



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2023

Thèse N° 08

Prévalence des dermatoses en médecine générale dans le secteur libéral à Safi

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30 /01 /2023

PAR

Mr. **BELKZIZ Omar**

Né Le 25 Mars 1996 à Safi

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Prévalence-Médecine générale-Secteur libéral- Profil épidémioclinique-Dermatoses.

JURY

Mr.	M. AMINE	PRESIDENT
	Professeur d'Epidémiologie-clinique	
Mr.	S. AMAL	RAPPORTEUR
	Professeur de Dermatologie	
Mme.	O. HOCAR	} JUGES
	Professeur de Dermatologie	
Mme.	L. ADARMOUCH	
	Professeur agrégée de Médecine Communautaire	



﴿رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ
وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي
بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ﴾





Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948

A decorative frame composed of black, stylized floral and scrollwork elements. The frame is rectangular with rounded corners and features intricate, symmetrical designs on all four sides, including swirling lines and leaf-like shapes.

*LISTE DES
PROFESSEURES*

**UNIVERSITE CADI AYYAD FACULTE
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH**

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

doyen chargé de la pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillofaciale	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ADALI Imane	Psychiatrie	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KAMILI El Ouafi El Aoun	Chirurgie pédiatrique
ALJ Soumaya	Radiologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMAL Said	Dermatologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale

BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUFID Kamal	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	OUBAHA Sofia	Physiologie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	QAMOUISS Youssef	Anesthésie- réanimation
DAHAMI Zakaria	Urologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillofaciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie

EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie- embryologie cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto- rhino- laryngologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	RHARRASSI Isam	Anatomie- pathologique
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
CHRAA Mohamed	Physiologie	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation

EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie
Hammoune Nabil	Radiologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
ABDELFTTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio-organique		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	PédoPsychiatrie	ELJAMILI Mohammed	Cardiologie
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	FASSI Fihri Mohamed jawad	Chirurgie générale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	GEBRATI Lhoucine	Chimie physique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAJJI Fouad	Urologie
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AMINE Abdellah	cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	IDALENE Malika	Maladies infectieuses
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	JALLAL Hamid	Cardiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chir maxillo faciale	KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation
AZIZI Mounia	Néphrologie	LACHHAB Zineb	Pharmacognosie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAMRANI HANCI Asmae	Microbiologie-virologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELLASRI Salah	Radiologie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILLOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie

BENCHAFAI Ilias	Oto- rhino- laryngologie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENYASS Youssef	Traumatologie- orthopédie	MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie
BENZALIM Meriam	Radiologie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	RAGGABI Amine	Neurologie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
CHETTATI Mariam	Néphrologie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	SAYAGH Sanae	Hématologie
DOULHOUSNE Hassan	Radiologie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SBAI Asma	Informatique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordinationbio- organique	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SLIOUI Badr	Radiologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	WARDA Karima	Microbiologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
EL KHAOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique
ELATIQI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	ZOUIA Btissam	Radiologie

Liste arrêtée le 26/09/2022



DEDICACES

Je Dédie cette thèse...



*A Allah, Tout puissant
Qui m'a inspiré et m'a guidé vers le bon chemin
Je vous dois ce que je suis devenu
Louanges et remerciements pour votre clémence et
votre miséricorde.*

A ma très chère mère Ilham BELAYATE

*Mon exemple éternel, mon soutien moral et source de joie et de bonheur, celle qui s'est toujours sacrifiée pour me voire réussir.
Puisse Dieu, le tout puissant, te protéger et t'accorder meilleure santé et longue vie, afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.*

A mon cher père Rachid BELKZIZ

*Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que tu as consentis pour mon instruction et mon bien être.
Je me rappelle de tous les moments où tu m'as poussé à travailler et à réussir.
MAMAN, PAPA, je vous aime*

" و قل رب ارحمهما كما ربياني صغيرا "

A mes chers frères Mouad, Saad, Mohammed Taaha et son épouse

Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous. Pour votre aide et votre soutien moral. Pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et des liens de sang qui nous unissent. Puisse Allah, nous garder, à jamais, unis et entourés de tendresse, joie et prospérité.

A mon Mon épouse Khadija BENKHADDA

*Quand je t'ai connu, j'ai trouvé l'a femme de ma vie et mon âme sœur.
Sans ton soutien, ta gentillesse, ton profond attachement, tes conseils, ton aide et tes encouragements ce travail n'aurait vu le jour.
Que Dieu réunisse nos chemins pour un long commun serein. J'aurai bien que tu trouves dans ce travail l'expression de mes sentiments de reconnaissance les plus sincères.*

A mes grands-parents maternels

Pour tout amour et soutien inconditionnels que vous m'avez donnés tout au long de ma vie. Cette thèse est dédiée à vous en reconnaissance de votre influence dans ma réussite académique et personnelle.

A la mémoire de mes grands-parents paternels

*Le destin ne nous a pas laissé le temps pour jouir ce bonheur ensemble et de vous exprimer tout mon respect.
Puisse Dieu tout puissant vous accorder sa clémence, sa miséricorde et vous accueille dans son saint paradis.*

A tous mes oncles, mes tantes, mes cousins et mes cousines, A Houda, Hajar et Hiba

Pour votre amour et votre soutien indéfectibles tout au long de mon parcours. Je vous dédie cette thèse en reconnaissance de votre rôle crucial dans ma vie. Merci d'avoir été là pour moi dans les bons et les mauvais moments.

A toute la famille BELKZIZ, la famille BELAYATE, la famille BENKHADDA
Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon affection, mon respect et ma reconnaissance. Qu'Allah vous donne santé et longue vie.

A mes chers amis Youssouf MOUDNI, Salah Eddine MOUTAOUAKIL, Abdelkadir GHAMMAZ, Brahim OULKAID, Hatim BAZHAR, Othmane MOUTAOUAKIL, Soufiane ELOTMANI, Abderrahmane ELHASSANI, Mohammed LAHMADI, Mohammed Amine BENZAOUIA, Salah Eddine BENMOUMEN

En souvenir de notre sincère et profonde amitié et des moments agréables que nous avons passés ensemble. Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

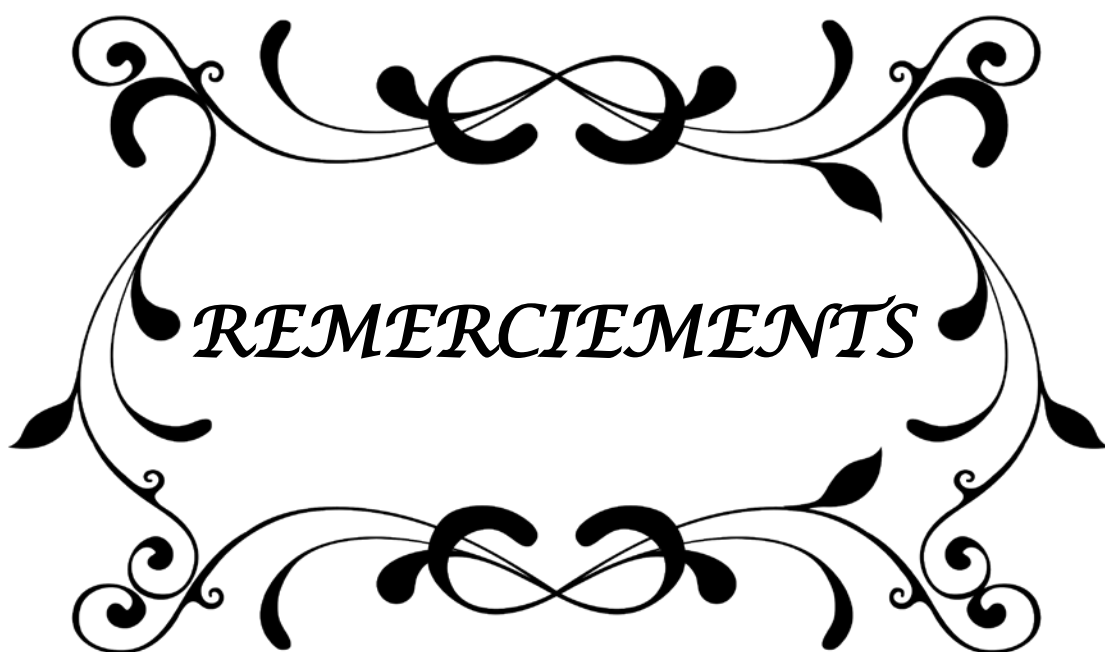
A mon cher Dr Atmane ZAROUAL, Dr Lakbir ABIDINE, Dr Abdellatif ZARDAKHANE, Dr Rachid IKHLEQ, Abdelkader SMIMITE

J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondé en moi et je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle pour votre précieuse aide durant mon parcours.

