

Ministère des Enseignements Secondaire,  
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali

\*\*\*\*\*

*Un Peuple- Un But- Une Foi*

\*\*\*\*\*

Université de Bamako

\*\*\*\*\*

Faculté de Médecine, de Pharmacie Et d'Odontostomatologie Année Universitaire 2007-2008 Thèse N°...

## TITRE

**ETUDE DE L'IMPACT D'UNE FORMATION  
DERMATOLOGIQUE DE COURTE DUREE SUR  
LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES DE  
PEAU EN COMMUNE IV, BAMAKO (MALI).**

## THESE

Présentée et soutenue publiquement le.....2008 à.....Devant la faculté  
de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

**Par Mr Daouda SIMPARA**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

## JURY

**Président :** Professeur Sidi Yaya SIMAGA

**Membres :** Dr Amara Chérif TRAORE

**Dr. Oumar GUINDO**

**Codirecteur de thèse :** Dr. Ousmane FAYE

**Directeur de thèse :** Professeur Somita KEITA

# DEDICACES ET REMERCIEMENTS

## **DEDICACES**

**A mon père Bamoussa Simpara.** Papa tu as toujours voulu que je sois médecin, tu m'as enseigné la discipline, le respect de l'autre. Tu m'as permis de rester fidèle à mes origines et à ma culture. Tu as été témoin de tous ces moments de travail et ton aide a été précieuse.... Merci pour ton attention et ton aide au moment où j'en avais besoin.

**A ma mère Aminata Traoré**

Tu es un véritable cadeau ! Je dirai, tu es irremplaçable.

Tu as su affronter beaucoup de choses pour que tout ceci soit possible.

Ton humilité, ton calme, ta patience et ta persévérance sont là quelques unes de tes innombrables qualités.

Tu as passé du temps à prier et de loin.

Infiniment merci.

**A ma tante Awa Simpara**

Chère Tante, étant chez vous je me suis toujours considéré, comme chez moi-même. Vous m'avez encadré comme votre propre fils. Votre rigueur dans l'éducation m'a fasciné. Chère tante merci pour votre générosité.

A mes tantes : **Coumba, Aminata, Assou, Komouso, Mama, Ténin Bintou, Yaoussa, Assa, Sawa Simpara, Aminata Sissoko, Alima Traoré Mah Samaké.**

Je suis comblé de vous avoir et je désire conserver ce qui nous unit.

A mes tontons **Tidiane, Batoumani, Tiémoko, Mamadou, Garba, Bouya, Nouhou, Soumana, Batoumani, Gaoussou Simpara** ainsi **Mamadou Niakaté.**

Je vous remercie tous pour vos soutiens.

A tous mes frères, sœurs et cousines.

Je vous invite à plus de courage et de rigueur dans tout ce que vous allez entreprendre dans la vie.

A mes amis : Dr Makalou Sidiki, Abdoulaye Soumano, Tidiane Coulibaly, Issa, Boubacar Sidibé, Daouda Doucouré, Cheick Omar Sissoko, Kadiatou Bolly ;  
Je voudrais encore une fois témoigner toute ma reconnaissance ; vous avez été de vrais amis.

## **REMERCIEMENT**

**A Allah le Tout Puissant.**

-Le **personnel du CNAM**, pour la qualité de l'encadrement que vous offrez à tous les étudiants stagiaires et aux FFI.

**Le personnel du service de dermatologie**, votre collaboration franche et sans limite m'a été d'un apport inestimable, merci pour tout, je vous serais reconnaissant.

**A tous mes maîtres de stage : Pr Keita Somita, Dr Traoré Pierre, Dr Ousmane Faye, Pr Sidi Y Simaga, Dr Touré Moustaph, Dr Guindo Oumar, Dr Karim Coulibaly, Dr Dicko et Dr Hawa Sagara.**

Merci pour tout ce que vous m'avez donné comme formation.

**A Mme Coulibaly Sanata Diallo, Mme Dako Sanata Koné, Mme Sogoba Jokebed, Mademoiselle Martha Samaké**, merci pour votre disponibilité.

**A tout le personnel médical et para médical du service de dermatologie** : au grand Major **Guimba Camara, Siaka Sanogo, Alexis Tienou**, je vous suis reconnaissant.

**A mes aînés : Dr Keita Abdallah, Dr Abdoulaye Témé, Dr Soumaïla Camara, Dr Ibrahima Djiré, Dr Lassine Cissé, Dr Sadio Keita, Dr Hassane Coulibaly, Dr Mamadou Bah, Dr Abraham Koné, Dr Amos Sidibé, Dr Binta Guindo, Dr Korotoumou Coulibaly, Dr Alou Keita, Dr Gassaga Sissoko, Dr Koureïssi Tall.**

**A mes collègues FFI : Makan Kouma, Ousmane Sylla, Oumar Kampo.** Nous avons partagé des moments de dur labeur, de détente, de peine et de bonheur. Que Dieu fasse que chacun de nous soit heureux

**A mes cadets : Makan Diakité, Jean Dembélé, Jean Coulibaly, Oumar Kampo, Dédéou Simaga, Adramé Keita, Moussa Soumouthera, Prosper Mounkoro, Mamadou Bagayogo, Dicko Amadou.**

En témoignage de mon affection pour vous. Je vous invite à l'ardeur dans le travail.

# Hommages Particuliers aux Honorables Membres du Jury

**A notre Maître et Président du jury, Professeur Sidi Yaya SIMAGA**

Professeur honoraire de Santé Publique.

**Chevalier de l'Ordre du Mérite de la santé**

Honorable Maître et Père

Vous nous avez fait un insigne honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous avons été séduit par votre sens du respect de l'autre.

Le sens social, la faculté d'écoute, le sens élevé de responsabilité, le souci du travail bien faits sont des qualités que vous incarnez et qui ont forcé notre admiration.

Nous sommes fiers de nous compter parmi vos élèves.

En témoignage de notre reconnaissance infinie, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel, l'expression de notre dévouement absolu.

**A notre Maître et juge, Docteur Amara Chérif TRAORE**

Docteur en pharmacie ;

Conseiller technique au Ministère de la Santé

Vous nous avez fait honneur en acceptant de participer à ce jury, par vos qualités humaines exceptionnelles, et votre rigueur scientifique. Vous faites l'objet de notre admiration.

Veillez trouver ici l'expression de notre très grande sympathie et de notre profond respect.

**A notre Maître et juge, Dr Oumar Guindo**

Médecin généraliste au centre de santé de référence de la commune IV

Titulaire d'un DIU de vaccinologie

La simplicité, la disponibilité, l'humanisme et l'extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez.

Votre rigueur scientifique, votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre.

Nous vous sommes reconnaissants pour ce que vous avez fait pour notre formation.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

**A notre Maître et Co-directeur, Docteur Ousmane Faye**

Spécialiste en Dermatologie et en Anatomopathologie dermatologique, chargé de recherche au CNAM.

Votre simplicité, votre disponibilité, votre rigueur scientifique et votre dévouement pour la recherche font de vous un maître admiré par les étudiants.

Nous vous prions d'accepter nos sentiments de sincère reconnaissance et de profond respect.

**A notre Maître et Directeur de thèse, Pr Somita Keita**

Professeur en anatomo-pathologie dermatologique.

Chef de l'unité de dermato-vénérologie au CNAM

**Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.**

Cher maître, nous vous remercions de la confiance que vous nous avez accordée en nous proposant ce travail. Notre séjour à vos cotés a été bénéfique sur tous les plans.

Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines font de vous un encadreur sollicité. Vous constituez une référence pour la dermatologie au Mali. Ce travail est aussi le votre.

Recevez par ce travail l'expression de notre admiration et de notre profonde gratitude.

# SIGLES ET ABREVIATIONS

**CNIECS** : Centre National d'Information d'Education et Communication pour la Santé.

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire.

**DAT** : Département Anti-Tuberculeux.

**DIU** : Diplôme interuniversitaire.

**DNSI** : Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique.

**FFI** : Faisant Fonction d'Interne.

**GNA** : Glomérulonéphrite Aigue.

**IgE** : Immunoglobuline E

**IST** : infection Sexuellement Transmissible.

**MDP** : Maladie de la Peau.

**MED** : Médicament Essentiel Dermatologique.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**PEC** : Prise En Charge

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile.

**PVD** : Pays en Voie de Développement.

# SOMMAIRE

<b>I- INTRODUCTION ET OBJECTIFS .....</b>	<b>1-4</b>
<b>II- GENERALITES.....</b>	<b>5-24</b>
<b>III- METHODOLOGIE .....</b>	<b>25-30</b>
<b>IV- RESULTATS .....</b>	<b>31-47</b>
<b>V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS .....</b>	<b>48-50</b>
<b>VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>51-53</b>
<b>VII- REFERENCES.....</b>	<b>54-58</b>
<b>ANNEXES .....</b>	

# I- INTRODUCTION ET OBJECTIFS

Certaines dermatoses représentent un motif fréquent de consultation médicale et à ce titre, constituent un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement (PVD), notamment chez les enfants [1]. Ces faits sont documentés par plusieurs études : enquête de prévalence, étude des motifs de consultation des centres de santé. Dans la région de Koulikoro, au Mali, en 1993, une étude a montré que 30% des enfants vivent avec au moins une dermatose. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont représentées par les pyodermites, la gale, les mycoses et les dermites de contact.

Jusqu'ici, il n'existe aucune recommandation nationale ou internationale vis-à-vis de ces affections. Leur prise en charge dépendant exclusivement de l'attitude thérapeutique des agents de santé.

Le fait que ces affections soient aujourd'hui négligées s'explique par leur relative bénignité et leur caractère rarement létal. Cependant certaines d'entre elles peuvent avoir des complications fâcheuses notamment les pyodermites dont l'évolution peut se faire vers une glomérulonéphrite aiguë. L'analyse des dépenses de santé liées à ces affections a montré des coûts excessivement élevés pour des populations à très faible niveau encourageant le recours aux traitements traditionnels peu efficaces souvent dangereux pour la santé. En réponse à cette situation, et dans le but de donner une réponse rationnelle et adaptée, les autorités dermatologiques du Mali et la fondation internationale de dermatologie (FID) ont entrepris une démarche conjointe visant à améliorer la santé cutanée des populations maliennes. Cette démarche a abouti, en 2001, à la mise en œuvre du projet de dermatologie de santé publique intitulé « projet pilote de lutte contre les maladies de peau ».

C'est dans le cadre de ce projet, que l'ensemble des prestataires du district sanitaire de Bamako et de Kangaba ont eu une formation dermatologique de base sur certaines dermatoses courantes. Pour des raisons méthodologiques,

seule la commune VI et le cercle de Kangaba ont fait l'objet d'évaluation dont les résultats ont été rendus publics le 17 juin 2004.

Le but du présent travail est d'évaluer l'impact du projet sur la prise en charge des maladies de peau dans la commune IV. Il vise les objectifs suivants :

**A- OBJECTIF GENERAL**

Evaluer l'impact d'un programme de formation de courte durée sur la prise en charge des maladies de peau courantes dans les formations sanitaires de la commune IV.

**B- OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- Déterminer le profil épidémiologique des consultants.
- Déterminer la fréquence des dermatoses enregistrées dans les structures de santé de la commune IV avant et après la formation.
- Déterminer la qualité de la prise en charge par les agents de santé formés.
- Evaluer l'impact des interventions.

## II- GENERALITES

## **A- Epidémiologie des maladies de peau :**

### **1. Historique :**

La dermatologie tropicale s'est surtout consacrée à l'étude des maladies infectieuses spécifiquement tropicales, ayant une expression cutanée riche, telles que la lèpre ou les tréponématoses endémiques. Cet intérêt était justifié par la gravité potentielle de ces affections, par une endémicité initialement préoccupante, mais sans doute par leur caractère particulier et de ce fait intéressant, d'un point de vue médical. Plus récemment, l'attention s'est plus particulièrement portée sur des thèmes nouveaux : complications cutanées de l'infection à VIH et autres maladies émergentes telles que la dengue, l'ulcère de Buruli etc.

Cependant, à côté de ces affections classiques, il devient de plus en plus intéressant que d'autres, spécifiquement cutanées qu'on pourrait qualifier de banales du fait de leur fréquence, de leur caractère non spécifiquement tropicale, et de leur bénignité. Ces affections en pratique essentiellement (la gale, les pyodermites et certaines maladies superficielles), sont à l'origine d'une gêne notable pour une partie de la population dans ces zones. On assiste donc à une prise de conscience de l'ampleur que peuvent prendre ces maladies de peau (MDP) courantes pour la collectivité, susceptible de leur conférer malgré leur bénignité, un statut de « problème de santé publique » authentique [2,3].

