:195–8.
56. Walter FM, Humphrys E, Tso S, et al. Patient understanding of moles and skin cancer, and factors influencing presentation in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2010;11:62
57. 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: results of a national survey of primary care physicians. *J Am Board Fam Pract* 2004; 17:416–23
58. Lowe JB, Balanda KP, Del Mar CB, Purdie D, Hilsdon AM. General practitioner and patient response during a public education program to encourage skin examinations. *Med J Aust* 1994;16:195–8.
59. Janda M, Elwood M, Ring IT, Firman DW, Lowe JB, Youl PH, et al. Prevalence of skin screening by general practitioners in regional Queensland. *Med. J. Aust.* 2004; 180:10–5.
60. Lowe JB, Balanda KP, Del Mar CB, Purdie D, Tipping J. Family physicians’knowledge of malignant melanoma. *Med J Aust.* 1994; 16:195–8.

61. Mikkilineni R., Weinstock M.A. and al. Impact of basic skin cancer triage curriculum on provider's skin cancer control practices. *J Genet Intern Med.* 2001; 16:342-3.
62. 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. *BMC Dermatol.* 2017 Feb 17;17(1):2.
63. Stratégie de dépistage précoce du mélanome. Haute Autorité Sanitaire HAS novembre 2006. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_452354/fr/strategie-de-diagnostic-precoce-du-melanome
64. Brochez L, Verhaeghe E, Bleyen L, Naeyaert JM. Diagnostic ability of general practitioners and dermatologists in discriminating pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol* 2001 Jun;44(6):979-86
65. Van Rijnsingen M, Hanssen S, Groenewoud J, van der Wilt GJ, Gerritsen M. Referrals by General Practitioners for Suspicious Skin Lesions: The Urgency of Training. *Acta Derm Venereol.* 2014 Mar;94(2):138-41
66. Durbec F, Vitry F, et al. Role of circumstances of diagnosis and access to dermatological care in early diagnosis of cutaneous melanoma. *Arch Dermatol.* 2010 Mar;146(3):240-6.
67. Morisson A. Suspicion de cancer de la peau : une comparaison des diagnostics de médecins de famille et dermatologues chez 493 patients. *Int. J. Dermatol.* Fév.2001; 40 (2): 104.

68. Geller A. C., O’Riordan D.L., Oliveria S.A., Valvo S., Teich M., Halpern AC. Overcoming obstacles to skin cancer examinations and prevention counselling for high-risk patients: results of a national survey of primary care physicians. *J Am Board Fam Pract.* 2004 Nov-Dec;17(6):416–23.
69. Garry O. Pratique de prévention et de dépistage du cancer chez les généralistes de Picardie, France. *Santé Publique* Nov. 2005; 119(11): 1023–30.
70. Rat C, Houd S, Gaultier A, et al. General practitioner management related to skin cancer prevention and screening during standard medical encounters: a French cross-sectional study based on the International Classification of Primary Care. *BMJ Open* 2017;7:e013033.
71. Stephenson A, From L, Cohen A, Tipping J. Family physicians ‘knowledge of malignant melanoma. *J Am. Acad. Dermatol.* 1997; 37: 953–7.
72. Jackson A, Wilkinson C, Ranger M, Pill R, August P. Can primary prevention of selective screening for melanoma be more precisely targeted through general practice? A prospective study to validate a self administered risk score. *BMJ* 1998; 316:34–8.
73. Mikkilineni R, Weinstock MA, Goldstein MG, et al. The impact of the basic skin cancer triage curriculum on providers’ skills, confidence, and knowledge in skin cancer control. *Prev Med* 2002; 34: 144–152.
74. Mukhtar AM, et al. Pleadoyer feur ein kontinuierliches Fortbildungsprogramm. *Dtsch Arztebl* 2010; 107: A1 –A7.
75. Duarte AF, da Costa-Pereira A, Del-Marmol V, Correia O. Are General Physicians Prepared for Struggling Skin Cancer?—Cross-Sectional Study. *J Cancer Educ.* 2016 Jul 13.