Merci infiniment.

A tous ceux qui comptent beaucoup pour moi et que j'ai omis involontairement de citer

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon respect, amour et reconnaissance.



À notre maître et président de thèse

Monsieur le Professeur MOHAMED AMINE

Je vous remercie de la spontanéité et de la simplicité avec lesquelles vous avez accepté de présider ce jury de thèse. Je garderai de vous l'image d'un maître dévoué et serviable. Je vous remercie de la confiance que vous avez bien voulu m'accorder. J'ai eu la chance de compter parmi vos étudiants et de profiter de l'étendue de votre savoir. Vos remarquables qualités humaines et professionnelles ont toujours suscité ma profonde admiration.

Je vous prie d'accepter le témoignage de ma reconnaissance et l'assurance de mes sentiments respectueux. Veuillez considérer ce modeste travail comme expression de notre reconnaissance.

À notre maître et rapporteur de thèse

Monsieur le Professeur SAID AMAL

Les mots ne suffisent pas pour exprimer ce que je vous dois. Je suis très touché par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me confier ce travail. Vous m'avez ébloui par votre sérieux, votre sympathie, votre modestie, votre honnêteté, et toutes vos qualités humaines, professionnelles jointes à votre compétence et votre dévouement pour votre profession, qui seront pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de cette honorable mission. Je vous remercie également pour votre générosité, vos commentaires pertinents, votre soutien constant tout au long de la réalisation de ce travail, votre bonne humeur et votre disponibilité.

Ce fut très agréable de travailler avec vous pendant cette période. Veuillez accepter, cher professeur, l'assurance de mon estime et de mon profond respect.

À notre maître et juge de thèse

Madame la Professeur OUAFA HOCAR

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre prestigieux jury de thèse. Vous représentez pour nous l'exemple du professeur aux grandes qualités humaines et professionnelles. Votre compétence et votre dévouement sont pour nous un exemple à suivre dans l'exercice de la profession médicale.

Veillez croire, chère Maître, à l'expression de notre sincère reconnaissance et notre grand respect.

À notre maître et juge de thèse

Madame la Professeur LATIFA ADARMOUCH

Je suis particulièrement touché par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail. Qu'il nous soit permis de témoigner à travers ces quelques lignes notre admiration à la valeur de votre compétence, votre rigueur ainsi que votre gentillesse, votre sympathie et votre dynamisme. Que ce travail soit une occasion de vous exprimer notre gratitude, de respect et d'admiration les plus sincères.

A decorative border composed of black, stylized floral and scrollwork elements. The border is rectangular with rounded corners and features intricate, symmetrical designs of leaves and scrolls. The word "ABBREVIATIONS" is centered within this border.

ABBREVIATIONS

Liste des abréviations

- CBC** : cancer basocellulaire
- HTA** : hypertension artérielle
- IST** : infection sexuellement transmissible
- MC** : molluscum contagiosum
- MCV** : molluscum contagiosum virus
- ONGs** : organisations non gouvernementales
- RAA** : rhumatisme articulaire aigue
- VIH** : virus de l'immunodéficience humaine
- VZV** : virus varicelle-zona



INTRODUCTION	1
PATIENTS ET METHODES	3
I. Type d'étude :.....	4
II. Zone d'étude :.....	4
III. Population d'étude :.....	5
IV. Démographie médicale de Safi:.....	5
V. Échantillonnage :.....	5
VI. Le recueil et l'analyse des données :.....	5
1. Le questionnaire :.....	5
2. La démarche :.....	6
3. Analyse statistique :.....	6
4. Considérations éthiques :.....	6
RESULTATS	7
I. Données démographiques des médecins.....	8
1. Le sexe :.....	8
2. L'âge :.....	8
3. L'ancienneté :.....	8
4. Ville de formation :.....	8
II. Description générale de l'échantillon.....	9
1. Données démographiques :.....	9
2. L'âge :.....	9
3. Le sexe:.....	10
4. Les motifs de consultation :.....	10
III. Description des cas de dermatoses :.....	12
1. L'âge:.....	12
2. Le sexe:.....	13
3. Les signes fonctionnels.....	14
4. Le mode d'installation :.....	14
5. Le diagnostic clinique:.....	15
IV. Iconographie:.....	19
DISCUSSION	29
I. La fréquence des maladies dermatologiques en pratique de la médecine de famille.....	30
II. Données démographiques des patients consultants pour une dermatose:.....	31
III. Répartition des maladies dermatologiques:.....	33
1. Les dermatoses infectieuses:.....	33
2. Les dermatoses immuno-allergiques:.....	38
3. les vulvo-vaginites :.....	39
4. Prurit isolé :.....	41
5. La pathologie annexielle:.....	42
6. Les dermatoses inflammatoires :.....	43

7.Dermatoses vasculaires:.....	44
8.Dermatoses tumorales:.....	45
IV. Adaptation du cursus de l'enseignement de la dermatologie aux consultations de médecine de famille:.....	46
1.Cursus d'enseignement de la dermatologie en faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech:.....	46
2.Recommandations:.....	54
CONCLUSION	55
ANNEXES	57
RESUMES	60
BIBLIOGRAPHIE	64

A decorative floral frame with intricate scrollwork and leaves, surrounding the word 'INTRODUCTION'.

INTRODUCTION

La dermatologie est une discipline médicale riche comprenant des pathologies très variées dont certaines sont très fréquentes notamment les dermatoses infectieuses, d'autres sont très rares comme les gnodermatoses.

Certaines affections dermatologiques : les infections sexuellement transmissibles, les dermatoses infectieuses, et les cancers cutanés constituent un problème de santé mondiale. [1], [2]

La place de la dermatologie est primordiale dans la formation du médecin de famille. La prévalence des affections dermatologiques dans la pratique du médecin généraliste dans le secteur public est de 11,6%. [3]

Le médecin généraliste dans le secteur privé joue un rôle important dans le système de santé au Maroc. Il est amené à prendre en charge des pathologies variées dont les affections dermatologiques.

L'objectif de notre étude est d'établir les motifs de consultation et de déterminer la prévalence des affections dermatologiques en pratique libérale chez les médecins généralistes exerçants à Safi.

Après l'analyse des résultats de notre étude, nous proposons des actions visant à :

- ❖ Mener une formation médicale continue en parfaite adéquation avec les besoins de santé de la population de référence.
- ❖ Investir sur le partenariat public-privé afin d'optimiser les ressources pour bien répondre aux besoins de la population.
- ❖ Adapter le curriculum d'enseignement aux besoins de santé de la population de référence pour une prise en charge optimale.

A decorative floral frame with intricate scrollwork and leaf patterns, surrounding the central text.

*PATIENS
ET
METHODES*

I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique, réalisée durant 2 mois (avril et mai 2022) chez une population de tout âge consultant en médecine générale dans le secteur libéral à la ville de Safi.