### **2. Données provenant des centres de santé spécialisés en dermatologie.**

Il s'agit des données numériquement les plus abondantes obtenues en milieu tropical. Les résultats de ces études nous ont permis de constater une grande homogénéité d'un centre à l'autre s'exprimant notamment :

- d'une part, par la rareté des motifs de consultation relative aux maladies tropicales; à l'institut marchoux de Bamako en 1993, sur 10.889 motifs de consultation, en dehors de la lèpre, 1% seulement des consultations étaient en rapport avec une pathologie infectieuse spécifiquement tropicale. Une étude

---

*Etude de l'impact d'une formation de courte durée sur la prise en charge des maladies de* 6  
*peau en commune IV, Bamako (Mali).*

réalisée à l'hôpital Luang Prabang Savannakhet Saravane RDP Lao (Asie du Sud Orientale) a retrouvé également 1% [3]. Ce fait affirme une donnée qui semble relativement méconnue si l'on se réfère à la littérature consacrée au sujet, à savoir le caractère non spécifique de la plus grande partie de la pathologie cutanée observée en milieu tropical. Ces études nous montrent qu'il est vraisemblable que le caractère « extraordinaire » de la pathologie tropicale ait été, de tout temps, quelque peu exagéré [4].

- Et d'autre part, par la prépondérance de certaines maladies infectieuses « banales » ; pyodermites, gale et mycoses superficielles ; « l'eczéma » représente en général une autre catégorie diagnostique numériquement importante.

Il faut cependant noter que les renseignements fournis par les études de ce type ne peuvent qu'être de portée restreinte, du fait d'un biais méthodologique fondamental lié à la situation de référence des centres où elles ont été menées. Celle-ci s'expliquant par le contexte de pays pauvres où l'accès à des spécialistes, très peu nombreux, apparaît limité à certaines tranches de la population.

**3. Les données provenant de centres de santé non spécialisés apparaissent particulièrement intéressantes**, car ce type d'étude reflète plus fidèlement la demande de la population générale vis-à-vis d'un problème de santé. Des places ont pu être attribuées par certains aux motifs de consultation dermatologiques au sein des centres ; la quatrième [5], la cinquième [6], classement qu'on peut estimer artificiel, qui plus est difficile à admettre tel que du fait de l'absence de données chiffrées objectives les étayant. En fait, seules deux évaluations objectivement qualifiées de ce paramètre sont à ce jour disponibles [7,8]. A partir de l'étude des registres, il a pu être établi que les motifs de consultation dermatologique représentaient environ 10% de l'ensemble des consultations de ce type de centre.

**4. Des enquêtes de prévalence menées dans des régions relativement diverses**, ont porté sur ce thème, malgré des réserves techniques concernant certaines d'entre elles. On ne peut que noter, encore, la remarquable homogénéité des résultats, avec pratiquement dans ces populations étudiées des prévalences des maladies de peau extrêmement élevées, avec prépondérance des mêmes maladies infectieuses. Certaines études ont permis l'acquisition de renseignements supplémentaires. Au Mali [9], on a tenté d'évaluer de façon objective la gravité des maladies de peau (MDP). Un quart des pyodermites observées correspondant à une prévalence de 2,5% dans la population étudiée, pouvaient être considérées comme sévères ; la gale souvent très surinfectée et d'évolution prolongée, apparaissait comme la plus grave des maladies de peau (MDP). Dans la même étude le nombre et le type de recours thérapeutiques employés par ces familles vis-à-vis de ces maladies de peau ont été recueillis. Les recours étaient particulièrement fréquents et variés pour la gale et les pyodermites sévères, s'opposaient ainsi à des maladies de peau négligées comme la teigne ou le molluscum contagiosum etc, ceci malgré des prévalences similaires.

**5. En plus de ces études qui décrivent une situation de base apparemment assez répandue**, d'autres rapports ont fait état des situations paroxystiques épidémiques [10] ; il s'agissait surtout en l'occurrence d'épidémie de gale. Outre que les prévalences et incidences signalées atteignaient ici des proportions assez considérables (33% de la population de l'île de Sau Blas, Panama) [11], plus de 12.000 cas de gale répertoriés en 18 mois dans une population de 200.000 habitants au Malawi [6]. Ces études témoignent du problème manifestement important posé par ces situations pour la collectivité.

## **B- Complications liées aux maladies de peau (MDP)**

### **1. Complications médicales :**

La seule complication générale relativement courante qu'on peut craindre en pratique devant une des ces maladies de peau est la glomérulonéphrite aigue post-streptococcique (GNA). Plusieurs épidémies secondaires à des pyodermites, ont été rapportées [12] notamment dans les caraïbes [13], dont l'une d'entre elle secondaire à une épidémie de gale [14]. En dehors de quelques rapports ces complications ne semblent toute fois pas présenter un problème sanitaire majeur. Il convient de rappeler ici que le risque de glomérulonéphrite au décours d'une pyodermite est statistiquement faible, estimée globalement à 4% des cas d'impétigo [15]. En plus des streptocoques beta-hemolytiques ; plusieurs rapports font état de l'implication fréquente, souvent même prépondérante, d'autres streptocoques [6] ou de staphylococcus aureus [16-17].

### **2. Complication en termes de coût :**

Malgré leur bénignité, les maladies de peau suscitent donc une demande de soins relativement importants. Celle-ci s'explique par l'automédication, le recours à la médecine traditionnelle ou la sollicitation des structures sanitaires en place. Le coût en rapport avec cette démarche a pu être chiffré. De ces études, il ressort que ce coût est non négligeable, que ce soit en termes d'achat de médicaments (par exemple 131 à 529 US pour 100 habitants par an pour un revenu annuel de 113 US, lors d'une étude menée en milieu rural en Inde) ou de durée d'incapacité de travail (12 jours en moyenne pour la gale) [18]. Fait notable, ce coût semblait souvent relativement injustifié, la plupart des recours thérapeutique, se soldant par une efficacité faible y compris en cas de sollicitations de la médecine moderne [19]. La faible efficacité des centres de santé non spécialisés dans la prise en charge de ces affections, qui ne s'exprime pas seulement par le recours à des médicaments coûteux mais également a des

carences diagnostiques. Celle-ci s'expliquant notamment par l'absence de formation des agents de santé à la reconnaissance et à la prise en charge de ces affections.

### **C- Données étiologiques :**

Même s'il est bien établi qu'un climat chaud, surtout humide peut favoriser la survenue des pyodermites et des infections mycosiques, les prévalences considérables des MDP dont il est fait état résultent avant tout, manifestement, du sous développement et de ses conséquences. On peut rappeler que des endémicités analogues étaient autrefois signalées dans les pays du nord, pour citer également les épidémies de gale européennes contemporaines des deux guerres mondiales du XX siècles.

L'hygiène individuelle et collective [9 ,20], constitue un facteur de risque bien établi des pyodermites ; l'accès à l'eau, quantitatif plus que qualitatif, pourrait être ici prépondérant [21]. Il semble toute fois excessif de faire de toutes les maladies de peau, ainsi qu'il a été classique de l'avancer [22], des water-washed diseases. En ce qui concerne la gale, et sans doute également les teignes, il semble s'agir ici plus d'un problème de promiscuité que d'hygiène, une hygiène défectueuse favorisant cependant la surinfection de ces affections.

## **F. Etude de quelques données cliniques**

### **1. Infections bactériennes communes :**

Les infections bactériennes de la peau sont fréquentes et de gravité variable. On peut les classer en fonction du type de germe en cause, mais il y a souvent des chevauchements et il est rare qu'un aspect anatomoclinique soit strictement spécifique d'un germe. Il est habituel de les classer en fonction de la profondeur de l'atteinte et des structures impliquées. Enfin, l'infection de la peau peut être la porte d'entrée d'autres maladies, ou être impliquée dans des localisations

septicémiques. On distinguera ainsi des infections primitives superficielles, profondes, et les problèmes dermatologiques des infections systémiques.

## **1.1. Pyodermites primitives :**

### **1.1.1. Infections folliculaires :**

*S. aureus* est responsable de la majorité des inflammations aiguës du follicule pilosébacé.

**Folliculites et ostiofolliculites** primitives à *S. aureus* : des papulo-pustules inflammatoires centrées par un poil en sont l'expression la plus superficielle. Elles s'associent volontiers à d'autres pyodermites staphylococciques : impétigo, perionyxis, perlèche... Dans l'acné juvénile, l'acné conglobata, les hidrosadénites, *S. aureus* ne constitue qu'un microbisme secondaire. Par contre, certaines folliculites récalcitrantes sont dues à des bactéries à gram négatif sélectionnées lors des traitements antibiotiques locaux d'acné pustuleuse [23].

**La folliculite à *Pseudomonas aeruginosa*** est observée parfois sous forme de petites épidémies chez les sujets utilisateurs de bains chauds tourbillonnants ou de piscines contaminées ; elle est faite de grosses pustules enchâssées éparpillées sur le corps.

#### **1.1.1.1 Le furoncle :**

Il peut faire suite à une folliculite : c'est une atteinte inflammatoire périfolliculaire profonde qui commence par une induration chaude et douloureuse, aboutissant en quelques jours à une suppuration éliminant le follicule nécrotique sous forme d'un gros bourbillon jaune.

### **1.1.1.2 L'anthrax :**

C'est l'agglomérat de furoncles, peut s'accompagner de fusées purulentes sous jacentes.

### **1.1.1.3 La furonculose :**

C'est la répétition des furoncles, doit faire rechercher une altération de résistance organique (diabète, surmenage, maladies intercurrentes, déficit immunitaire), mais surtout un réservoir cutané de *S.aureus* [24].

## **1.1.2 Infections superficielles non folliculaires :**

### **- L'impétigo :**

C'est la forme la plus superficielle des pyodermites. La lésion initiale est une vésicule sous cornée remplie de sérosité, de germe et de polynucléaires neutrophiles. Cependant l'impétigo est le plus souvent diagnostiqué aux stades évolutifs secondaires sous forme de lésions vésiculo-pustuleuses bien limitées, ou de lésion croûteuse d'aspect mélicérique .

Classiquement l'impétigo croûteux périorifical est streptococcique, le staphylocoque n'y jouant qu'un rôle accessoire. L'impétigo bulleux staphylococcique est plus fréquent chez le nouveau-né et le nourrisson.

- **L'ecthyma** est un impétigo creusant habituellement localisé aux membres inférieurs. Il guérit en laissant des cicatrices dyschromiques mais peut aussi évoluer vers l'ulcération chronique avec synergie microbienne comme les ulcères dit tropicaux. L'ecthyma gangréneux du siège chez le nourrisson peut survenir dans le cadre d'une septicémie à pyocyanique, mais peut également être en rapport avec une contamination par contiguïté d'un foyer intestinal, après une antibiothérapie responsable d'une substitution de flore microbienne.

## **1.2. Traitement des pyodermites primitives**

Il associe un traitement local nécessaire et suffisant dans les formes superficielles à un traitement général antibiotique adapté.

Le traitement local suffit dans les pyodermites superficielles : désinfection et déterision des lésions par lavages locaux ou généraux avec des antiseptiques. Les grands bains ont l'avantage de désinfecter tout le tégument et le cuir chevelu. Un traitement antibiotique général adapté au germe en cause est nécessaire pour peu que les lésions soient étendues, ou lorsque l'on n'est pas certain que les soins locaux seront appliqués de façon correcte. Il a été démontré enfin, que la stérilisation des foyers cutanés était beaucoup plus rapide et complète qu'avec un simple traitement local bien conduit.

Pour les furoncles et les furonculoses chroniques, il faut éviter la manipulation des lésions, appliquer des compresses imbibées d'antiseptiques pour éviter la diffusion des staphylocoques. Les crèmes à l'acide fusidique peuvent être employées. La prévention des récurrences dans la furonculose chronique est plus difficile et doit être poursuivie des mois durant pour éradiquer le portage à *Staphylococcus aureus* chez le patient et de l'entourage, après avoir pris en compte les facteurs favorisants (diabète, surpoids).

## **2. Infections mycosiques**

### **2.1. Teignes**

**2.11 Définition :** la teigne désigne une affection des cheveux ou des poils de la barbe par des champignons du genre dermatophytes ; les enfants sont victimes de cette affection (neuf fois sur dix) qui touche rarement les adultes [25].

Le groupe responsable des teignes peut aussi toucher la peau d'herpès circiné, les pieds ou les espaces entre les orteils on parle d'intertrigo interorteils, les plis de l'aîne on parle d'eczéma marginé de Hébra ou encore les ongles, alors de mycose des ongles (onychomycose).

### **2.1.2 Etiologie :**

Les dermatophytes, à l'origine de la teigne, peuvent être divisés en trois groupes selon leur origine ou de leur hôte de prédilection. Les dermatophytes zoophiles sont d'origine animale, les dermatophytes anthropophiles sont d'origine humaine alors que les dermatophytes géophiles proviennent du sol.

#### **2.1.2.1 La teigne à transmission inter humaine :**

Elles touchent plus particulièrement des enfants et des adolescents transplantés. Les champignons dermatophytes responsables sont dits anthropophiles. Ces champignons se transmettent entre les êtres humains lors d'un contact direct avec les poils ou les débris contaminés au niveau du cuir chevelu du patient infecté, ou indirect avec des cheveux ou des débris qui peuvent se trouver sur des vêtements, oreillers, des serviettes de toilette ou des objets variés (peignes, brosses, pinces à cheveux).

#### **2.1.2.2 La teigne transmise par les animaux :**

Les champignons zoophiles sont à l'origine des teignes qui sont transmises lors d'un contact avec des animaux comme les chats, les chiens, les lapins ou les hamsters. La transmission des champignons des espèces zoophiles (*Microsporum canis*) se fait directement à partir d'un contact direct avec des poils de l'animal contaminé et potentiellement à partir d'objets contaminés.