76. Ward J. Évaluation des besoins en FMC. Feasibility and value of a seminary on skin's cancer for GP's. *Med. J. Aust.* juillet 2005; 159(1): 20.
77. Lowe JB, Balanda KP, Del Mar CB, Purdie D, Tipping J. Family physicians' knowledge of malignant melanoma. *Med J Aust.* 1994; 16:195-8.
78. Stoebner-Delbarre A, Deffez C, Borrel F et al. Programme de prévention des cancers cutanés. Analyse de l'impact des études randomisées. *Ann Dermatol Venereol* (2005) 132:641-7.
79. Valachis A. Time-trend of melanoma screening practice by primary care physicians: A meta-regression analysis. *Ups J Med Sci.* Mars 2008; 114 (1): 32-40.
80. Armstrong, B. K. and A. Kricke. The epidemiology of UV induced skin cancer. *J Photochem Photobiol*, 2001, B 63(1-3): 8-18
81. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Picconi O, Boyle P, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure. *Eur J Cancer* 2005;41:45-60.
82. Rosso S, Zanetti R, Martinez C, Tormo MJ, Schraub S, Sancho-Garnier H, et al. The multicentre south European study "Helios"II: different sun exposure patterns in the etiology of basal cell and squamous cell carcinomas of the skin. *Br J Cancer* 1996;73:1447-54.
83. Euvrard S, Kanitakis J, Claudy A. Skin cancers after organ transplantation. *N Engl J Med* 2003;348:1681-91.
84. Hartevelt MM, Bavinck JN, Kootte AM, Vermeer BJ, Vandenbroucke JP. Incidence of skin cancer after renal transplantation in The Netherlands. *Transplantation* 1990;49:506-9.

85. Stern RS, Bagheri S, Nichols K, PUVA Follow Up Study. The persistent risk of genital tumors among men treated with psoralen plus ultraviolet A (PUVA) for psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2002 Jul;47(1):33–9.
86. Dubina M, Goldenberg G. Viral-associated non melanoma skin cancers: a review. *Am J Dermatopathol* 2009;31:561–73.
87. Bonerandi J, Monestier S. Carcinome épidermoïde (spinocellulaire) et ses précurseurs. EMC (2011). 98–625–A–10.
88. Lobo DV, Chu P, Grekin RC, Berger TG. Nonmelanoma skin cancers and infection with the human immunodeficiency virus. *Arch Dermatol* 1992;128:623–7.
89. Guillot B, Du-Tranh A : Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques. *Revue Prat* 2012 ; 62 : 247–54
90. Basset-Seguin N. The real face of actinic keratosis : field of cancerisation and squamous cell carcinoma. *Eur J Dermatol* 2012 ; 22 Suppl 1 : 5–9.
91. Non melanoma skin cancer. In: Guidelines for treatment and management in Australia. Clinical practice guidelines. Canberra: National Health Medical Research Council; 2002.7
92. Pavlovic S, Elizabeth Wiley and al, Marjolin ulcer: an overlooked entity. *Int Wound J* 2011; 8:419–424.
93. Ozek C, Celik N, Bilkay U, Akalin T, Erdem O, Cagdas A. Marjolin's ulcer of the scalp: report of 5 cases and review of the literature. *J Burn Care Rehabil* 2001;22:65–9.
94. Eltorai IM, Montroy RE, Kobayashi M, Jakowatz J, Guttierrez P. Marjolin's ulcer in patients with spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* 2002;25: 191–6.