II. Zone d'étude :

La ville de Safi:

La province de Safi appartient actuellement à la région Marrakech-Safi, d'une superficie évaluée à 6 351 km², constituée de 3 cercles et 25 communes. La densité globale de la population est de 112.08 hab/km² (Année 2020). La ville de Safi compte 359 785 habitants urbains et 352 063 habitants ruraux, dont un total de 711 848 (projections au milieu de l'année 2020). [4]



III. Population d'étude :

La population étudiée est constituée d'enfants et d'adultes, consultant en médecine générale dans le secteur libéral quel que soit le motif de consultation.

IV. Démographie médicale de Safi:

La province de Safi compte un nombre de 277 médecins (Année 2020), dont 112 médecins en secteur public et 165 médecins en secteur privé, répartis entre médecins généralistes et médecins spécialistes. [4]

Le nombre des médecins généralistes à la ville de Safi est de 89 médecins. [5]

V. Échantillonnage :

On a pris un échantillon de 200 patients, répartis entre 10 cabinets de médecins généralistes libéraux distribués selon les différents arrondissements de la ville de Safi (changuit, corse, aazib derai, kaouki, miftah el khir, jerifat, qaryat chams).

Les patients ont été répartis sur ces cabinets choisis ce qui soit un nombre de 20 questionnaires pour chaqu'un. Le choix des médecins a été fait selon les différents arrondissements de la ville et selon leur genre (5 médecins de sexe masculin et 5 médecins de sexe féminin).

VI. Le recueil des données :

1. Le questionnaire :

La première étape de l'étude était la réalisation d'une fiche d'exploitation à l'aide de Microsoft Office Word pour être imprimée sur papier. (Annexe 1)

La fiche est sous forme d'un questionnaire comprenant en premier le profil du médecin généraliste (sexe, tranche d'âge, nombre d'années de travail et ville de formation). Puis la partie consacrée au patient contenant son identité (âge, sexe, origine, niveau socio-économique et la profession), le motif de consultation et les antécédents. Ensuite la partie dédiée à la clinique dermatologique contenant le début de la maladie et son évolution, les signes fonctionnels, les lésions élémentaires, la topographie, l'étendue, la limite, le diagnostic clinique ainsi que le traitement proposé. Et enfin le consentement du patient à propos de la prise de photo.

2. La démarche :

Le questionnaire a été rempli par le thésard, lors de la consultation des médecins généralistes, incluant les vingt premiers patients dans la consultation de chaque médecin se trouvant dans le cabinet médical concerné par l'étude. Des photos ont été prises après consentement oral par les patients ou parents en cas des mineurs.

3. Analyse statistique :

Les données recueillies ont été codées et saisies sur le logiciel Microsoft Excel avec l'extension XLSTAT.

4. Considérations éthiques :

Le travail a été réalisé en respectant l'anonymat des patients, l'accord préalable des médecins après l'explication de l'intérêt de ce travail. Les questionnaires ont été remplis après accord des patients ainsi que la prise des photos

A decorative floral frame with intricate scrollwork and leaf patterns, surrounding the word "RESULTATS".

RESULTATS

I. Données démographiques des médecins

Le nombre total des médecins généralistes concernés par l'étude était de 10 médecins.

1. Le sexe :

Les médecins ont été répartis selon des sexes égaux, soit 5 médecins de sexe masculin et 5 de sexe féminin.

2. L'âge :

4 médecins étaient âgés entre 30-39 ans, 2 médecins entre 40-49 ans, également 2 médecins entre 50-59 ans et les 2 autres médecins étaient âgés plus de 60 ans.

3. L'ancienneté :

La moyenne des années de travail de ces praticiens était de 18,1 ans avec une médiane de 16 ans et des extrémités allant de 3 ans jusqu'à 32 ans d'ancienneté.

4. Ville de formation :

Les généralistes concernés étaient des lauréats de différentes facultés de médecine : 4 de la faculté de médecine de Casablanca, 3 de Marrakech, 2 de Rabat et 1 de Fès.

II. Description générale de l'échantillon

1. Données démographiques :

Le nombre total des patients inclus dans l'étude était de 200.

2. L'âge :

L'âge moyen de la population était de 36 ans avec des extrêmes allant de 2 ans à 88 ans. La médiane d'âge était 34 ans.

Le nombre de la population pédiatrique était de 33 patients (16,5%), 167 avaient un âge supérieur à 15 ans (83,5%). (Figure 1)

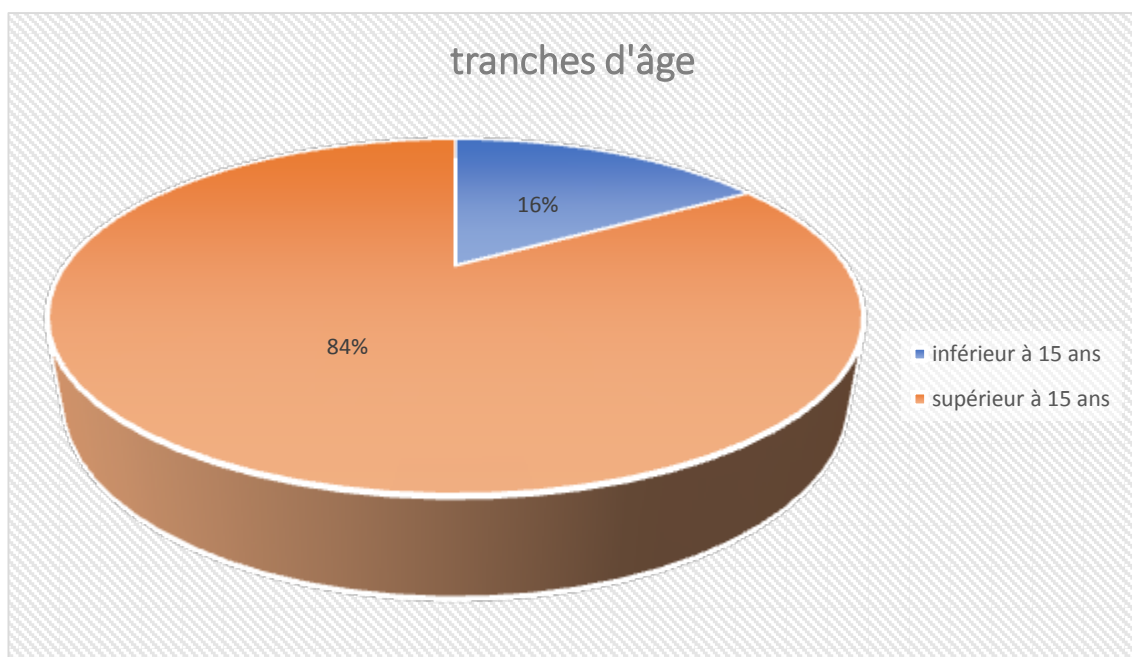


Figure 1 : Répartition selon les tranches d'âge.