#### **2.1.2.3 La teigne transmise par le sol :**

Elle est extrêmement rare, la contamination se fait directement par le sol par l'intermédiaire d'un animal.

### **2.1.3 Symptômes :**

La teigne se manifeste au niveau du cuir chevelu par une tache rouge et arrondie dépourvue de cheveux. La tache est souvent recouverte de squames fines, de croûtes, pus. Les cheveux sont coupés courts, raréfiés, voire absents. Certaines teignes (teignes trichophytiques) comportent de très nombreuses petites plaques de 1 à 5 millimètres de diamètre où les cheveux sont cassés à ras, alors que d'autres (teignes microsporiques) ne comportent qu'une ou deux plaques où les cheveux sont coupés courts (1cm). Enfin, certaines teignes comportent une inflammation (kérion) qui se traduit par une plaque rouge et gonflée parfois recouverte de pus.

### **2.1.4 Diagnostic :**

Le diagnostic est très délicat au début, la survenue d'une tache rouge surface pèle est très évocatrice sur le cuir chevelu d'un enfant. Un examen avec une lampe à ultraviolets (lumière de Wood) entraîne une fluorescence particulière avec certains champignons ; cet examen peut être réalisé pour conforter le diagnostic et faciliter le prélèvement des cheveux contaminés.

### **2.1.5 Traitement :**

Un traitement avec des antimycosiques par voie orale est indispensable (griséofulvine ou terbinafine) pendant 8 semaines (griséofulvine) ou 4 semaines (terbinafine). Un traitement local antimycosique peut parfois compléter la thérapeutique.

## **2.2 Les dermatophyties :**

### **2.2.1. Définition :**

Les dermatophytes sont des champignons filamenteux kératinophiles ubiquitaires regroupés en trois genres (Trichophyton, Microsporon, Epidermophyton pathogènes) toujours pathogènes.

On distingue les espèces anthropophiles inféodées à l'homme, parfois responsables des contaminations interhumaines, des espèces zoophiles d'origine animale et géophiles dont le réservoir est le sol.

### **2.1.2 Diagnostic :**

Le diagnostic est essentiellement clinique, conforté par l'examen mycologique dès que l'aspect n'est pas absolument typique.

#### **2.1.2.1 Interrogatoire :**

Un prurit au niveau des lésions, exacerbé par la transpiration, est fréquent parfois s'y associe une sensation de brûlure. On recherche des poussées antérieures et une localisation phanérienne associée.

Un tableau similaire observé dans l'entourage conforte le diagnostic

Enfin, il faut préciser la profession (athlète, militaire), le mode de vie (port de chaussures de sécurité, vêtements serrés, animal domestique comme chaton ou rongeur) et les activités sportives (natation, judo).

#### **2.1.2.2 Examen clinique :**

##### **2.1.2.2.1 Dermatophytie de la peau glabre :**

La dermatophytie de la peau glabre encore appelée dermatophytose circinée ou improprement «herpès circiné » n'a pas de topographie particulière. Elle se transmet directement à partir d'un animal infecté ou porteur sain (dermatophyte zoophile) et potentiellement à partir du sol, de meubles ou de tapis de logement, voire par un contact avec un sujet infecté ou auto-infection à partir d'un intertrigo interorteils (dermatophyte alors souvent anthropophile). Il s'agit d'un ou de plusieurs éléments arrondis érythématosquameux de quelques centimètres de diamètre à extension centrifuge et de limites nettes. La bordure est bien limitée, érythémateuse et microvésiculeuse tandis que le centre de la lésion est plus pâle, parfois squameux. La guérison spontanée ou sous traitement s'amorce à partir du centre des lésions. Les lésions peuvent être bulleuses ou pustuleuses

(surtout en cas de dermatophyte zoophile), ou prendre, quand elles sont purement érythématosquameuses, l'aspect de plaques de psoriasis.

#### **2.1.2.2.2 Dermatophytie des plis :**

- Petits plis : l'atteinte des plis interorteils est la plus fréquente des dermatophyties (atteintes unguéales exclues), suivie de l'atteinte des plis inguino-cruraux. Plus fréquente chez l'adulte jeune et en période estivale, elle touche le 4<sup>e</sup> ou le 3<sup>e</sup> espace interorteils (facteurs locaux de macération) et constitue alors le classique « pied d'athlète ». La lésion est érythémateuse puis évolue vers la desquamation et la fissuration. La face dorsale du pli est souvent épargnée.
- Grands plis : le pli inguino-crural est plus souvent atteint que les plis axillaires et interfessiers ; il constitue le classique eczéma marginé d'Hébra. Il est associé à un intertrigo interorteils dans 50 % des cas. La transmission en général interhumaine s'effectue via les serviettes de bain, les sols de salle de bain, les sols de chambre d'hôtel. Il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme ou l'enfant (exceptionnel avant 10 ans). La lésion est circulaire à évolution centrifuge avec une bordure érythémateuse un centre plus clair. Le fond du pli est général respecté. Même en cas de lésion extensive, le scrotum et la verge sont classiquement épargnés, contrairement aux infections candidosiques de la région. Il peut y avoir une dépilation transitoire.
- Autres topographies : aux mains comme aux pieds, en dehors de l'intertrigo interdigital, 2 formes ont été décrites :
  - la forme hyperkératosique avec épaissement des plis palmaires aspects squameux, volontiers chroniques et persistants malgré les émoullients pouvant évoluer, au pied, jusqu'à la kératodermie plantaire s'étendant aux bords latéraux (« pied mocassin ») ;

- la forme dyshydrosique avec présence de vésicules sur les bords de la main ; face plantaire des doigts ; la main droite est le plus souvent atteinte ; au pied, l'aspect avec bordure vésiculeuse est évocateur de dermatophytie.

- Les lésions peuvent être vésiculeuses ou bulleuses.

Une dyshidrose apparue sur les doigts et les mains peut être une réaction allergique aux dermatophytes touchant les pieds.

### **2.1.3 Diagnostic étiologique :**

Les espèces les plus fréquentes sont des dermatophytes anthropophiles (*Trichophyton rubrum*, *T. interdigitale* et *Epidermophyton floccosum*) ou zoophyle (*Microsporum canis*).

### **2.1.4 Diagnostic différentiel :**

Dans le cadre de la dermatophytie des plis, le principal diagnostic différentiel est la candidose. Mais l'intertrigo est alors d'aspect humide à limites moins nettes et il existe en général des facteurs prédisposants. Les dermatophyties restent plutôt l'apanage de l'homme alors que les candidoses sont celle de la femme.

#### **2.1.4.1 Dermatophytie des grands plis :**

- Pour le psoriasis des plis, d'aspect vernissé à limite nette, il faut rechercher d'autres localisations plus classiques du psoriasis et la notion de poussées antérieures, mais le problème du diagnostic différentiel se pose précisément quand ces autres localisations manquent.
- L'érythrasma (infection à *Corynebacterium minutissimum*) de couleur brun chamois, touchant plus volontiers les grands plis et donnant une fluorescence rouge corail en lumière de Wood.

#### **2.1.4.2 Dermatophytie des petits plis :**

L'intertrigo à *Pseudomonas aeruginosa* est caractérisé par une lyse à limites nettes de toute l'épaisseur de la couche cornée.

### **2 .1.4 .3 Infections à dermatophytes de la peau glabre :**

Pour ces infections, il faudra éliminer ;

- Un eczéma nummulaire ;
- Un pityriasis rosé de Gibert, dermatose probablement virale, caractérisée par médaillon érythématosquameux initial isolé pendant une à deux semaines accompagné de nombreuses macules érythématosquameuses ;
- . Un psoriasis ou un eczéma de contact.

### **2 .1.4 .4 Prélèvements locaux :**

En définitive, chaque fois que la dermatose évoquée justifie une corticothérapie locale, il faut une grande expérience clinique pour se passer de prélèvements mycologiques. A l'examen en lumière de Wood (ultraviolet), les teignes dermatophytiques à *Microsporum* sp. et à *Trichophyton schonleinii* (agent de la teigne favique) ont une fluorescence verte, l'érythrasma une couleur rouge corail ; les autres ne sont pas fluorescentes.

### **2.1.5 Diagnostic biologique :**

**2 .1.5.1- Examen mycologique direct :** les prélèvements s'effectuent sur la bordure des lésions par grattage à l'aide d'une curette après une toilette au savon à pH alcalin et à distance de l'arrêt des traitements antifongiques. Il permet de poser rapidement le diagnostic mais ne précise pas l'espèce incriminée.

- Une mise en culture sur milieu de Sabouraud permet de faire le diagnostic de genre et d'espèce, mais la réponse demande 1 à 4 semaines.
- L'antifongigramme est inutile dans l'immense majorité des cas, il n'est pas standardisé et l'interprétation des résultats reste incertaine.

### **2.1.5 2 Autres examens :**

La sérologie est sans intérêt dans le cadre des dermatophyties cutanées. Il n'y a pas de syndrome inflammatoire.

## 2.1.6 Traitement

**2.1.6.1 Traitement antifongique :** le traitement repose sur des mesures dites d'hygiène associées à un traitement antifongique local ou général.

Contrairement aux atteintes des phanères, les atteintes de la peau glabre et des plis sont souvent guéries par un traitement antifongique local. Les éléments suivants incitent à prescrire un traitement par voie générale lésions extensives, lésions hyperkératosiques épaisses des paumes, ou des plantes, échec d'un premier traitement local, diabète, immunodépression.

On distingue plusieurs familles d'antifongiques locaux : les dérivés azolés en topiques ; les allylamines (terbinafine) ; l'amorolfine ; la ciclopiroxolamine (ciclopirox) ; le tolnaftate. Les traitements par voie orale, parfois mal tolérés comprennent : un dérivé imidazolé (le kétoconazole) ; des allylamines comme la terbinafine ; la griséofulvine.

Pour la conduite du traitement, il faut théoriquement utiliser une pommade sur des squames épaisses, une crème pour peau sèche, et un gel ou une poudre en cas d'intertrigo macéré. Les effets indésirables sont rares et les deux applications quotidiennes doivent déborder largement la lésion.

Une application quotidienne est suffisante pour la terbinafine et le kétoconazole.

**2.1.6.2 Evolution sous traitement :** les dermatophyties de la peau glabre et des plis sont des affections fréquentes en général bénignes, et d'évolution souvent favorable sous traitement local. La durée du traitement (toujours supérieure à deux semaines) ne facilite pas l'observance.

### **3. Infections parasitaires**

#### **3.1 La gale :**

##### **3.1.1 Définition :**

La gale est une pathologie fréquente. Son diagnostic doit être évoqué dans chacune des situations suivantes :

- Tout prurit généralisé de novo sans lésion spécifique survenant chez une personne n'ayant pas tendance au prurit ;
- Tout prurit qui se majore le soir au coucher ;
- Tout prurit familial ;
- Tout prurit majoré sur les zones suivantes : espaces interdigitaux, face antérieure des poignets, coudes et emmanchures antérieures, nombril, fesses, face interne des cuisses, organes génitaux externes chez l'homme, mamelon et aréole mammaire chez la femme, partie antérieure des creux axillaires.

Le diagnostic est clinique et ne repose pas sur le prélèvement qui peut être parfois utile (mais nombreux faux négatifs).

##### **3.1.2 Epidémiologie :**

Il s'agit d'une ectoparasitose interhumaine due à *Sarcoptes scabiei hominis*, contagieuse et transmise surtout par contact humain direct, intime et prolongé. Elle est considérée comme une IST. Cependant, la transmission indirecte par les vêtements ou la literie est possible, plus rare, sauf dans les formes croûteuses. Elle peut survenir par épidémies dans les foyers de personnes âgées, dans les milieux sociaux défavorisés.

##### **3.1.3 Clinique :**

L'expression clinique de la maladie est dominée par un prurit diffus épargnant le visage et le cuir chevelu, de recrudescence nocturne, avec un caractère conjugal ou familial fréquent. Des lésions cutanées non spécifiques sont fréquentes et dues aux grattages. Elles sont de topographie évocatrice : espaces interdigitaux,

face antérieure des poignets, coudes et emmanchures antérieures, ombilic, fesses, face interne des cuisses, organes génitaux externe chez l'homme, mamelon et aréole mammaire chez la femme, partie antérieure des creux axillaires. Plus rarement, on peut observer des lésions spécifiques de type sillon scabieux sinueux de quelques millimètres de long (trajet de l'acarien femelle dans la couche cornée de l'épiderme).

D'autres formes cliniques particulières sont à noter :

- **La gale chez le nourrisson** : elle est caractérisée par la présence de vésiculopustules palmoplantaires et de nodules scabieux périaxillaires.

- **La gale norvégienne** : il s'agit d'une forme profuse et étendue de l'éruption cutanée, le diagnostic est tardif, parfois du fait d'un déficit immunitaire ou comme conséquence de traitement inadaptés. Elle se rencontre sur des terrains particuliers : les patients immunodéprimés ou les sujets âgés en collectivité. La contagiosité est majeure ; le prurit est discret ou absent. La clinique est caractérisée par une érythrodermie avec des zones croûteuses et kératosiques de tout le corps y compris le visage, le cuir chevelu et les ongles.