95. Bauer T, David T, Rimareix F, Lortat-Jacob A. Marjolin's ulcer in chronic osteomyelitis: seven cases and a review of the literature. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 2007;93:63-71.
96. Smith J, Mello LF, Nogueira Neto NC, Meohas W, Pinto LW, Campos VA, Barcellos MG, Fiod NJ, Rezende JF, Cabral CE. Malignancy in chronic ulcers and scars of the leg (Marjolin's ulcer): a study of 21 patients. *Skeletal Radiol* 2001;30: 331-7.
97. Duarte AF, da Costa-Pereira A, Del-Marmol V, Correia O. Are General Physicians Prepared for Struggling Skin Cancer?—Cross-Sectional Study. *J Cancer Educ.* 2016 Jul 13.
98. Grauwin MY, Mane I, Cartel JL. Pseudoepitheliomatous hyperplasia in trophic ulcers in leprosy patients. A 28-case study. *Lepr Rev* 1996;67:203-7.
99. Baldursson B, Sigurgeirsson B, Lindelof B. Venous leg ulcers and squamous cell carcinoma: a large-scale epidemiological study. *Br J Dermatol* 1995;133:571-4.
100. Copcu E, Aktas A, Sisman N, Oztan Y. Thirty-one cases of Marjolin's ulcer. *Clin Exp Dermatol* 2003;28:138-41.
101. Cancer Society of New Zealand. Skin cancer prevention and early detection. Position Statement 2003.
102. Tsao H, Bevona C, Goggins W, Quinn T. The transformation rate of moles (melanocytic nevi) into cutaneous melanoma: a population-based estimate. *Arch Dermatol* 2003;139:282-8.

103. Karagas MR, McDonald JA, Greenberg ER, Stukel TA, Weiss JE, Baron JA, et al. Risk of basal cell and squamous cell skin cancers after ionizing radiation therapy. For The Skin Cancer Prevention Study Group. *J Natl Cancer Inst* 1996;88:1848-53.
104. Abed S, Khoury C, Morand J. Radiodermites. EMC; août 2016. 98-795-D-10.
105. Hymes SR, Strom EA, Fife C. Radiation dermatitis: clinical presentation, pathophysiology, and treatment 2006. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:28-46.
106. Van Houtte P, Roelandts M, Kantor G. Radiotherapy indications for non-malignant diseases in 2014. *Cancer Radiother* 2014;18:425-9.
107. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Cutaneous melanoma. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2003.
108. Cancer Society of New Zealand. Skin cancer prevention and early detection. Position Statement 2003.
109. National Health and Medical Research Council, Australian Cancer Network. The management of cutaneous melanoma. Clinical practice guidelines. Canberra: NHMRC; 1999.
110. National Institute of Health. Diagnosis and treatment of early melanoma. NIH Consensus conference. *JAMA* 1992;268(10):1314-9.
111. Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. Mélanome cutané. Standards, options et recommandations. Paris: John Libbey Eurotext; 1998.

112. Phelan DL, Oliveria SA, Christos PJ, Dusza SW, Halpern AC. Skin self-examination in patients at high risk for melanoma: a pilot study. *Oncol Nurs Forum* 2003;30(6):1029–36.
113. Hanrahan PF, Hersey P, Menzies SW, Watson AB, D'Este CA. Examination of the ability of people to identify early changes of melanoma in computer-altered pigmented skin lesions. *Arch Dermatol* 1997;133(3):301–11.
114. Robinson JK, Fisher SG, Turrisi RJ. Predictors of skin self-examination performance. *Cancer* 2002;95 (1):135–46.
115. 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. *Prev Med* 2004;39(1):11–8.
116. Bonerandi JJ, Grob JJ, Cnudde N, Enel P, Gouvernet J. Campagne de détection précoce du mélanome dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse en 1989. Leçons d'une expérience. *Ann Dermatol Venerol* 1992;119(2):105
117. Carli P, De Giorgi V, Palli D, Maurichi A, Mulas P, Orlandi C, et al. Dermatologist detection and skin self-examination are associated with thinner melanomas. Results from a survey of the Italian Multidisciplinary Group on Melanoma. *Arch Dermatol* 2003;139 (5):607– 12.
118. Berwick M, Begg CB, Fine JA, Roush GC, Barnhill RL. Screening for cutaneous melanoma by skin self-examination. *J Natl Cancer Inst* 1996;88(1):17–23.