3. Le sexe:

L'échantillon était composé de 147 femmes (73.5%) et 53 hommes (26.5%). (Figure 2)

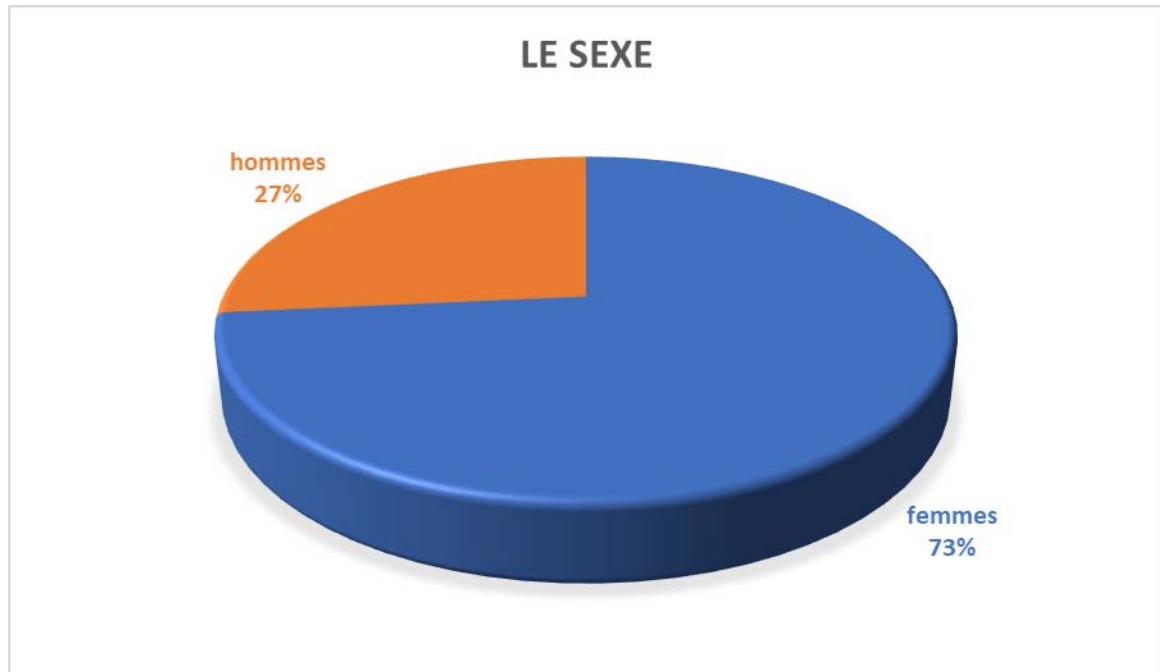


Figure 2 : Répartition selon le sexe.

4. Les motifs de consultation :

Les motifs de consultation les plus fréquents étaient en rapport avec les pathologies suivantes : (Figure 3)

- ❖ **Digestive** : 43 cas (21,5 %), dont 21 cas de douleur abdominale, 7 cas de diarrhée, 6 cas de constipation, 4 cas de dyspepsie, 2 cas de vomissement, 2 cas de douleur anale, 2 cas de masses abdominales et 1 cas de régurgitation.
- ❖ **Gynécologie** : 34 cas (17%) faits de 20 cas de suivi de grossesse, 5 cas de trouble du cycle, 3 cas de dysménorrhée, 2 cas de douleur pelvienne, 1 cas d'aménorrhée secondaire, 1 cas de métrorragie, 1 cas de ménorragie et 1 cas de mastodynie.

- ❖ **Dermatologie** : 24 cas (12%) faits de 16 cas d'éruption cutanée, 3 cas de prurit vulvaire, 3 cas d'urticaire isolée, 1 cas d'écoulement vaginal et 1 cas d'atteinte unguéale.
- ❖ **Rhumatologie** : 21 cas (10,5 %) faits de 6 cas de lombalgie, 3 cas de gonalgie, 2 cas de polyarthralgie, 3 cas d'épaule douloureuse, 2 cas de poignet douloureux, 2 cas de talalgie, 1 cas de lombosciatalgie, 1 cas de douleur cervico-brachiale et un patient suivi pour rhumatisme articulaire aiguë.
- ❖ **ORL** : 16 cas (8%) faits de 11 cas de maux de gorge, 2 cas de rhinorrhée, 1 cas d'otalgie, 1 cas de tuméfaction cervicale et 1 cas d'épistaxis récidivant.
- ❖ **Pneumologie** : 14 cas (7%) faits de 6 cas de dyspnée, 3 cas de toux fébrile, 3 cas de toux sèche et 2 cas de toux productive.
- ❖ **Urologie** : 12 cas (6%) faits de 5 cas de colique néphrétique, 4 cas de brûlure mictionnelle, 1 cas de douleur scrotale, 1 cas de dysurie et 1 cas de pollakiurie.
- ❖ **Psychiatrie** : 11 cas (5,5%) faits de 6 cas d'insomnie, 4 cas d'anxiété et 1 cas d'anorexie.
- ❖ **Cardiologie** : 7 cas (3,5%) dont 5 patients suivi pour hypertension artérielle, 1 cas de dyspnée d'effort et 1 cas de douleur thoracique.
- ❖ **Infectieuse** : 6 cas (3%) de fièvre.
- ❖ **Endocrinologie** : 3 patients (1,5%) suivis pour diabète type 2.
- ❖ **Neurologie** : 4 cas (2%) faits de 3 cas de céphalée et 1 cas de paresthésie.
- ❖ **Motifs généraux** : 3 cas (1,5%) faits de 2 cas de pâleur cutanéomuqueuse et 1 cas d'asthénie.
- ❖ **Traumatologie** : 1 cas (0,5%) de douleur de l'hypochondre gauche suite à un accident de la voie publique adressé aux urgences.

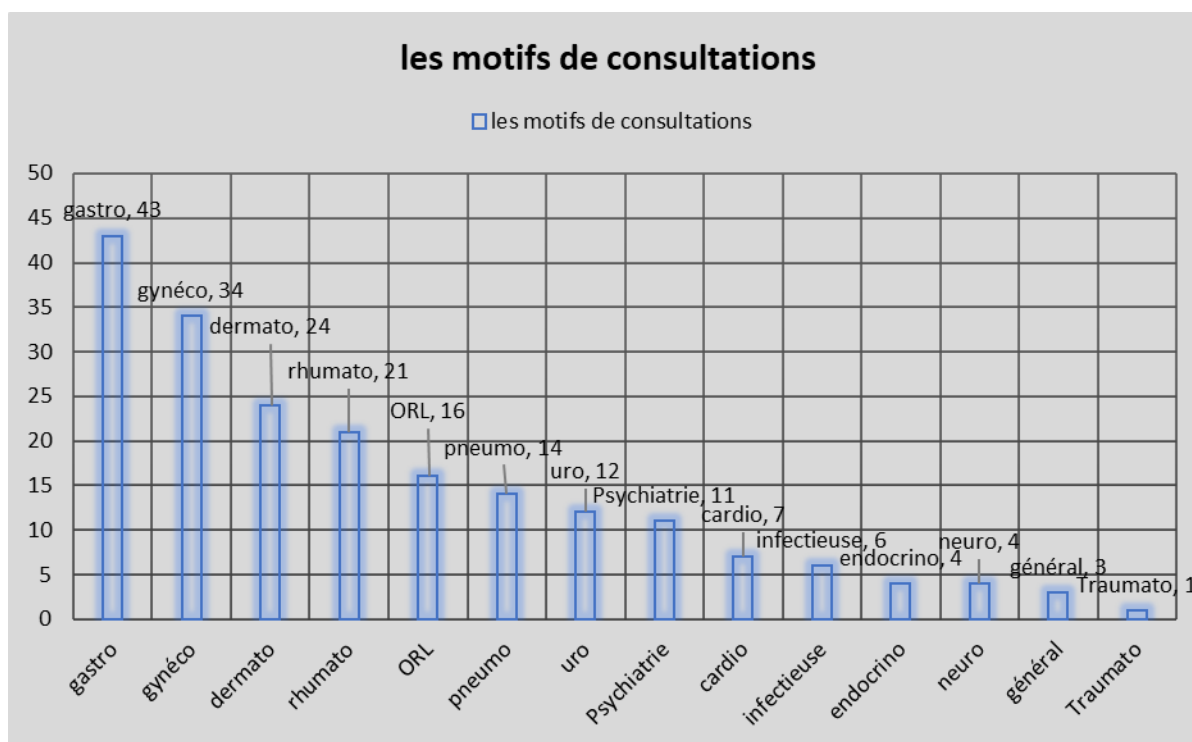


Figure 3 : Répartition selon le motif de consultation

III. Description des cas de dermatoses :

Nous avons noté 24 cas de dermatoses, soit une prévalence de 12% de l'ensemble des motifs de consultations.