- **La gale des gens propres** : c'est une forme pauci-lésionnelle, le diagnostic se fait sur l'anamnèse et la présence éventuelle d'un chancre scabieux chez l'homme. La présence d'une impétiginisation des lésions impose de rechercher une gale devant tout impétigo de l'adulte.

Des lésions papulonodulaires prurigineuses rouges ou cuivrées peuvent persister plusieurs semaines après un traitement efficace, ce sont les nodules post-scabieux. Leur siège est ubiquitaire.

### **3.1.4 Diagnostic :**

Le diagnostic est avant tout clinique, l'anamnèse est très évocatrice (prurit familial à renforcement nocturne) ; la topographie est également évocatrice. Il n'y a pas de signe biologique spécifique (petite éosinophilie sanguine et une discrète augmentation des IgE totales).

### 3.1.5 Diagnostic différentiel :

Autres causes de prurit sans lésion :

**3.1.5.1 les prurits métaboliques** (cholestase, insuffisance rénale.....) ; le prurit lié à un éventuel lymphome ; les prurits en relation avec la sécheresse cutanée comportent surtout des lésions de grattage mais pas de sillon, ni de topographie particulière.

**3.1.5.2 La pédiculose corporelle** se caractérise par un prurit généralisé, des lésions de grattage chez des sujets à l'hygiène très déficiente. Les poux responsables sont facilement retrouvés dans les vêtements.

**3.1.5.3 Les gales d'origines animales** peuvent être évoquées devant un prurit avec des lésions excoriées, sans sillon. Le diagnostic est basé sur la présence des animaux d'élevage ou domestiques au contact du malade. Le prélèvement de la litière peut être utile.

### 3.1.6 Traitement de la gale simple de l'adulte

Le traitement doit concerner les sujets atteints de gale et l'entourage familial. Il doit se faire dans le même temps pour éviter les récontaminations. On doit procéder à un traitement d'épreuve devant toute suspicion clinique.

On dispose de différentes molécules :

- Le benzoate de benzyle à 10% (Ascabiol®) s'utilise sur peau humide avec une durée d'application de 12 à 24 heures ; on peut renouveler l'application au bout de 24 heures. Le produit peut être à l'origine d'irritation ou d'eczématisation. Les applications chez le nourrisson et le bébé sont de plus courte durée en raison du risque de surdosage (risque convulsions) ;
- Le crotamiton (Eurax®) a surtout un effet antiprurigineux.

La propagation de la gale par l'intermédiaire de vêtements contaminés est possible. On recommande ainsi de laver les vêtements et la literie à 60° ; le parasite étant fragile aux températures habituelles, il est parfois suffisant d'aérer

la literie et d'isoler les vêtements pendant quelques jours puis de les laver normalement.

**4. Autres dermatoses :** il s'agit de la lèpre, l'eczéma.

# III- METHODOLOGIE

## **A- Cadre d'étude**

### **1. La commune IV du district de Bamako**

L'étude s'est déroulée dans le district sanitaire de la commune IV. Ce district comporte un centre de santé de référence (CSREF), neuf centres de santé communautaires (CSCOM), trente sept structures privées et un centre de recherche CNAM . Le centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune IV, à Lafiabougou.

La commune IV elle même fut créée par l'ordonnance N°78-34/CMLN du 18 Août 1978 et placée sous la tutelle du Gouverneur du district de Bamako. Elle est constituée par 8 quartiers dont le plus ancien est Lassa et le nouveau Sibiribougou. Sa superficie était de 3768km<sup>2</sup> pour une population de 207837 habitants en décembre 1998 (sources DNSI, recensement avril 1998).

### **2. Personnel du centre de santé de référence de la commune IV**

Le centre de santé de référence emploie :

- un médecin gynécologue obstétricien, qui est le médecin directeur du centre,
- un médecin ophtalmologiste,
- un chirurgien généraliste,
- un médecin gestionnaire,
- deux médecins généralistes,
- vingt cinq sages-femmes,
- sept anesthésistes réanimateurs, dont :
  - \* 2 Médecins
  - \* 5 infirmiers
- six infirmiers d'Etats,
- trois techniciens supérieurs et trois assistants de laboratoire,
- deux techniciens supérieurs en odonto-stomatologie,
- dix aides-soignants,
- une gérante de pharmacie,

- quatre manœuvres,
- trois chauffeurs,
- cinq comptables.

Au niveau des quartiers de la commune IV, à la date du 31 décembre 2007, il existait neuf cscoms qui employaient :

- huit médecins,
- sept infirmiers d'état,
- dix sept infirmiers du premier cycle,
- vingt sages femmes
- dix manœuvres.

### **3. Les locaux du centre de santé de référence de la commune IV**

Le centre de santé de référence comporte :

- un bureau de consultation gynécologique,
- deux bureaux de consultation chirurgicale,
- un bureau de consultation médicale,
- un bureau de consultation ophtalmologique,
- un bureau des FFI,
- deux blocs opératoires,
- une salle d'accouchement,
- douze salles d'hospitalisation, dont :
  - \* six salles pour la gynécologie obstétrique avec 24 lits
  - \* et deux salles pour la chirurgie générale avec six lits.
- une unité de consultation prénatale,
- une unité de consultation postnatale,
- un cabinet dentaire,
- un laboratoire,
- DAT,
- deux salles de soins infirmiers, une morgue

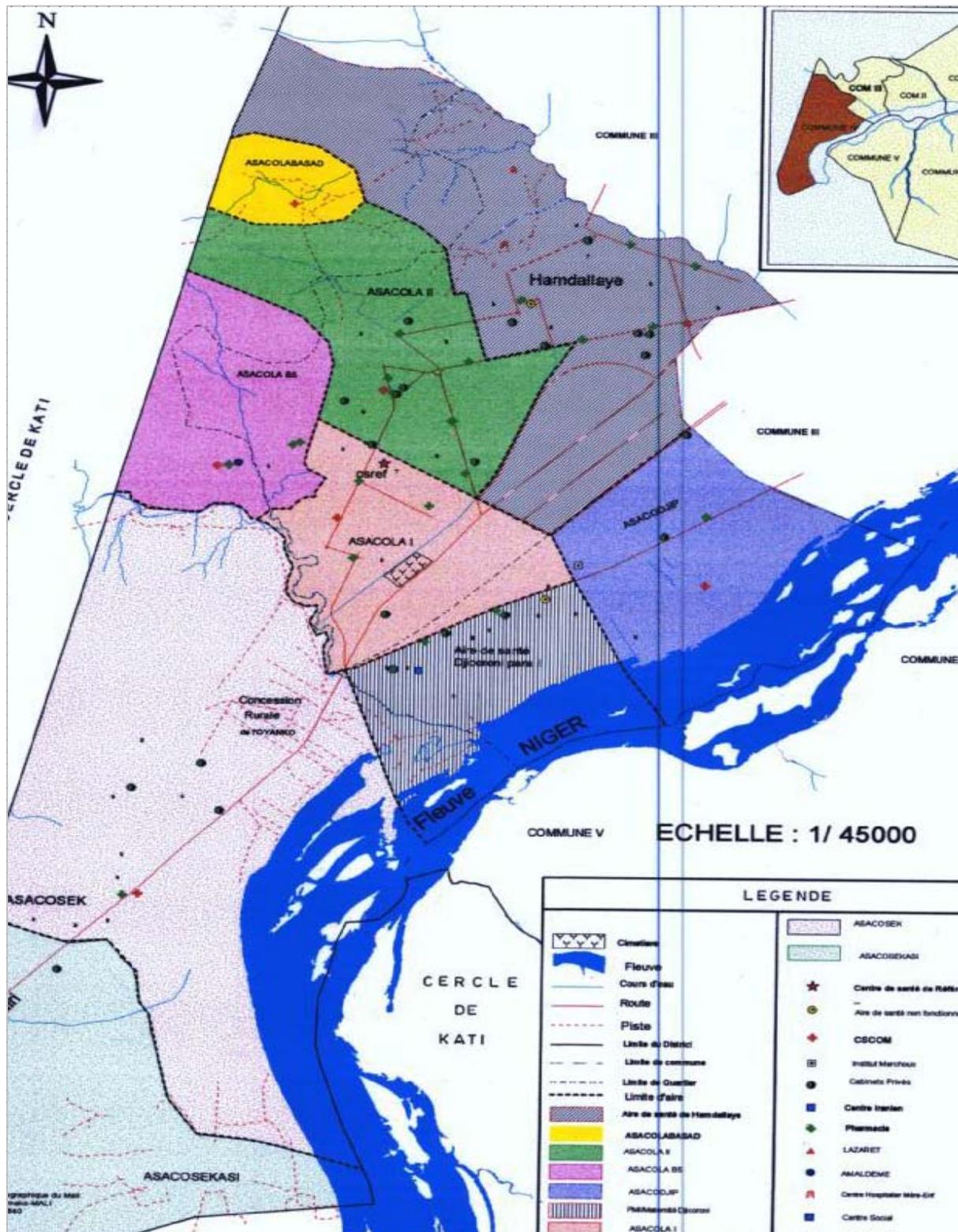


Figure 1 : carte sanitaire de la commune IV du district de Bamako.

**B- Période d'étude :**

L'étude s'est étalée de 2001 à 2003.

**C- Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude rétrospective.

**D- Procédures et matériels :**

**1- Procédures :**

Après entretien avec le médecin chef du CSREF, nous avons contacté les responsables des différentes formations sanitaires : médecin, infirmier etc. Ceux-ci ont mis à notre disposition l'ensemble des registres de consultation. En outre nous avons interrogés sur les différents mouvements de personnels de 2001 à 2003 dans le but de connaître les périodes d'exercice des prescripteurs formés. Ainsi cinq structures de santé ont été retenues pour notre enquête : L'Asacola I, l'Asacola II, l'Asacodjip, l'Asacodjénèka, et l'Asacosek.

**2- matériels d'étude :**

L'étude a porté sur les registres de consultation des centres cibles. Ainsi ont été enregistrées, les données correspondant à notre période d'étude pour les prescripteurs formés.

**3- Méthode de recueil :**

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire comportant : le sexe, l'âge, le diagnostic, le traitement, le nombre de médicament, le coût du traitement. Un système de codage a été utilisé pour chaque prescripteur et chaque centre. Le diagnostic était considéré comme :

- **correct**, si le terme formulé par l'agent de santé était clairement écrit et correspondait à une entité dermatologique bien définie, exemple pyodermite gale etc.
- **incorrect**, si le terme utilisé était vague. Exemple ; dermatose, allergie, prurit etc.

Le traitement était considéré correct ou adéquat, lorsqu'il comportait les molécules recommandées pour le diagnostic pour lequel il a été prescrit.

Les composés superflus étaient des médicaments prescrits, mais non nécessaires pour le diagnostic formulé.

La formulation de la prescription était également notée : en générique ou en spécialité, ainsi que leur coût en fonction des prix actualisés dans les dépôts ou pharmacies.

Pour la lèpre, on a noté les suspicions référées à partir des registres des centres et tous les cas en traitement dans le CSREF.

### **E- Plan de saisie et analyse**

Les données ont été saisies sur le logiciel World et analysées par le logiciel Epi6fr. Le test de  $\chi^2$  a été utilisé pour comparer les variables qualitatives.

# IV- RESULTATS

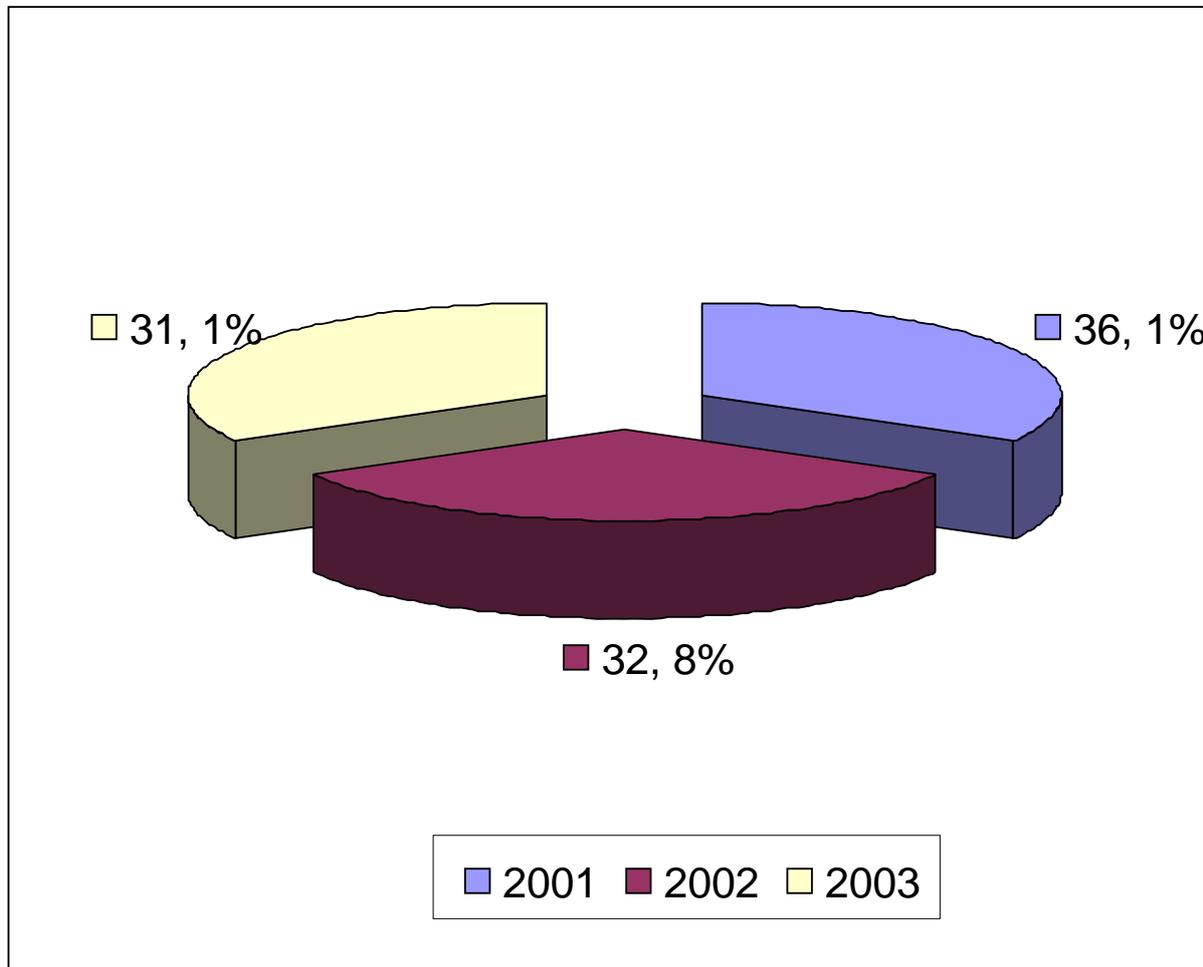
## A- Caractéristiques épidémiologiques des malades

Pendant les trois années de l'étude, 30956 patients ont consulté dans les différentes structures sanitaires cibles de la commune IV. Les dermatoses représentaient 10,22% des consultants soit 3165 consultants. La répartition de ces consultants en fonction des structures sanitaires nous a montré que les 32,7% ont été enregistrés à l'Asacola I (tableau I).