119. Gaudy-Marqueste C, Monestier S, Grob JJ. Mélanome. EMC, 2015 : 98-595-A-10.

Lin JS, Eder M, Weinmann S, Zuber SP, Beil TL, Plaut D et al. : Behavioral Counseling to Prevent Skin Cancer : Systematic Evidence Review to Update the 2003 US Preventive Services Task Force Recommendation. Rockville (MD), Agency for Healthcare Research and Quality, 2011
120. National Cancer Institute. Cancer Trends Progress Report 2011/ 2102. UV Exposure and Sun Protective Practices.Consulté le 9/06/2016 (en ligne). http://progressreport.cancer.gov/prevention/sun_protection
121. Ulrich C, Jurgensen JS, Degen A et al. : Prevention of nonmelanoma skin cancer in organ transplant patients by regular use of a sunscreen : a 24 months, prospective, case-control study. Br J Dermatol 2009 ; 161 Suppl 3: 78-84
122. Hofbauer GF, Anliker M, Arnold A et al. : Swiss clinical practice guidelines for skin cancer in organ transplant recipients. Swiss Med Wkly 2009 ; 139 : 407-15
123. Falk M, Magnusson H. Sun protection advice mediated by the general practitioner: An effective way to achieve long-term change of behaviour and attitudes related to sun exposure? The Research and Development Unit for Local Healthcare, Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2011; 29: 135-143.
124. Marks R. Campaigning for melanoma prevention: a model for a health education program. J Eur Acad Dermatol Venereol 2004; 18: 44-47. 6

125. Staples M, Marks R, Giles G. Trends in the incidence of non-melanocytic skin cancer (NMSC) treated in Australia 1985-1995: are primary prevention programs starting to have an effect? *Int J Cancer* 1998; 78: 144-148.
126. Meziane M, Ahid S, Azendour H, and al. Results of a public awareness campaign in Morocco regarding the sun's deleterious effects . *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010 Apr;24(4):388-94.
127. Kylie Vuong, Lyndal Trevena, Billie Bonevski and Bruce K Armstrong. Feasibility of a GP delivered skin cancer prevention intervention in Australia *BMC Family Practice* 2014, 15:137
128. Falk M, Anderson C: Prevention of skin cancer in primary healthcare: an evaluation of three different prevention efforts and the applicability of a phototest. *European J Gen Pract* 2008, 14(2):68-75.
129. Falk M, Magnusson H: Sun protection advice mediated by the general practitioner: an effective way to achieve long-term change of behaviour and attitudes related to sun exposure. *Scand J Prim Health Care* 2011, 29(3):135-143.
130. Singly F. Questionnaire: l'enquête et ses méthodes. La collection universitaire de poche
131. OUSTRIC S, LAUQU D, et al. Rôle du Médecin Généraliste en matière de Prévention individuelle et collective. Certificat optionnel interdisciplinaire. D.C.E.M.Universitaire de Médecine Générale de Toulouse.
132. Les pratiques en médecine générale dans cinq régions: formation médicale continue, évaluations des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique. *Études et résultats n°708*. Oct. 2009 <http://www.sante.gouv.fr/drees/index.htm>

133. Adenike, O. A., and Vivian, O. O. 2009. "Knowledge, Attitudes and Practice of Breast Cancer Screening among Female Health Workers in a Nigerian Urban City." *BMC Cancer* 9: 203
134. Kelati A, Baybay H, Moscarella E, Argenziano G, Gallouj S, Mernissi FZ. Dermoscopy of Pigmented Actinic Keratosis of the Face: A Study of 232 Cases. *Actas Dermosifiliogr.* 2017 Nov;108(9):844–851.
135. Hakima El mahi. Etude clinico-épidémiologique des cancers cutanés. mémoire pour l'obtention du diplôme de spécialité en dermatologie. Faculté de médecine de Fès . juin 2017. page 8.
136. MRABAT S. Lymphomes cutanés primitifs T ET B. Thèse N° 276/17.page 135. Soutenue en janv.2018 à la faculté de médecine de Fès.
137. Afsse, InVS, Afssaps – Ultraviolets – Etat des connaissances sur l'exposition et les risques sanitaires – Mai 2005– 2.
138. 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. *Ann Intern Med* 1995;102:458–65.
139. Perrinaud A : Carcinomes épidermoïdes (ou spinocellulaires). *Presse Med* 2008 ; 37 : 1485–9.
140. Basset-Seguin N : The real face of actinic keratosis : field of cancerisation and squamous cell carcinoma. *Eur J Dermatol* 2012 ; 22 Suppl 1 : 5–9.
141. Ruocco E, Di Maio R, Caccavale S, Siano M, Lo Schiavo A. Radiation dermatitis, burns, and recall phenomena: meaningful instances of immunocompromised district. *Clin Dermatol* 2014;32:660–9.