1. L'âge:

L'âge moyen des patients consultant pour une dermatose était de 38,8 ans avec des extrêmes allant de 6 ans à 79 ans. La médiane d'âge était 38 ans.

3 patients étaient âgés de moins de 15 ans (12,5%), 21 avaient un âge supérieur à 15 ans (87,5%). (Figure 4)

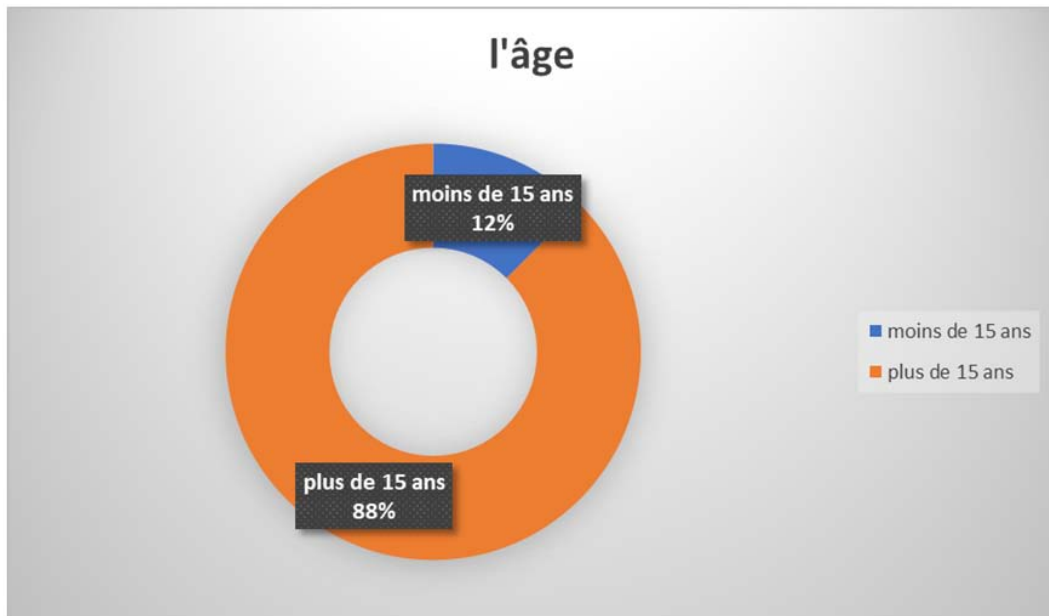


Figure 4 : Répartition des cas des dermatoses selon les tranches d'âge.

2. Le sexe:

17 patients consultant pour une dermatose étaient de sexe féminin (67%) et 7 patients étaient de sexe masculin (33%). (Figure 5)



Figure 5 : Répartition des cas de dermatoses selon le sexe.

3. Les signes fonctionnels

Les signes fonctionnels recensés chez les malades consultant pour motif dermatologique étaient dominés par l'éruption cutanée dans 83,33% des cas (20) suivi par le prurit dans 62,5% des cas. (15) (Figure 6)

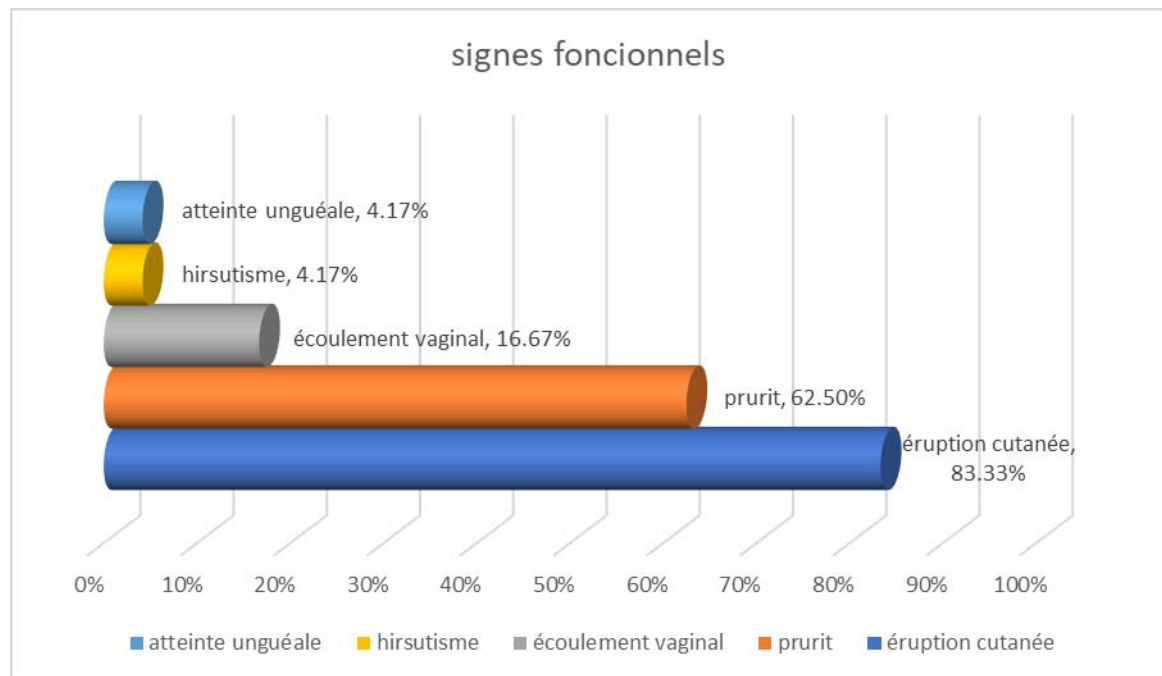


Figure 6 : fréquence des signes fonctionnels recensés chez les patients consultant pour une dermatose

4. Le mode d'installation :

50 % des lésions étaient aiguës, 25 % étaient chroniques et 25 % évoluaient par poussées. (Figure 7).