**Tableau I : Répartition des consultants en fonction des structures sanitaires**

Structures sanitaires	Nombre de consultants pour MDP	Nombre total de consultants	Pourcentage
Asacodjip	413	4260	13
Asacosek	193	2072	6,1
<b>Asacola I</b>	<b>1036</b>	<b>9775</b>	<b>32,7</b>
Asacodjeneca	856	8641	27
Asacola II	667	6208	21,2
<b>Total</b>	<b>3165</b>	<b>30956</b>	<b>100</b>

La répartition annuelle des consultants pour MDP dans ces structures sanitaires au cours des 3 ans d'étude a montré une grande prévalence des dermatoses en 2001 (figure 2).



**Figure 2 : Répartition des consultants selon l'année de consultation.**

La répartition mensuelle des consultants pour MDP recrutées au cours des 3 années d'étude a montré une plus grande prévalence pendant les mois de mai 12,7% (401cas) et juin 10,1% (320 cas) (tableau II).

**Tableau II : Répartition des consultants selon le mois de consultation**

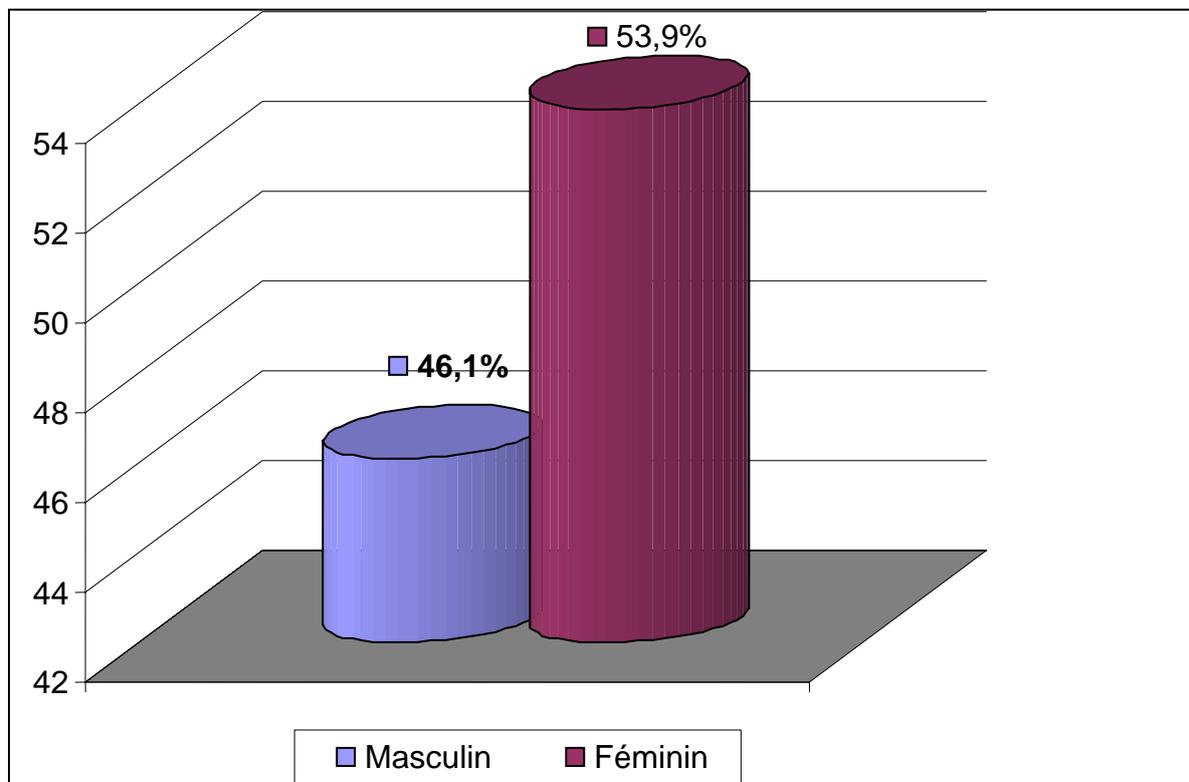
Mois de consultation	Effectif absolu	Pourcentage
Janvier	258	8,2
Février	168	5,3
Mars	258	8,2
Avril	306	9,7
<b>Mai</b>	<b>401</b>	<b>12,7</b>
Juin	320	10,1
Juillet	246	7,8
Août	304	9,6
Septembre	207	6,5
Octobre	317	10
Novembre	180	5,7
Décembre	200	6,3
<b>Total</b>	<b>3165</b>	<b>100</b>

L'âge des patients variait de 0 à 98 ans avec une moyenne de 14 ans. Les enfants de moins de 15 ans étaient les plus représentés avec 70,80% des patients (tableau III).

**Tableau III : Répartition des consultants selon les tranches d'âge**

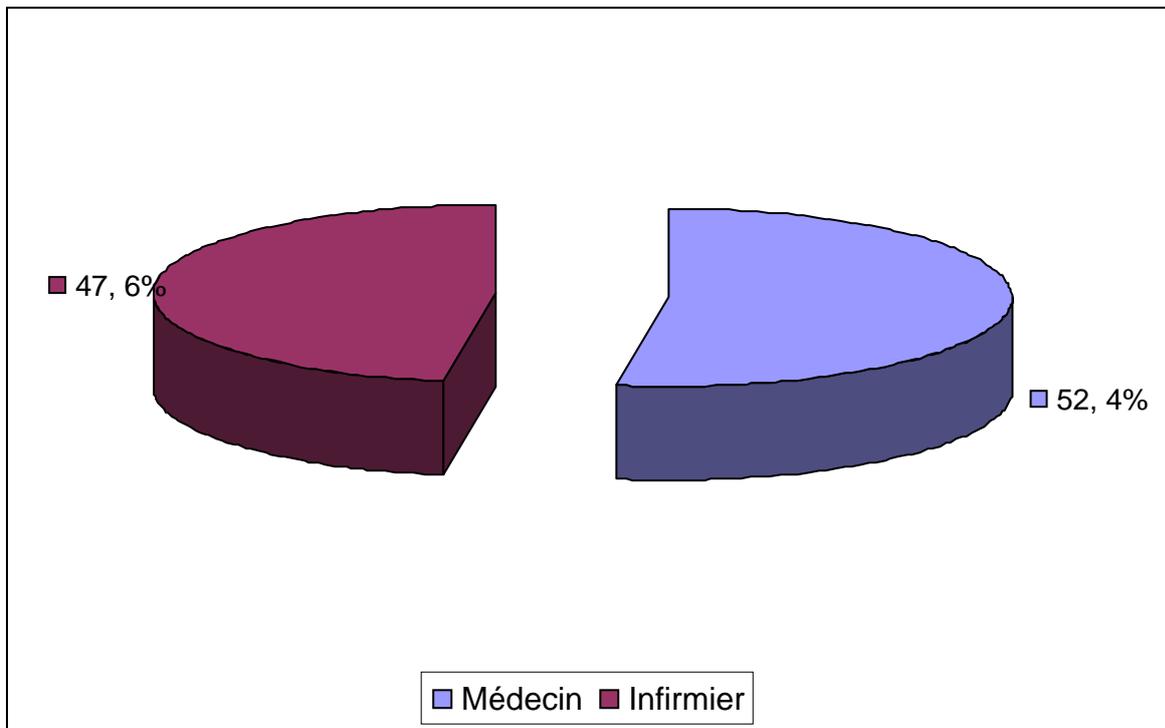
Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
≥15 ans	799	29,20
<15ans	<b>1934</b>	<b>70,80</b>
Total	2733	100

Nous avons noté 1706 patients (53,9%) de sexe féminin et 1459 patients (46,1%) de sexe masculin. Le sex-ratio était de 1,17 en faveur du sexe féminin (figure 3)



**Figure 3 : Répartition de consultants selon le sexe**

L'étude a porté sur l'évaluation de l'activité de 3 médecins et 4 infirmiers d'état. Les consultations étaient effectuées par les médecins dans 52,4% et 47,6% pour les infirmiers. La répartition des consultations par les médecins et infirmier est représentée par la figure 4.



**Figure 4 : Répartition des consultants selon le type de prescripteur**

## B- Impact de la formation sur les diagnostics formulés

Comparaison des diagnostics formulés selon l'année

La proportion de diagnostic imprécis était de 31,7% en 2001, 2,5% en 2002 et 2,7% en 2003, ( $p_{2001-2002} < 10^{-7}$ ,  $p_{2001-2003} < 10^{-7}$  la différence est très significative).

La proportion de diagnostics formulés comme pyodermite était de 21,1% en 2001, de 44,5% 2002 et de 37,1% en 2003, ( $p_{2001-2002} < 10^{-7}$ ,  $p_{2001-2003} < 10^{-7}$  différence très significative)

La proportion de diagnostic formulé comme plaie était de 19,6% en 2001, de 2,3% en 2002, de 6,5% en 2003, ( $p_{2001-2002} < 10^{-7}$ ,  $p_{2001-2003} < 10^{-7}$  la différence est très significative) (tableau IV).

**Tableau IV : comparaison des diagnostics formulés selon l'année**

Diagnostics	Année		
	2001= une année avant formation	2002= une année après formation	2003= deux années après la formation
Autres diagnostics	150 (15,3%)	181 (19,8%)	194 (23%)
Eczéma	12 (1,2%)	28 (0,3%)	27 (3,2%)
Folliculite	63 (6,4%)	115 (12,6%)	104 (12,3%)
Gale	8 (8,1%)	24 (2,6%)	29 (3,4%)
Mycose	16 (1,6%)	48 (5,2%)	56 (6,6%)
<b>Pas de diagnostic clair</b>	<b>311 (31,7%)</b>	<b>23 (2,5%)</b>	<b>23 (2,7%)</b>
Plaie	193 (19,6%)	21 (2,3%)	14 (1,6%)
Prurigo	16 (1,6%)	30 (3,2%)	55 (6,5%)
<b>Pyodermite</b>	<b>207 (21,1%)</b>	<b>405 (44,5%)</b>	<b>313 (37,1%)</b>
Teigne	5 (0,5%)	35 (3,8%)	27 (3,2%)
<b>Total</b>	<b>981 (100%)</b>	<b>910 (100%)</b>	<b>842 (100%)</b>

En considérant uniquement les diagnostics clairs, la proportion de bon diagnostic variait de 68,2% en 2001 à 97,4% et à 97,2% respectivement en 2002 et 2003 ( $p_{2001-2002} < 10^{-7}$ ,  $p_{2001-2003} < 10^{-7}$  la différence est significative) (tableau V).

**Tableau V : répartition des bons diagnostics selon l'année**

Bon diagnostic	Année		
	2001= une année	2002= une année	2003= deux années
	avant formation	après formation	après la formation
Oui	<b>670 (68,2)</b>	<b>887(97,4)</b>	<b>819(97,2)</b>
Non	311(31,7)	23(2,5)	23(2,7)
Total	981(100)	910(100)	842(100)

Les diagnostics adéquats par rapport aux traitements étaient de 50,9% en 2001, 92,1% en 2002 et 86,2% en 2003 ( $p_{2001-2002} < 10^{-7}$ ,  $p_{2001-2003} < 10^{-7}$  la différence est significative,  $p_{2002-2003} < 10^{-6}$  la différence est significative) tableau VI.