142. A. Ginot¹, J. Doyen, J.-M. Hannoun-Lévi , A. Courdi . Normal tissue tolerance to external beam radiation therapy: Skin Cancer/Radiothérapie 14 (2010) 379-385.
143. Mahtab S. Chéilites: orientation diagnostique et traitement. Press Med. 2016; 45: 240-250.
144. Bataille V, Bishop JA, Sasieni P, Swerdlow AJ, Pinney E, Griffiths K, et al. Risk of cutaneous melanoma in relation to the numbers, types and sites of naevi: a case-control study. Br J Cancer 1996;73:1605-11.
145. Lam Hoai X. Trakatelli M et al. Prise en charge des cancers cutanés non-mélanome par le médecin généraliste. Rev Med Brux 2016 ; 37 : 212-20.
146. Maressa C et al. The selfie skine examination. J am Acad Dermatol 2016;74:e123-5.

Annexes

PREVENTION ET DEPISTAGE DES CANCERS CUTANÉES : RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

QUESTIONNAIRE :

Données démographiques :

Date de naissance :	Votre sexe :	Fémin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>
---------------------	-------	--------------	--------------------------------	-----------------------------------

Avez-vous mis à part votre doctorat en médecine générale d'autres diplômes ou capacités	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, s'agit-il d'une formation en :	dermatologie <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>
Formation d'origine :	Maîtrise <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>
Nombres d'années d'exercices (depuis l'obtention de votre diplôme) ?	

Votre mode d'activité :	Secteur privé (cabinet médical) <input type="checkbox"/>	Secteur public (centre de santé) <input type="checkbox"/>
En moyenne combien de patients voyez-vous par jour ?	
A combien estimez-vous en moyenne le nombre de consultation par jour pour un motif dermatologique ?	

Évaluation des pratiques du médecin :

Pensez-vous que la prévention et le dépistage précoce des cancers cutanés fassent partie des rôles du médecin généraliste ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
---	------------------------------	------------------------------

	jamais	rarement	parfois	souvent	toujours
Cherchez-vous lors de votre interrogatoire habituel les facteurs de risque des cancers cutané ?					
Si oui proposez-vous aux patients à risque un suivi particulier ?					
Est-ce que (en absence de signes d'appel et de plaintes du patient) votre examen <u>somatique de routine</u> comprend :					
Un Examen cutané complet ?					
L'examen des muqueuses (buccales et génitales) ?					
Un Examen des phanères : cuir chevelu et ongles ?					

Lors de cet examen cherchez-vous de façon systématique des lésions cutanées suspectes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non
---	--------------------------	------------------------------

Combien de patients avez-vous adressé à un dermatologue cette année (2017) pour une lésion cutanée suspecte en raison d'une incertitude diagnostique ?			
Cochez à quelle fréquence vous avez rencontré des difficultés lors du dépistage en cancérologie cutanée ?				
<input type="checkbox"/> jamais	Rarement <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>

Cochez les raisons de ces difficultés qui vous correspondent :		
	oui	non
Difficulté à la reconnaissance de la population à risque :		
Difficulté à la reconnaissance des lésions suspectes :		
Manque de temps :		
Non compliance du patient :		

Avez-vous déjà participé à une campagne de dépistage des cancers cutanés ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Est-ce que la sensibilisation sur <u>la photoprotection</u> fait partie de votre <u>arsenal éducatif</u> habituel dans la lutte et la prévention des cancers chez vos patients ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Évaluation des besoins en formation :

Avez-vous au cours de cette année (2017) participé à une FMC (formation médicale continue) :		
	non	oui
Quel qu'en soit le sujet ?		
En dermatologie ?		
En onco-dermatologie ?		