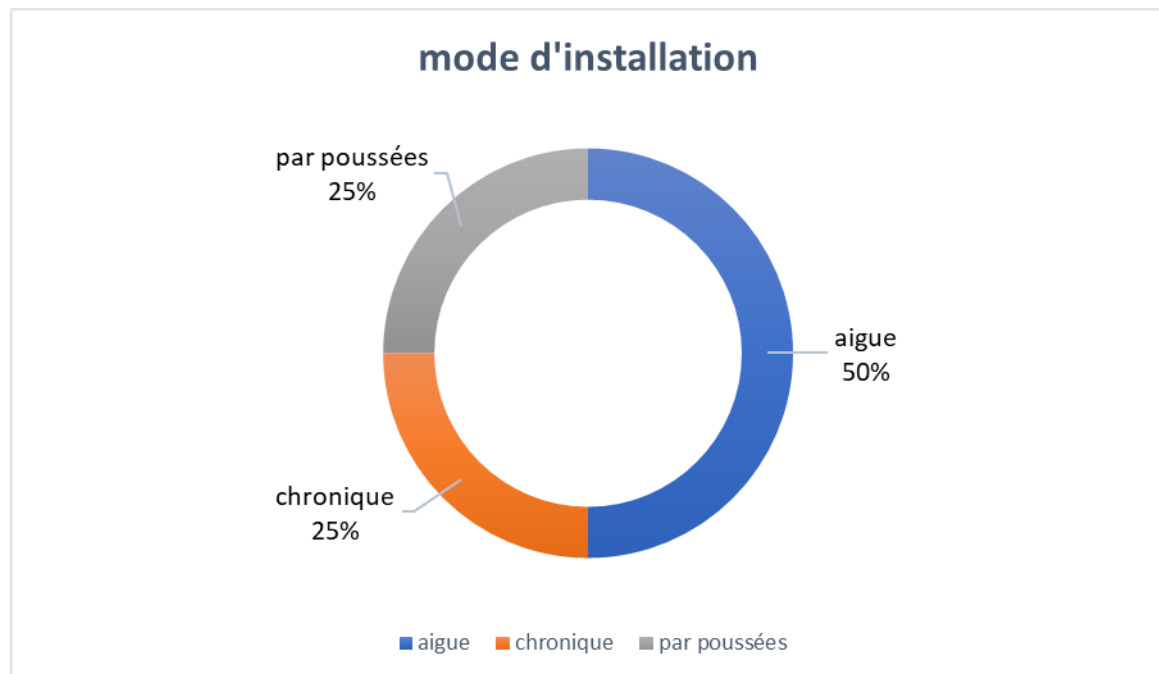


Figure 7 : fréquence des modes d'installation des dermatoses

5. Le diagnostic clinique:

5.1. Les infections cutanées:

On a recensé 11 cas d'infections cutanées (45.83%) dont 3 cas d'infections mycosiques, 3 cas d'infections parasitaires, 3 cas d'infections virales et 2 cas d'infections bactériennes.

a. Infections mycosiques 3 cas (12.5%):

- ❖ Un cas d'intertrigo inguinal (4.17%) chez un patient âgé de 60 ans, évoluant depuis 3 semaines, il présentait un placard érythémateux prurigineux, parsemé de pustules. (Photo 1, 2)
- ❖ Un cas de candidose des plis inguinaux (4.17%) chez une patiente âgée de 56 ans, évoluant depuis plus d'un mois. Elle présentait un placard érythémateux, légèrement squameux, bien limité, prurigineux, avec un enduit blanchâtre et des pustules.

- ❖ Un cas d'herpes circiné (4.17%) chez un patient de 23 ans, évoluant depuis moins de 2 semaines. Il présentait une plaque érythémato-squameuse, arrondie, bien limitée, avec une tendance à évoluer en périphérie et une guérison centrale (Photo 3). Le patient a bien évolué sous traitement anti-mycosique topique (Photo 4).

b. Infections virales 3 cas (12.5%):

- ❖ 2 cas de zona (8.33%) chez deux patients âgés respectivement de 79 ans et 16 ans, évoluant chez tous les deux depuis moins de 15 jours. Ils présentaient des vésicules et des érosions post-vésiculeuses. Les lésions suivaient un trajet métamérique au niveau intercostal et au membre supérieur chez le premier, et au niveau des fesses chez l'autre. (Photo 5, 6,7)
- ❖ 1 cas de molluscum contagiosum (4.17%) chez une fille de 6ans, évoluant depuis plus de 2 semaines. Elle présentait des papules de couleur chair, fermes et ombiliquées dont un s'est ulcéré recouvert de croûtes. Les lésions sont diffuses siégeant sur le tronc, le dos, les plis et les membres inférieurs. (Photo 8)

c. Infections parasitaires 3 cas (12.5%) :

- ❖ 3 cas de gale (12.5%) chez des patientes de sexe féminin, âgées respectivement 44 ans, 40 ans, 20 ans, évoluant depuis 3 semaines chez une et depuis plus de 4 semaines chez le deux autres. Elles présentaient toutes des papules érythémateuses prurigineuses avec des lésions de grattage. Les lésions sont généralisées siégeant au niveau du tronc et des membres inférieurs chez les trois, et au niveau du cou, du membres supérieurs et du périnée chez les 2 autres patientes. (photos 9, 10)

d. Infections bactériennes 2 cas (8,33%) :

- ❖ 1 cas d'impétigo (4.17%) chez un enfant âgé de 7 ans, présentant une atonie personnelle et familiale, évoluant depuis moins de 2 semaines. Il présentait des lésions pustuleuses qui évoluent vers des érosions et des croûtes au niveau des aisselles et de la face, rompues avec des traces de grattage. (Photos 11, 12)
- ❖ 1 cas de panaris (4,17%) chez un patient âgé de 60 ans, évoluant depuis 3 semaines. Il présentait une infection sous cutanée en péri-unguéal du pouce droit, douloureux, traité auparavant avec de l'éosine sans amélioration. Le patient a bien évolué lors d'un contrôle avec une amélioration clinique et une disparition de la douleur. (Photos 13, 14)

5.2. Les dermatoses immuno-allergiques:

On a recensé 3 cas de dermatoses immuno-allergiques (12.5%) :

- ❖ Un cas d'eczéma de contact (4.17%) chez une patiente âgée de 66 ans, évoluant depuis moins de 2 semaines. Elle présentait des plaques érythémateuses et des vésicules prurigineuses siégeant au niveau du membre inférieur.
- ❖ 2 cas d'urticaire aiguë (8.33%) chez 2 patients âgés respectivement 40 ans et 15 ans, évoluant depuis moins de 2 semaines chez les deux. L'un présentait des plaques érythémateuses et l'autre présentait des papules érythémateuses. Les lésions étaient généralisées siégeant chez les deux au niveau des membres supérieurs, du tronc, et des membres inférieurs, et également au niveau du cou chez l'un d'eux.

5.3. Les vulvo-vaginites :

On a recensé 3 cas de vulvo-vaginites (12.5%) chez des femmes âgées respectivement 19 ans, 30 ans, 35 ans, évoluant depuis plus de 4 semaines chez 2 patientes et moins de 2

semaines chez la troisième. Elles présentaient toutes un écoulement vaginal, associé à un prurit, faisant évoquer une candidose génitale.

5.4. Prurit isolé :

On a recensé 1 seul cas de prurit isolé (4,17%) chez une patiente âgée de 60 ans, évoluant par poussées depuis plus de 4 semaines. Elle présentait des lésions de grattage avec des stries linéaires et des excoriations au niveau du périnée et des membres inférieurs.

5.5. Pathologies annexielles :

On a recensé 2 cas pathologies annexielles (8.33%):

- ❖ Un cas d'onychomycose (4.17%) chez une patiente de 24 ans, évoluant depuis plus de 2 mois. Elle présentait une xanthychie et une onycholyse latérale . (Photo 15)
- ❖ Un cas d'acné inflammatoire (4.17%) chez un patient âgé de 17 ans, évoluant depuis plus de 4 semaines. Il présentait des lésions papulo-pustuleuses et des microkystes au niveau du visage. (Photos 16, 17)

5.6. Les dermatoses inflammatoires :

On a recensé 1 cas de psoriasis (4,17%) chez une patiente âgée de 52 ans, évoluant par poussées depuis plus de 4 semaines. Elle présentait plusieurs plaques érythémato-squameuses bien limitées au niveau du cuir chevelu, du cou et des zones d'extension : coudes, genoux, face dorsale des mains. (Photos 18, 19, 20)

5.7. Pathologies vasculaires :

On a recensé 2 cas de pathologies d'origine vasculaire (8.33%):

- ❖ Un cas d'ulcère variqueux (4.17%) chez une patiente de 53 ans, évoluant depuis plus de 4 semaines. Elle présentait une ulcération surmontée d'une croûte avec

un placard érythémateux péri-lésionnel. Les lésions siégeaient au niveau de la jambe.

- ❖ Un cas de purpura (4.17%) chez une patiente âgée de 36 ans, évoluant depuis plus de 4 semaines. Elle présentait des lésions purpuriques au niveau de la jambe. (Photo 21)

5.8. Pathologies tumorales :

On a recensé 1 cas de suspicion d'un carcinome baso-cellulaire (4,17%) chez une patiente âgée de 72 ans, évoluant depuis une année. Elle présentait un nodule dur pigmenté, surmonté d'une croûte. Le nodule siégeait au niveau de l'aile nasale. (Photo 22)

IV. Iconographie:



Photo 1



Photo 2

Photos 1,2 : aspect érythémateux parsemé de pustules chez un patient âgé de 60 ans faisant évoquer une dermatophytie du pli inguinal.