**Tableau VI : Comparaison de l'adéquation diagnostique par rapport au traitement selon l'année**

Adéquation diagnostique	Année		
	2001= une année	2002= une année	2003= deux années
	avant formation	après formation	après la formation
Adéquat	<b>498 (50,9)</b>	<b>828 (92,1)</b>	<b>713 (86,2)</b>
Moyennement adéquat	44 (4,4%)	0 (0%)	8 (0,9%)
Non adéquat sans doute contre indiqué	91 (9,3%)	39 (4,3%)	74 (8,9%)
Contre indiqué	34 (3,4%)	11 (1,2%)	12 (1,4%)
Indéterminé	311 (31,7%)	21 (2,3%)	20 (2,3%)
Total	978 (100%)	899 (100%)	827 (100%)

### C- Impact de la formation sur les traitements prescrits

La prescription d'antibiotiques par voie orale était de 82,6% en 2001, 72,9% en 2002 et 70,3% en 2003 ( $p_{2001-2002} < 10^{-7}$ ,  $p_{2001-2003} < 10^{-7}$  et  $p_{2002-2003} < 10^{-6}$  la différence était significative entre l'année précédant la formation et les deux années après la formation). Voir tableau VII

**Tableau VII : Répartition de consultants pour MDP selon la prescription d'antibiotiques par voie générale en fonction de l'année**

Antibiotique par voie générale	Année		
	2001= une année avant formation	2002= une année après formation	2003= deux années après la formation
Oui	<b>943 (82,6%)</b>	<b>757 (72,9%)</b>	<b>692 (70,3%)</b>
Non	198 (17,4%)	282 (27,1%)	293 (29,7%)
Total	1141	1039	985

Parmi les antibiotiques oraux prescrits, on notait essentiellement :

- l'amoxicilline : 19,9% en 2001, 43,5% en 2002 et 43,6% en 2003 ( $p_{2001-2002} < 10^{-7}$ ,  $p_{2001-2003} < 10^{-7}$  la différence était significative entre l'année précédant la formation et les deux années après la formation),

- macrolides : 17,2% en 2001, 46,4% en 2002 et 49,4% en 2003 ( $p_{2001-2002} < 10^{-7}$ ,  $p_{2001-2003} < 10^{-7}$  la différence était significative entre l'année précédant la formation et les deux années après la formation),

- autres : 20% en 2001, 8,2% en 2002, 4,4% en 2003

Le tableau VIII précise cette répartition

**Tableau VIII : Répartition des consultants pour MDP selon la prescription des classes d'antibiotiques par an.**

Classe d'antibiotique	Année		
	2001= une année avant formation	2002= une année après formation	2003= deux années après la formation
Aminoside	54 (4,74%)	0 (0%)	0 (0%)
Ampicilline	57 (5%)	1 (0%)	2 (0%)
Amoxicilline	227 (19,9%)	328 (43,5%)	301(43,6%)
Autres	228 (20%)	62 (8,2%)	31 (4,4%)
Cotrimoxozole	228 (20%)	3 (0%)	0 (0%)
Extencilline	16 (1,4%)	0 (0%)	1 (0%)
Macrolide	197 (17,2%)	354 (46,4%)	341(49,4%)
Métronidazole	49 (4,3%)	1(0%)	2 (0%)
Oracilline	47 (4,1%)	5(0%)	11 (1,5%)
Pénicilline	36(3,1%)	0(0%)	1 (0%)
<b>Total</b>	<b>1139</b>	<b>754</b>	<b>689</b>

La prescription de deux ou plusieurs antibiotiques par ordonnance était de 6,4% en 2001, 0,1% en 2002 et 0,1% en 2003 :  $p_{2001-2002} < 10^{-8}$ ,  $p_{2001-2003} < 10^{-8}$  différence significative entre les périodes (avant et après la formation). Voir tableau IX)

**Tableau IX : Répartition des consultants en fonction du nombre d'antibiotique prescrits par ordonnance et selon l'année**

Antibiotiques oraux	Année		
	2001= une année avant formation	2002= une année après formation	2003= deux années après la formation
1	883	756	691
<b>≥2</b>	<b>60</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Total	943	757	692

La prescription d'antibiotiques locaux était de :

- 16% en 2001, 88,98% en 2002 et 83,15% en 2003 pour les cyclines ;
- 55% en 2001, 4,2% en 2002 et 3,1% en 2003 pour le Banéocin.

**Tableau X : Répartition des classes d'antibiotiques locaux prescrits selon l'année**

Classes d'antibiotiques locaux	Année		
	2001= une année avant formation	2002= une année après formation	2003= deux années après la formation
Autres	12 (7,5%)	3 (2,5%)	1 (1%)
Baneocin	87 (55%)	5 (4,2%)	3 (3,1%)
Cycline	26 (16,4%)	105 (88,98%)	79 (83,15%)
Fucidine	33 (20,8%)	5 (4,23%)	12 (12,63%)
Total	158	118	95



Nous avons noté :

62,5% en 2001, 0% en 2002 et 0% en 2003 pour les autres classes

d'antiseptiques ;

7,6% en 2001, 64,2% en 2002 et 67,1% en 2003 pour le permanganate ;

7,34% en 2001, 33,2% en 2002 et 29,43% en 2003 pour la polyvidone.

**Tableau XI : Répartition des prescriptions d'antiseptiques selon l'année**

Classe d'antiseptique	Année		
	2001= une année	2002= une année	2003= deux années
	avant formation	après formation	après la formation
Alcool iodé	8 (2,7%)	11 (2,1%)	0(0%)
Autres	169(62,5%)	0 (0%)	12 (2,6%)
Eosine	7 (2,4%)	0 (0%)	0 (0%)
Hexétidine	22 (7,6%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Permanganate</b>	<b>22 (7,6%)</b>	<b>330 (64,2%)</b>	<b>299 (67,1%)</b>
Polyvidone	21 (7,34%)	171 (33,2%)	131 (29,43%)
Ammonium quaternaire	34 (11,88%)	2 (0,38%)	3(0,67%)
Triclocarban	3 (1,04%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Total</b>	<b>286 (100%)</b>	<b>514 (100%)</b>	<b>445 (100%)</b>

Nous avons noté une prescription d'antimycosiques par voie orale de 25 % en 2001, 89,4% en 2002 et 88% en 2003 ( $p_{2001-2002} = 0,00058$ ,  $p_{2001-2003} = 0,00049$ ) (tableau XII).

**Tableau XII : Répartition des prescriptions d'antimycosique par voie générale selon l'année**

Anti-mycosique par voie générale	Année		
	2001= une année avant formation	2002= une année après formation	2003= deux années après la formation
Griséofulvine	2 (25%)	34 (89,4%)	22 (88%)
Nystatine	6 (75%)	4 (11,6%)	3 (12%)
Autres	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Total	8 (100%)	38 (100%)	25 (100%)

La prescription d'antimycosiques par voie locale était de :

33,7% en 2001, 3,7% en 2002 et de 5% en 2003 pour la terbinafine ;

13,3% en 2001, 75,9% en 2002 et de 76,6% en 2003 pour les imidazolés

(p 2001-2002<10-7, p2001-2003<10-7). Le tableau XIII précise cette répartition.

**Tableau XIII : Répartition des prescriptions d'antimycosiques locaux selon l'année**

Classe d'antimycosiques locaux	Année		
	2001= une année avant formation	2002= une année après formation	2003= deux années après la formation
Autres	5 (11,1%)	0 (0%)	1 (1,6%)
Fungizone	8 (17,7%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Imidazolés</b>	<b>6 (13,3%)</b>	<b>41 (75,9%)</b>	<b>46 (76,6%)</b>
Kétoconazole	4 (8,8%)	1 (1,8%)	0 (0%)
Nystatine	5 (11,1%)	10 (18,5%)	10 (16,6%)
Terbinafine	17 (37,7%)	2 (3,7%)	3 (5%)
<b>Total</b>	<b>45 (100%)</b>	<b>54 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>

En ce qui concerne les traitements corrects, nous avons noté 88,1% en 2001, 98,6% en 2002 et 97,4% en 2003 (tableau XIV).

**Tableau XIV: Répartition des bons traitements selon l'année**

Traitement correct	Année		
	2001= une année avant formation	2002= une année après formation	2003= deux années après la formation
<b>Oui</b>	<b>589 (88,1)</b>	<b>867 (98,6)</b>	<b>787 (97,4)</b>
Non	79 (19,9)	12 (1,3)	21 (12,6)
<b>Total</b>	<b>668</b>	<b>879</b>	<b>808</b>

Les patients ayant reçu à la fois un diagnostic clair et un traitement correct étaient de 87,8% en 2001, 98% en 2002 et de 96,5% en 2003 (tableau XV).

**Tableau XV : Répartition des patients bien diagnostiqués et bien traités selon l'année**

Diagnostic clair	Traitement correct					
	2001= une année avant formation		2002= une année après formation		2003= deux années après la formation	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Oui	<b>587</b> <b>(87,8%)</b>	78 (11,6%)	<b>862</b> <b>(98,0%)</b>	12 (0,1%)	<b>780</b> <b>(96,5%)</b>	21
Non	1 (0%)	2 (0%)	5 (0,1%)	0 (0%)	7 (2,5%)	0 (0%)
<b>Total</b>	<b>588</b>	<b>80</b>	<b>867</b>	<b>12</b>	<b>787</b>	<b>21</b>

La prescription de molécules contre indiquées était de 1,9% en 2001, 0,5% en 2002 et de 0,3% en 2003 ( $p_{2001-2003}=0,003$ ,  $p_{2001-2002}=0,01$ ,  $p_{2002-2003}=0,55$ ).

Voir tableau XVI

**Tableau XVI : Répartition des consultants selon la prescription de composés contre indiqués par année**

Contre indiqué	Année		
	2001= une année avant formation	2002= une année après formation	2003= deux années après la formation
Oui	13 (1,9%)	5 (0,5%)	3 (0,3%)
Non	658 (98%)	876 (99,5%)	806 (99,7%)
Total	671 (100%)	881 (100%)	809 (100%)

La prescription d'anti-inflammatoires était de 18,2% en 2001, de 4,7% en 2002 et de 7,4% en 2003 (tableau XVII).

**Tableau XVII : répartition des prescriptions d'anti-inflammatoires par phase**

Anti-inflammatoire	Phase		
	2001= une année avant formation	2002= une année après formation	2003= deux années après la formation
Oui	208 (18,2%)	49 (4,7%)	73 (7,4%)
Non	933 (81,8%)	990 (95,3%)	912 (92,6%)
Total	1141 (100%)	1039 (100%)	985 (100%)

Le coût moyen des ordonnances en franc CFA était de :

- pour les médecins de 4351,6 en 2001, 1618,2 en 2002 et 1607,3 en 2003

- pour les infirmiers de 3995,6 en 2001, 2077,4 en 2002 et 2017,5 en 2003

(tableau XVIII).

**Tableau XVIII : Répartition du coût moyen par ordonnance et par année selon le type de prescripteur**

Coût moyen	Phase		
	2001= une année avant formation	2002= une année après formation	2003= deux années après la formation
<b>Médecin</b>	<b>4351,6</b>	<b>1618,2 (-62,8%)</b>	<b>1607,3 (-63,0%)</b>
Infirmier	3995,6	2077,4 (-47,9%)	2017,5 (-49,50%)
Total	8347,2	3695,6 (-55,7%)	3624,8 (-56,5%)

Le nombre de patients référés était de 7 en 2001, 15 en 2002 et 18 en 2003. Le tableau XIX précise cette répartition.

**Tableau XIX : Répartition de l'échantillon en fonction des malades référés par phase**

Référé	Phase		
	2001= une année avant formation	2002= une année après formation	2003= deux années après la formation
<b>Oui</b>	<b>7 (0,6%)</b>	<b>15 (1,4%)</b>	<b>18 (1,8%)</b>
Non	1134 (99,4%)	1024 (98,6%)	967 (98,2%)
Total	1141	1039	985

# V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Nous avons réalisé une étude rétrospective visant à évaluer l'impact du projet pilote de lutte contre les maladies de peau courantes dans la commune IV du district de Bamako. Nos résultats vont dans le sens des travaux rapportés par Mahé et coll dans les six communes de Bamako et le cercle de Kangaba, qui avaient également montré un impact positif sur la prise en charge de certaines dermatoses courantes [26].

Nous avons utilisé, les mêmes approches méthodologiques que cette étude et parvenus aux mêmes résultats. Nous avons eu d'énormes difficultés notamment dans la collecte des données de registres liés au fait que notre étude a été réalisée longtemps après la fin de l'intervention.

La présence du centre de santé de référence dermatologique du CNAM pourrait constituer un biais majeur. On peut penser que de nombreux patients notamment proches du CNAM consulteraient dans ce centre.

Les changements notés dans la prise en charge des dermatoses cibles montrent que le projet pilote a eu un impact positif sur les compétences dermatologiques des agents de santé.

Les soins de la peau sont l'un des motifs les plus fréquents de consultation pédiatrique courante. En effet entre 6% à 24% des patients vus dans les centres de santé primaire présentent des problèmes cutanés [27]. Dans notre étude, les dermatoses représentaient 10,22% des consultations générales. Cette prévalence se rapproche à celle obtenue par l'étude de Mahé et coll 10% [26]. Contrairement à notre étude, A. Traoré et coll ont obtenu une fréquence estimée à 26,1% de l'ensemble des consultations en milieu rural [28].