Avez-vous déjà suivi une formation spécifique sur la prévention et le dépistage en cancérologie cutanée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez répondu NON à la question précédente, précisez pourquoi ?		
On ne vous l'a jamais proposé.		
Par manque de temps.		
Parce que la formule proposée ne vous convenait pas		
Parce que vous pensez qu'une telle formation n'est pas nécessaire pour votre pratique quotidienne		
Parce que vous pensez qu'une telle formation ne contribuerait pas à améliorer votre diagnostic.		

Considérez-vous qu'il soit nécessaire de compléter votre formation sur la prévention et le dépistage en cancérologie cutanée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez répondu OUI à la question précédente, souhaitez-vous que cette formation contienne :		
<input type="checkbox"/> Une information sur l'épidémiologie des cancers cutanés et leurs précurseurs		
<input type="checkbox"/> Une formation à la reconnaissance des sujets à risque		
<input type="checkbox"/> Une sensibilisation à l'examen cutané systématique		
<input type="checkbox"/> Une formation à la reconnaissance des différents types de lésions suspectes		
<input type="checkbox"/> Une formation sur les moyens d'éducation des patients à risque		
<input type="checkbox"/> Une formation sur la photoprotection		

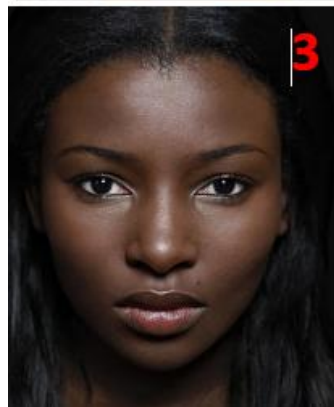
Évaluation des connaissances en cancérologie cutanée :

D'après vous quel est la fréquence des cancers cutanés dans notre région Fès boulomane ?			
très fréquents <input type="checkbox"/>	peu fréquents <input type="checkbox"/>	rare <input type="checkbox"/>	ne sait pas <input type="checkbox"/>

Cochez vrais ou faux pour chacune des affirmations suivantes sur les cancers cutanés :				
	vrai	faux		
Ne mettent jamais en jeu le pronostic vital				
Peuvent donner des métastases ganglionnaires				
Peuvent siéger au niveau des muqueuses				
Sont l'apanage du sujet âgé				
Ne donnent pas de métastases à distance				
Une lésion cutanée évoluant depuis 1 ou 2 ans n'élimine pas un cancer cutané				
Ne surviennent que sur la peau photoexposée				
La majorité des mélanomes sont secondaires à la transformation d'un nævus				
Cochez pour chaque élément suivant le lien avec les cancers cutanés qui vous semble juste :				
	Facteur de risque	Facteur protecteur	Pas de lien	Ne sait pas
L'exposition solaire chronique				
Patient sous traitement immunosuppresseur				
La puvathérapie				
Patient ayant bénéficié d'une greffe d'organe				
La peau claire avec de nombreuses taches de rousseurs				
Un nombre élevé de nævus				
Antécédent personnel de cancer cutané				
Patient suivie pour HIV				
Les professions exerçant à l'extérieur (agriculteurs, etc.)				
La chimiothérapie locale				
L'exposition solaire à l'enfance				
L'exposition professionnelle : arsenic, hydrocarbures, pesticides...				
Antécédent familial de cancers cutané				

La radiothérapie				
L'exposition solaire occasionnelle intense (coups de soleil)				
Le tabac				

Cochez pour chacune des photos suivantes le phototype correspondant : (voir annexe)							
phototype	I	II	III	IV	V	VI	Ne sait pas
Photo numéro 1							
Photo numéro 2							
Photo numéro 3							