Photo 3: lésion annulaire érythémato-squameuse chez un patient âgé de 23 ans, faisant évoquer un herpes circiné



Photo 4: évolution du même patient apres un traitement anti-mycosique topique



Photo 5: Aspect clinique de zona



Photo 6: Aspect clinique de zona



Photo 7: Aspect clinique de zona



Photo 8: Aspect clinique de papules ombiliquées diffuses chez une fille de 6 ans faisant évoquer un molluscum contagiosum



Photo 9



Photo 10

Photos 9, 10 : Aspect clinique des lésions papuleuses excoriées au niveau de l'abdomen et des membres inférieurs faisant évoquer une gale.



Photo 11



Photo 12

Photos 11, 12 : des érosions et des croûtes post-pustuleuses chez un enfant atopique faisant évoquer une impétiginisation.

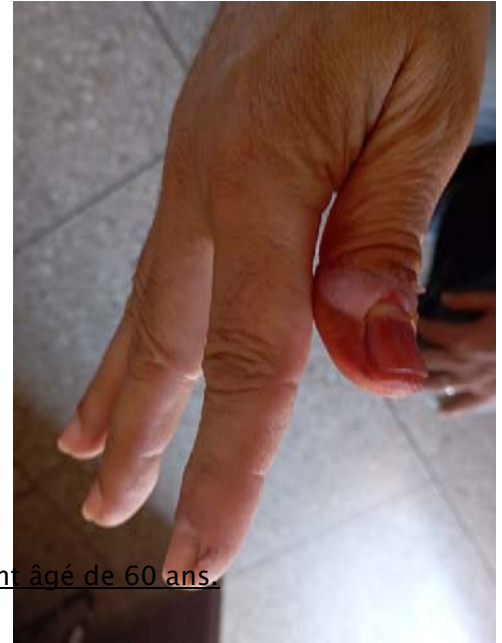


Photo 13 : aspect clinique d'un paronhis chez un patient âgé de 60 ans.

Photo 14: évolution du même patient après une association d'un traitement topique et par voie générale.



Photo 15: Aspect de xanthonychie avec une onycholyse latéro-distale faisant évoquer une onychomycose.



Photo 16



Photo 17

Photos 16-17 : Aspect clinique de l'acné inflammatoire chez un patient âgé de 17 ans.



Photo 18



Photo 19



Photo 20

Photos 18, 19, 20 : Aspect clinique de plaques érythémato-squameuses au niveau du cuir chevelu, du cou et des zones d'extension chez une patiente âgée de 52 ans, faisant évoquer un psoriasis



Photo 21 : Aspect de lésions purpuriques au niveau de la jambe chez une patiente âgée de 36 ans faisant évoquer un purpura.



Photo 22: Aspect d'une lésion nodulaire pigmentée chez une patiente âgée de 72 ans faisant évoquer un carcinome basocellulaire.

A decorative floral frame with intricate scrollwork and leaf patterns, surrounding the word "DISCUSSION".

DISCUSSION

I. La fréquence des maladies dermatologiques en pratique de la médecine de famille

La prévalence des pathologies dermatologiques dans notre étude était de 12 %. Elle occupe la 3ème place après les pathologies gastro-entérologiques et gynécologiques.

Ce taux est presque similaire au taux rapporté par l'étude faite en médecine communautaire à la ville de Marrakech 11,5% [3] et également au taux retrouvé au Pays-Bas 12,5% [6].

Alors il est inférieur au taux de l'étude faite lors d'une caravane médicale multidisciplinaire Maroc-Mauritanienne organisée à la zone d'Adrar 13,88% [7] et est largement inférieur aux celui rapporté par l'étude faite en Haïti 27% [8]. (Tableau I)

Par contre ce taux de notre étude est supérieur à ceux objectivés lors des études faites lors des consultations chez des médecins généralistes au Royaume-Uni 8,6% [9], en France 2,5% [10] et d'une étude locale à travers une campagne médicale à Taroudant 7% [11].

Tableau I : prévalence des dermatoses

Auteur	Année	Région	Nombre des patients avec une dermatose	Prévalence des pathologies dermatologique
A. Kandil	2020-2021	Marrakech [3]	46	11,5%
Z. Ouadi, M. Boui	2009	Taroudant [11]	360	7%
I. Amahra	2019	Mauritanie [7]	450	13,88%
L. J. Borda et al	2019	Haïti [8]	137	27%
Drees	2002-2003	France [10]	1000	2,5%
Kerr, O. A., Tidman, M. J., Walker, J. J., Aldridge, R. D., et Benton, E. C.	2009	Royaume-Uni [9]	654	8,6%
E. Verhoeven et al	2002-2006	Pays-Bas, Nimègue [6]	501	12,4%
Notre série	2022	Safi	24	12%

La variété des résultats publiés peut s'expliquer par des différences dans les populations, l'éducation, la génétique, le niveau socio-économique, l'environnement et en plus de la méthodologie utilisée dans chaque étude.

II. Données démographiques des patients consultants pour une dermatose:

Nous avons examiné 24 patients avec une dermatose durant cette étude. L'âge moyen de nos patients était de 38,8 ans avec une nette prédominance du sexe féminin (67%).

Cette Prédominance féminine a été également notée au Maroc dans les consultations au secteur public à Marrakech [3] ainsi que les consultations réalisées lors des caravanes à Rachidia [12], Tan-tan [13] et Taroudant [11], avec des sex-ratio respectivement 0.61, 0.56, 0.72 et 0.61, alors que dans les études faites en France [10], Laos [14] et Brazzaville [15] la répartition des malades selon le sexe est presque la même, avec des sex-ratio respectivement 1.04, 1 et 1.08.

L'âge moyen des patients de notre série est supérieur à l'âge moyen rapporté en médecine communautaire à Marrakech (26,7 ans) [3], et également supérieur à celui des études faites lors des caravanes de Rachidia [12], Tan-tan [13] et Taroudant [11], qui étaient respectivement 32 ans, 31 ans et 31 ans. Par contre il est inférieur à l'âge moyen rapporté par une étude faite au sein du centre hospitalier universitaire (CHU) de Rabat [16] qui était de 40,05 ans. (Tableau II)

Tableau II: répartition des malades selon le sexe et l'âge .

Auteur	Année de l'étude	Lieu de l'étude	Nombre des patients avec une dermatose	Sexe féminin	Sexe masculin	Age moyen	Sex-ratio
A.Kandil	2020-2021	Marrakech [3]	46	62,25%	37,75%	26,7 ans	0,61
L.Oulhadj, M.Ourhouil et al	2001	Rachidia [12]	1005	64%	36%	32 ans	0,56
S.Ousmane et al	2006	Tan-Tan [13]	657	58%	42%	31 ans	0,72
Z.Ouadi	2009	Taroudant [11]	360	62%	38%	31 ans	0,61
F.E.Lamchahab	2010	Rabat [16]	2033	50,3%	49,7%	40,05 ans	0,98
Drees	2002-2003	France [10]	1000	49%	51%	-	1.04
Boui M, Lemnaouer A. et al	2008	Brazzaville [15]	1217	50%	50%	-	1
Clyti E, Sayasone S et al	2007	République Démocratique Populaire (RDP) Laos [14]	421	48%	52%	31 ans	1,08
Idoumou Amahra	2019	Mauritania (ADRAR) [7]	450	66%	34%	27 ans	0,51
Notre série	2022	Safi	23	67%	33%	38,8 ans	0,49

III. Répartition des maladies dermatologiques:

1. Les dermatoses infectieuses:

Elles englobent les infections bactériennes, mycosiques, parasitaires, et virales. Dans la plupart des pays en développement, les infections de la peau sont à l'origine des consultations dermatologiques.