Une prédominance féminine avec 53,9% des cas a été observée. Ce constat a été également observé dans l'étude réalisée par le projet pilote de lutte contre les MDP ou le sexe féminin représentait 52,2% [26]. D'autres études ont retrouvé

une prédominance masculine. Ces différences s'expliquent essentiellement par des raisons méthodologiques :

- population consultant dans les centres spécialisés [29]
- recueil des données pédiatriques uniquement [28].

Plus de la moitié des patients (70,80%) avaient un âge inférieur à 15ans. Ces résultats se rapprochent à ceux de Tchangai-Walla au Togo [30] qui avait observé 89,42% de nourrissons et de grands enfants.

En ce qui concerne les prescriptions, il y'avait 52,4% de consultations effectuées par des médecins, 47,6% par des infirmiers. Ce qui va dans le même sens que l'étude de Mahé et coll [26].

Notre étude nous a permis de constater que, les MDP sont fréquentes pendant les mois de mai et juin avec des fréquences respectives de 12,7% et 10,1%. Cela pourrait s'expliquer par la forte chaleur et l'hivernage qui entraînent une recrudescence de beaucoup de dermatoses, par la présence des insectes et la pullulation des mouches.

Une grande amélioration a été notée dans la qualité des diagnostics formulés, les traitements et leur coût. Ce constat était semblable à l'étude de Mahé et coll [26], ce qui montre encore l'impact positif de la formation.

Les prescriptions contenant, une bi ou triple antibiothérapie, les composés superflus ou contre indiqués ont également baissé de façon spectaculaire. Ce constat expliquerait d'avantage l'impact positif de la formation.

En ce qui concerne la lèpre, nous n'avions pas noté de suspicion parmi les malades référés. Contrairement aux travaux précédents 5 cas de lèpre ont été confirmés sur 14 malades référés. A notre avis ces faits s'expliquent par la présence du CNAM dans la commune, de nombreux patients préfèrent directement s'adresser au service de dermatologie du CNAM.

# VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

## **CONCLUSION**

Dans le district sanitaire de la commune IV, la formation a eu un impact positif sur la prise des MDP courantes. Cet impact s'explique par l'amélioration de :

- la qualité du diagnostic
- la diminution de la prescription de médicaments superflus
- la proportion importante de médicaments génériques prescrits
- réduction du coût moyen des ordonnances

L'impact sur le dépistage de la lèpre était négligeable.

## **RECOMMANDATIONS**

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adresse essentiellement :

### **Au Ministère de la Santé :**

- Adopter des algorithmes spécifiques sur la dermatologie en vue de favoriser la prise en charge de ces MDP courantes en périphérie par le personnel non spécialisé.
- Promouvoir la formation en cours d'emploi du personnel impliqué dans la prise en charge de ces dermatoses.
- Rendre accessible le manuel de prise en charge des MDP courantes à tous les agents non qualifiés en dermatologie.
- Intégrer les modules de formation dermatologique dans le curricula des écoles de santé relevant du dit ministère.

# VII- REFERENCES

**1. MAHE A. CISSE IA. FAYE O. THIAM H & NIAMBA P.**

Skin disease in Bamako (Mali). *Int J Dermatol.* 1998, 37, 673-676.

**2. ANON.**

Skin disease and public health medicine. *lancet*, 1991, i, 1008-1009.

**3. TAIEB A. MAHE A & PYAN TJ.**

Eigh<sup>th</sup> international congress of pediatric dermatology, Paris, 20<sup>th</sup> May 1998. *Int J Dermatol* 1993, 38, 941-944.

**4. VERHAGEN ARHB. KOTEN JW. CHADAH VK & PATEL RI.**

Skin diseases in kenya. *Arch Dermatol*, 1968, 98, 577-586.

**5. KRISTENSEN JK.**

Scabies and pyoderma in lilongwe, Malawi. Prevalence and seasonal fluctuation. *Int J Dermatol*, 1991, 30, 699-702.

**6. BELCHER DW. AFOAWA SN. OSEI-TUTU E. WURAPA FK & OSEI L.**

Endemic pyoderma in ghana : a suvey in rural villages. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 1977, 71, 204-209.

**7. BADAME AJ.**

Incidence of Skin diseases in rural Jamaïca. *Int J Dermatol*, 1998, 27, 109-111.

**8. MAHE A. THIAM N'DIAYE H & BOBIN P.**

The proportion of medical consultations motivated by skin diseases in the health centers of Bamako (Republic of Mali). *Int J Dermatol* 1997, 36, 185-186.

**9. MAHE A. PRUAL A. KONATE M & BOBIN P.**

Skin diseases of children in Mali: a public health problem. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 1995, 89, 467-470.

**10. CARAPETIS JR. CONNORS C. YARMIRR D. KRAUSE V & CURRIE BJ.**

Succes of scabies control program in an Australian Aboriginal community. *Pediatr Infect Dis*, 1997, 16, 494-499.

**11. TAPLIN D. PORCELAIN SL. MEINKING TL. ATHEV RL. CHEN JA et al.**

Community control of scabies : a model based on use of permethrin cream. Lancet, 1991, 337, 1016-1018.

**12. HERSCH C.**

Acute glomerulonephritis due to skin diseases, with special reference to scabies. S Afr Med J, 1967, 41, 29-34.

**13. POON KING T. MOHAMMED I. COX R. POTTER EV. SIMON NM et al.**

Recurrent epidemic nephritis in south Trinidad. N Engl J med, 1967, **277**, 728-733.

**14. SVARTMAN M. POTTER V. FINKLEA JF. POON-KING T & EARLE DP.**

Epidemic scabies and acute glomerulonephritis in Trinidad . Lancet, 1972, **i**, 249-251.

**15. MARKOWITZ M. BRUTON HD. KUTTNER AG & CLUFF LE.**

The bacterologic findings, streptococcal immune response, and renal complications in children with impetigo. Pediatrics 1965, 35, 349-404.

**16. MASAWA AEJ. NSANZUMUHIRE H & MHALU F.**

Bacterial skin infections in preschool and school children in coastal Tanzania. Arch dermatol, 1975, 111, 1312-1316.

**17. SUITE M.**

Cutaneous infection in Trinidad. Int J Dermatol 1990, 29, 31 -34.

**18. VERMA BL & SRIVASTAVA RN.**

Measurement of the personal cost of illness due to some major water-related diseases in an Indian rural population. Int J Epidemiol, 1990, 19, 169-176.

**19. HAY RJ. ESTRADA CANON R. ALARCON HERNADEZ H. CHAVEZ LOPEZ G. LOPEZ FUENTES LF et al.**

Wastage of family income on skin disease in Mexico. Br Med J, 1994, **309**- 848.

**20. TAPLIN D. LANSDELL L. ALLEN A. RODRIQUEZ & CORETS A.**  
Prevalence of streptococcal pyoderma in relation to climate and hygiene. Lancet, 1973, i, 501-503.

**21. VERWEIJ PE. VAN EGMOND M. BAC DJ VAN DER SCHROEFF JG & MOUTON RP.**

Hygiene, skin infections and types of water supply in venda, South Africa. Trans R soc Trop Med Hyg, 1991, 85, 681-684.

**22. WHITE GF. BRADLEY DJ & WHITE AU.**

Drawers of water: domestic water use in Africa. Chicago: Chicago University Press, 1972, 306.

**23. WHITE GF. BRADLEY DJ & WHITE AU.**

Drawers of water domestic use Africa. Chicago: Chicago University Press 1972, 306.

**24. WHITTLE HC. ABDULLAYE MT. FAKUNLE F. PARRY EHO & RAJKOVIC AD.**

Scabies, pyoderma and nephritis in Zaria, Nigeria. Trans R Soc Trop Med Hyg, 1973, 67, 349-363.

**25. ABIMELEC Philippe,**

Teigne, in Maladie de peau, <http://WWW.abimelec.com/teigne.htm>, le 28\02\2008.

**26. MAHE A. O FAYE.**

Rapport final du projet pilote de lutte contre les maladies de peau dans la région de Bamako, Mali. 2004 : 68.

**27. AUJARD Y. BOURILLON A. GAUDELUS J.**

Pédiatrie, Bruxelles, Edition Ellipses. 1989 :205.

**28. TRAORE A. KOUETA F. SANOU I. KAM KL. DAO L. BARRO F ET AL.**

Dermatose courante dans un service de dermatologie en milieu tropicale Ouaga (Burkina Fasso). 1990 : 21.

**29. KEITA A.**

Evolution quinquennale des motifs de consultation dermatologique au CNAM. thèse med. Bamako, 2008 N°299.

**30. TCHANGAI-WALLA K. PITCHE P. ABREGE A. BAKONDE B.**

Les motifs de consultation des enfants en dermatologie à Lomé (Togo). Med Afr Noir 1995,42 :391-2.

# ANNEXES

## **ANNEXE 1**

### **FICHE SIGNALITIQUE**

**Nom :** SIMPARA  
**Prénom :** Daouda  
**Nationalité :** Malienne

**Titre de thèse :** Etude de l'impact d'une formation dermatologique de courte durée sur la prise en charge des maladies de peau en commune IV, Bamako (Mali).

**Année universitaire :** 2007-2008

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays de soutenance :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako (Mali).

**Secteurs d'intérêt :** Santé publique et dermatologie.

### **RESUME**

Les maladies de peau courantes constituent un motif fréquent de consultation dans les structures sanitaires des pays en voie de développement

Notre travail était une étude rétrospective visant à évaluer l'impact d'une formation de courte durée sur la prise en charge de ces MDP dans le district sanitaire de la commune IV (Bamako), de 2001 à 2003.

Ce travail nous a permis d'évaluer l'impact de la formation sur données les suivantes : qualité du diagnostic, et de la prise charge thérapeutique.

L'étude a concerné 3165 patients atteints de maladie de peau.

Dans cette étude, il ressort que les deux sexes ont été concernés par les MDP avec une prédominance du sexe féminin (53,9%) par rapport au sexe masculin (46,1%).

---

*Etude de l'impact d'une formation de courte durée sur la prise en charge des maladies de peau en commune IV, Bamako (Mali).*

Les patients de moins de 15 ans étaient les plus représentés avec 70,80% des cas et les MDP représentaient 10,22% de l'ensemble des consultations médicales.

Concernant la PEC, nous avons noté une amélioration significative pour les paramètres suivants en 2002 et 2003 par rapport à 2001 :

- qualité diagnostique ;
- adéquation du traitement au diagnostic posé ;
- proportion de médicaments superflus prescrits ;
- proportion de médicaments génériques prescrits ;
- coût moyen des ordonnances

Ce constat confirme l'impact positif qu'a eu la formation sur la pratique des agents formés.

**Mots clés** : dermatologie, MDP

## ANNEXE 2

### FICHE D'ENQUETE

Zone : Bamako

Code centre : 1=Asacodjip 2= Asacosek 3=Asacola I  
4= Asacodjeneca 5=Asacola II

Type de centre : 1 = Cskom 2 = Csref

Code registre : 1= Médecin 2= Infirmier

Type de prescripteur : 1= médecin 2= Infirmier

Phase : 1= 2001 2=2002 3= 2003

Mois : .....

Sexe : F=féminin M=masculin

Age : ...

Terminologie : .....

Code standardisé : .....

Trait1 : Antiseptique

Trait2 : Antibiotique local

Trait3 : Antibiotique oraux

Trait4 : Scabicide

Trait5 : Antimycosique local

Trait6 : Antimycosique oraux

Trait7 : Corticoïde local

Trait8 : Antihistaminique

Trait9 : Autres médicaments

Antiseptique : Oui : Non : Si oui :

Classe d'antiseptique1 :

Classe d'antiseptique2 :

Antibiotique local : Oui : Non : Si oui :

Classe antibiotique local :

V25 :

Antibiotique oral : Oui : Non : Si oui :

Classe1 :

Classe2 :

Classe3 :

Classe4 :

Scabicide local : Oui : Non : Si oui

Classe anti-scabicide local : .....

Scabicide linge : Oui : Non :

Antimycosique local : Oui Non : Si oui

Classe d'antimycosique local : .....