Parmi les lésions cutanées suivantes, quelles sont celles qui sont susceptibles de dégénérer en cancers cutané?			
	risque de dégénérer	pas de risque de dégénérer	Ne sait pas
Kératose actinique			
Hémangiome cutané			
Verrue vulgaire			
Kératose arsenicale			
Nævus			
Leucoplasie labiale			
Corne cutané			
Ulcère cutané			
Psoriasis non traité			
Radiodermite chronique			
Kératose séborrhéique			
Dermatite atopique			
Chéilite actinique			
Cicatrice de brûlure			

Devant les situations suivantes quels sont les lésions qui vous font suspecter la malignité :	Je suspecte un processus malin	Je ne suspecte pas un processus malin	Ne sait pas

Macule noire de petite taille depuis l'enfance			
Ulcération cutanée qui ne cicatrise pas après traitement symptomatique (antibiotiques et antiseptiques locaux)			
Lésion pigmentée asymétrique du talon de diamètre supérieur à 1 cm non douloureuse			
Verrue plantaire qui réapparaît après un traitement verrucide			
Nævus congénital de diamètre supérieur à 2 cm			

Connaissez-vous le principe de dépistage par auto surveillance et auto examen ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

Cochez les règles de photoprotection comportementale que vous avez-vous l'habitude d'expliquer à vos patients :	
<input type="checkbox"/> Eviter les heures d'ensoleillement les plus nocives entre 12 et 16 heures	
<input type="checkbox"/> Éviter les expositions solaires intenses et répétées	
<input type="checkbox"/> Pratiquer des expositions solaires d'autant plus progressives que la peau est plus sensible	
<input type="checkbox"/> Toujours rechercher l'ombre.	
<input type="checkbox"/> Insister sur la prévention des enfants dès le plus jeune âge	
<input type="checkbox"/> Garder les enfants de moins de un an à l'abri du soleil	
<input type="checkbox"/> Je n'ai l'habitude de donner aucun de ces conseils	

Cochez les règles de photoprotection vestimentaire que vous avez l'habitude d'expliquer à vos patients :	
<input type="checkbox"/> Le port de vêtements à tissage serré (coton, jean, soie, ou polyester réfléchissant)	
<input type="checkbox"/> Le Port de vêtements couvrants la plus grande surface cutanée : manches longues et pantalon si possible ;	
<input type="checkbox"/> Le Port de vêtements sombres laissant moins passer les UV que les vêtements clairs	
<input type="checkbox"/> L'existence de vêtements labellisés « UV protective clothing »	
<input type="checkbox"/> Porter un chapeau à bords larges (> 7,5 cm) pour protéger les yeux, la face et le cou.	
<input type="checkbox"/> Assurer une protection oculaire par des lunettes de soleil	
<input type="checkbox"/> Se souvenir que les vêtements une fois mouillés sont moins photoprotecteurs	
<input type="checkbox"/> Je n'ai l'habitude de donner aucun de ces conseils	

En cas de prescription d'une crème solaire quelles règles de bon usage avez-vous l'habitude de prodiguer à votre patient ?	
<input type="checkbox"/> À appliquer 20-30 min avant l'exposition	
<input type="checkbox"/> À ré-appliquer toutes les 2 heures	
<input type="checkbox"/> Appliquer l'écran solaire de façon homogène	
<input type="checkbox"/> Sur toutes les zones découvertes (visage, main, dos, cou, décolleté, ...)	
<input type="checkbox"/> Ne pas oublier les tempes, oreilles, nuque, et face latérale du cou,	
<input type="checkbox"/> À appliquer même si le temps est couvert ou venteux	
<input type="checkbox"/> Quantité à appliquer 2mg/cm ² = 6càc	
<input type="checkbox"/> Une nouvelle application est nécessaire après la baignade, le séchage et une hypersudation	
<input type="checkbox"/> L'application de la crème solaire ne doit en aucun cas prolonger l'exposition solaire	
<input type="checkbox"/> Une crème solaire adéquate doit protéger à la fois contre les UVA et les UVB,	
<input type="checkbox"/> Doit posséder un indice de protection maximal : > 50	
<input type="checkbox"/> Utiliser des sticks photoprotecteurs selon les mêmes modalités	
<input type="checkbox"/> Je n'ai l'habitude de donner aucun de ces conseils	