Antimycosique général : Oui : Non : Si oui :

Classe d'antimycosique :.....  
Stéroïde local : Oui Non Si oui :  
AntiH2 général : Oui : non :  
AntiH2 local : oui : non :  
Antiinflammatoire : oui : non :  
  
Autre : oui non  
Nombre de médicament :  
Proportion en générique : %  
Adéquation diagnostique :  
Superflu : oui : non:  
Nombre de superflu :  
Contre indiqué : oui : non :  
Coût du Traitement : FCFA  
Référé : oui : non :

### **ANNEXE 3**

#### **LISTE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS DERMATOLOGIQUES**

Liste Principale :

Permanganate de potassium

Polyvidone iodée

Erythromycine cp et sirop

Benzoate de benzyl

Griséofulvine cp

Miconazole pomade

Pommade tétracycline 3%

Liste Annexe :

Oxacilline - Cloxacilline

Cotrimoxazole

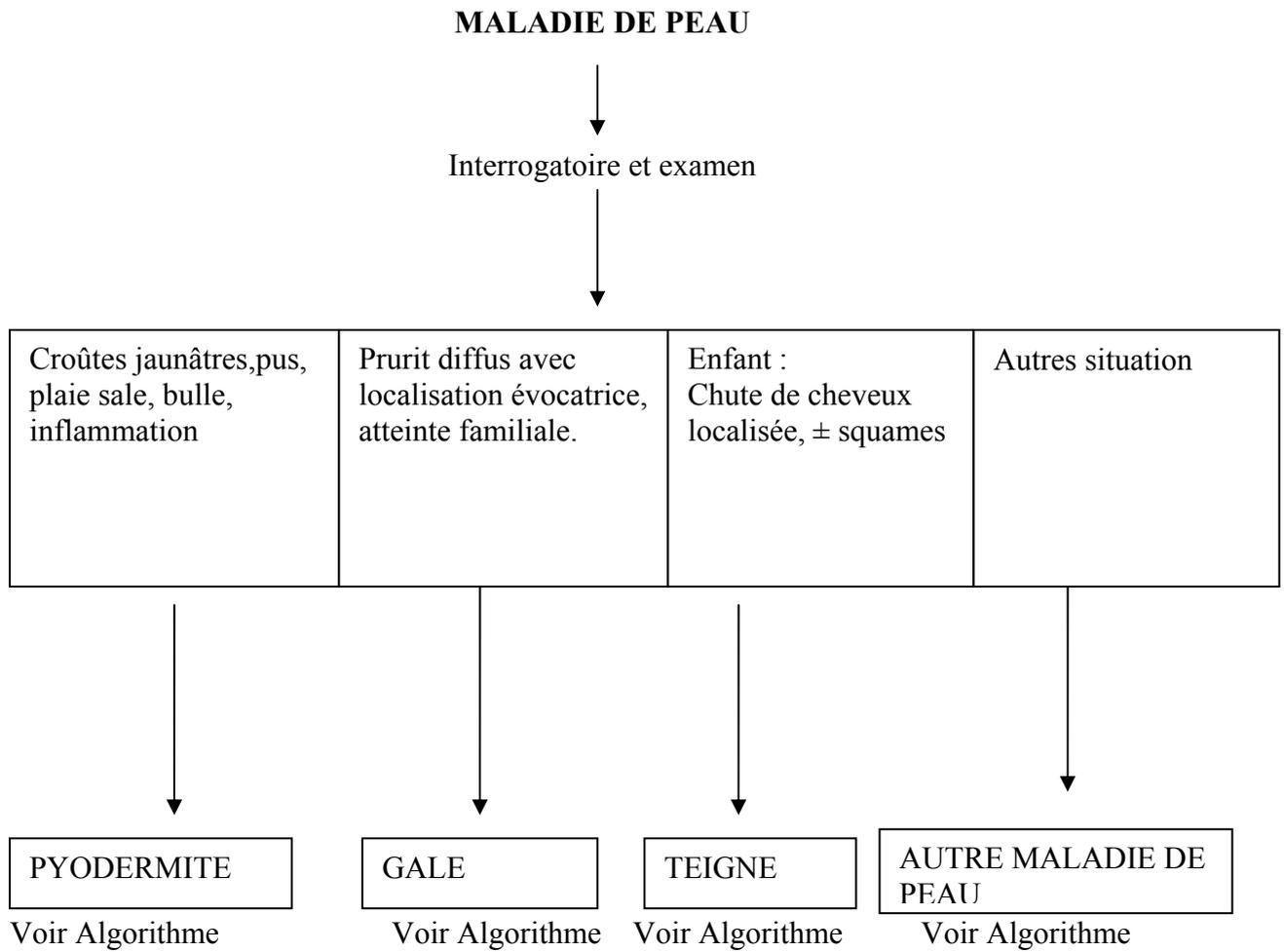
Violet de gentiane 1%

Vaseline

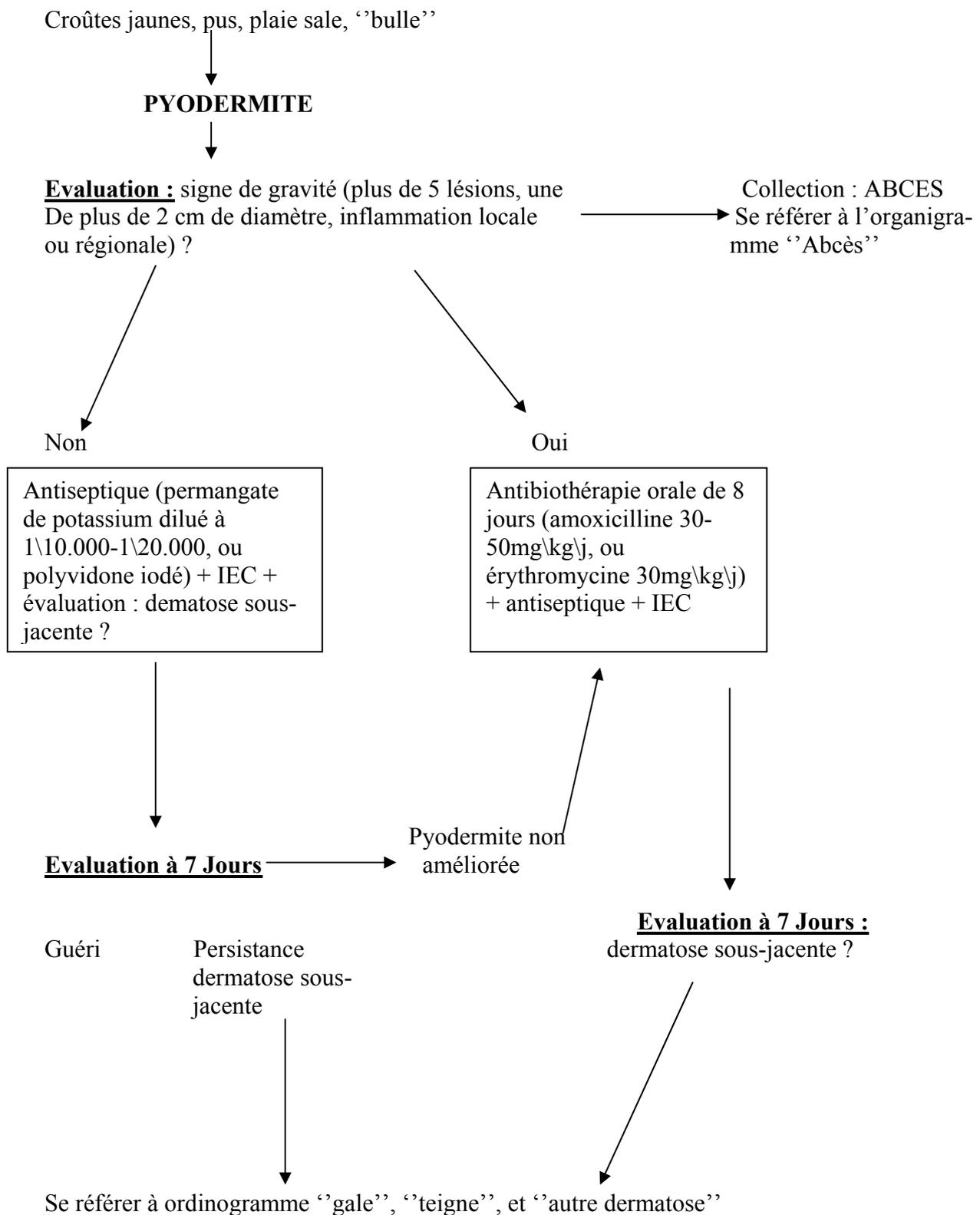
Pomade à l'oxyde de zinc

## ANNEXE 4

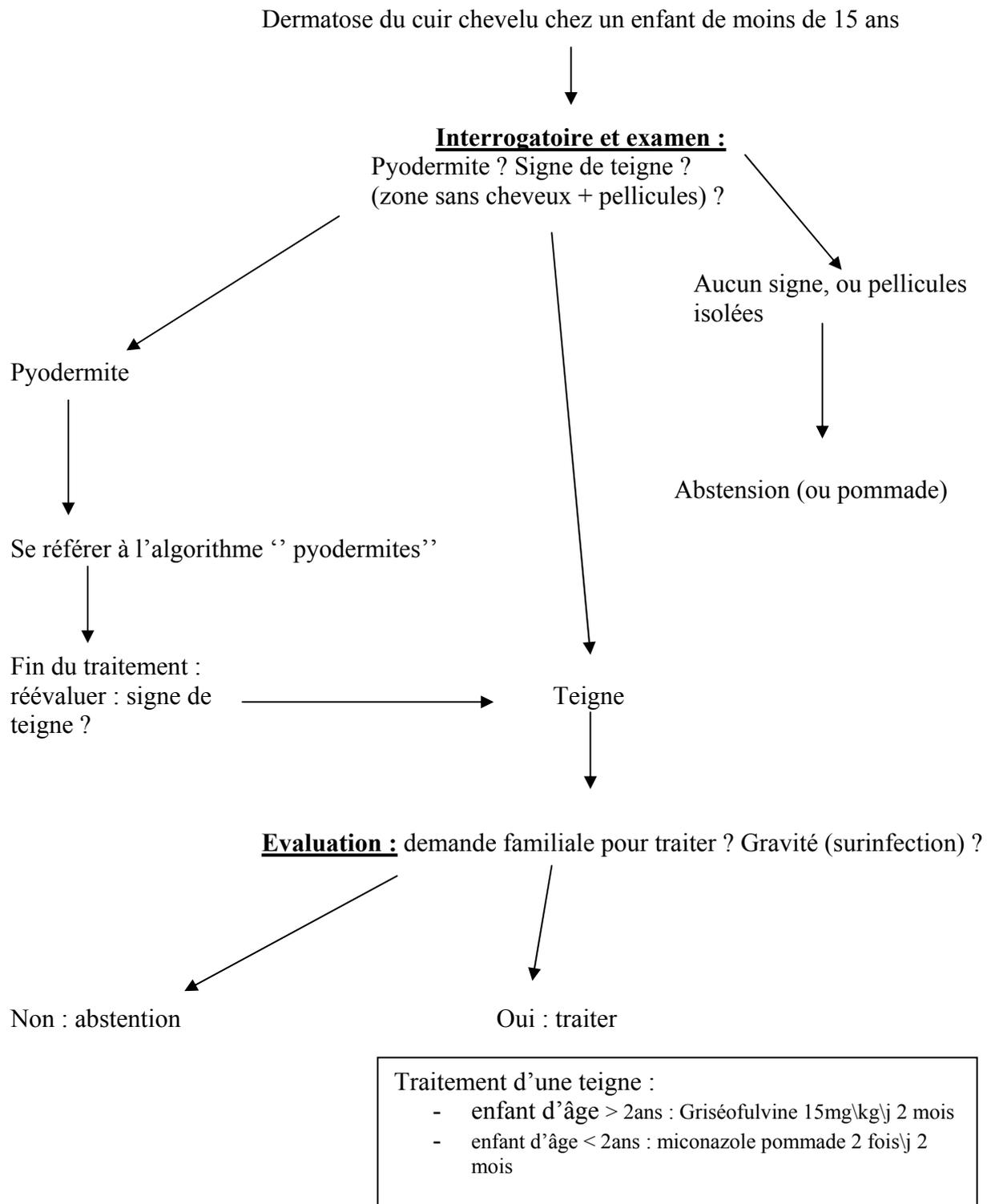
### ALGORITHME POUR PRISE EN CHARGE DES MDP



**Algorithme "pyodermite" :**



**Algorithme "teigne du cuir chevelu" :**



**Algorithme "gale" :**

Prurit diffus avec lésions visibles



**Interrogatoire et examen :**

2 des sites caractéristiques de la gale ? Autre(s) membre(s) de la Famille atteint(s) ? si l'un ou l'autre de ces critères :

**GALE**



**Evolution :**

Surinfection sévère (comme défini dans l'algorithme "pyodermite") ?

Non



Traitement d'un cas de gale :  
Benzoate de benzyle à 10% ou  
Ascabiol sur tout le corps pendant 24  
heures pour toute la famille proche  
+IEC

Oui



Traitement d'une pyodermite sévère  
(amoxicilline ou érythromycine per os)



7 jours plus tard : traitement d'un cas de gale



**Evaluer :** à 7 jours : guéri, ou  
Franche amélioration ?

Oui

S'assurer du traitement des autres  
Membres de la famille proche

Non : retraiter



Evaluer à 7 jours :  
si pas guéri, **REFERER**



## **SERMENT D'HYPOCRATE**

**En présence des Maîtres** de cette faculté, de mes chers **condisciples**, devant **l'effigie d'Hippocrate**, **je promets et je jure**, au nom de **l'Être Suprême**, d'être **fidèle** aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

**Je donnerai mes soins gratuits** à l'indigent **et n'exigerai jamais** un salaire au dessus de mon travail.

**Je ne participerai à aucun** partage clandestin d'honoraires.

**Admis à l'intérieur** des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

**Je ne permettrai pas** que des considérations de religions, de nations, de races, de partie ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

**Je garderai le respect absolu** de la vie humaine dès la conception.

**Même sous la menace**, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

**Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres**, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

**Que les hommes m'accordent** leurs estime si je suis fidèle à mes promesses !

**Que je sois couvert d'opprobre** et méprisé de mes confrères si j'y manque !

**Je jure !**