On a noté une nette prédominance des dermatoses infectieuses au cours de cette étude avec un pourcentage de 45.83% de toutes les consultations.

Des études faites à Ghana [17] et Nigeria [18] avaient montré des prévalences presque similaires à celle de notre étude, avec des pourcentages respectivement 46% et 44%.

Cette prédominance a été également notée dans des études similaires mais avec des prévalences inférieures à celle de notre série : Marrakech 34,78% [3], Tan-Tan 28,4% [13], Taroudant 26,8% [11], Haiti 40% [8], Inde 39,54% [19], Tunis 38,6% [20] et la Mauritanie 34,22% [7].

La prévalence des dermatoses infectieuses était moins élevée au Royaume-Uni 9,1% [17], à Basel 18,8% [21] et en Turquie 20,1% [22]. Dans ces trois dernières séries, c'était les dermatoses inflammatoires et immuno-allergiques qui dominaient. (Tableau IV)

Tableau III : prévalence des dermatoses infectieuses.

Auteurs	Année	Région	Nombre des malades avec une dermatose	Pourcentage des dermatoses infectieuse
A. Kandil	2020-2021	Marrakech [3]	46	34,78%
S.OUSMANE	2006	Tan-tan [13]	657	28,4%
Z.Ouadi et al	2009	Taroudant [11]	360	26,8%
Asiedu A et al	2001	Ghana [17]	2244	46%
O. Onayemi et al	1999-2001	Nigeria [18]	764	44,4%
L. J. Borda et al	2019	Haïti [8]	137	40%
Deepak Dimri,et al	2009-2014	Inde [19]	47465	39,54%
A. Souissi	1999-2000	Tunis [20]	28244	38,6%
I. Amahra	2019	Mautitanie [7]	450	34,22%
Memet Ersan Bilgili	2011-2012	Turquie [22]	42,878	20,1%
N. Ruzza a	2013	Basel [21]	2222	18,8%
Asiedu A et al	2001	Royaume-Uni [17]	3883	9,1%
Notre série	2022	Safi	24	45.83%

1.1. Les infections mycosiques :

Les infections qui dominent dans notre étude sont de type mycosique, et qui représentent 16,67% de toutes les dermatoses.

Ce taux rejoint les valeurs rapportées par les études faites à Tan-Tan 18,28% [13], Taroudant 15,8% [11] et Tunis 16.38% [20].

Tandis qu'il est légèrement supérieur aux taux des études faites à Mali 13.5 % [23], Iran 12.9 % [24], la Turquie 11.1% [22] , Ghana 10.6% [17] et Marrakech 10.84% [3].

Les pays développés présentaient des taux largement inférieurs comme le Royaume-Uni 1.9% [17] et la Suisse 5,1% [21].

On a diagnostiqué 3 cas de dermatophyties :

- ❖ Une dermatophytie de la peau glabre ou herpes circiné
- ❖ Une dermatophytie des plis ou intertrigo
- ❖ Une dermatophytie des ongles ou onychomycose

Les mycoses de la peau et des ongles sont un problème de santé mondial. La prévalence élevée des infections mycosiques superficielles montre que 20–25% de la population mondiale souffre de mycoses cutanées, ce qui en fait l'une des formes les plus fréquentes d'infection fongique. La distribution des dermatomycoses, de leurs agents étiologiques varie selon l'emplacement géographique et les facteurs environnementaux, culturels et sociaux [25], [26]

Les dermatophytes se développent à des températures de surface de 25 à 28 °C et sont soutenus par des conditions chaudes et humides. Pour ces raisons, les infections fongiques superficielles sont relativement fréquentes dans les pays tropicaux et sont exacerbées par le port de vêtements occlusifs. [26]

Les agents pathogènes responsables des mycoses cutanées sont principalement des dermatophytes anthropophiles et zoophiles des genres *Trichophyton*, *Microsporum* et *Epidermophyton*. [26]

Les dermatophytes de la peau glabre peuvent siéger sur n'importe quelle région de la peau glabre notamment les zones découvertes. [27]

1.2. Les infections bactériennes:

Dans notre étude, les infections bactériennes représentent 8,33% des cas.

Ce taux est légèrement inférieur à celui rapporté par l'étude faite à Marrakech 10.84% [3] et il est plus élevé par rapport aux études faites à Taroudant 3,67% [11] et à Tan tan 2,4% [13].

Les pays en voie de développement présentent une fréquence des infections cutanées bactériennes relativement élevée : en Tunisie 9,24% [20] , Iran 4,6% [24], Ghana [17] 10,4% et au Mali 5,6% [23].

Tandis que ce taux dans les pays développés notamment le Royaume-Uni [17] était beaucoup plus faible 1%.

Dans notre étude, on a noté un cas de panaris et un autre d'impétigo.

L'impétigo est une pyodermite superficielle contagieuse, il représente l'infection bactérienne la plus fréquente et la 3ème dermatose la plus commune chez l'enfant. [28]

Chez l'adulte, l'infection est rarement primitive et vient plutôt compliquer une dermatose sous-jacente.

Le staphylocoque aureus, le streptocoque B hémolytique du groupe A (GABHS), ou les deux peuvent envahir la peau après une effraction cutanée causée par une morsure, une piqure ou un traumatisme. [29]

Actuellement, le staphylocoque résistant à la méthicilline (MRSA), clones isolés au sein de l'hôpital ou en milieu communautaire, a été retrouvé au cours de l'impétigo avec une prédilection pour la forme non bulleuse. [30]-[32]

1.3. Les infections virales

Dans notre étude les infections virales : le zona et le molluscum contagiosum qui représentaient 12,5%.

Ce taux est presque similaire au celui rapporté par l'étude faite à Marrakech 10,84% [3], mais il est supérieur à celui retrouvé à Taroudant 2.93% [11] et à Tan-Tan 0.4% [13].

La fréquence des infections virales varient entre 3,4% et 9,9% dans les différentes séries mondiales: en Tunisie 9,9% [20] , Iran 6,4% [24], Ghana 7.2% [17], Mali 3,4 % [23], Royaume-Uni 5.6% [17] et la Turquie 7,1% [22] .

Ce taux semble ne pas être influencé par le niveau de développement des pays.

Le zona est une affection due à une réactivation du virus de la varicelle et du zona (VZV) qui est un virus à tropisme essentiellement cutané et neurologique qui appartient à la famille des herpesviridae, virus à ADN bicaténaire linéaire, et forme avec les virus herpes simplex de types 1 et 2, la sous-famille des alpha-herpesviridae. [33]

Il est à risque de complication (patients immunodéprimés, localisation oculaire) et pourvoyeur de douleurs neuropathiques potentiellement très invalidantes, qui doivent être prévenues et/ou traitées.

Il est aujourd'hui reconnu que l'instauration rapide d'un traitement spécifique anti-VZV, lors des 72 premières heures d'apparition des symptômes permet de diminuer la durée des névralgies aiguës et de limiter le risque d'apparition de névralgies post zostériennes. [34]-[36]

Le molluscum contagiosum (MC) est une infection virale de l'épiderme, caractérisée par la présence de multiples lésions typiques : papules nacrées, de couleur chair, fermes, ombiliquées, siégeant principalement à la face, aux membres et dans la région ano-génitale. Sa transmission implique un contact direct avec la peau infectée ou avec des vecteurs passifs de transmission contaminés [37], et elle est due au MCV, un virus à ADN double hélice appartenant à la famille des Poxviridae.

Des lésions de MC s'observent fréquemment chez les enfants, chez les adultes sexuellement actifs et dans certaines populations immunodéficientes, en particulier chez les patients infectés par le VIH. Bien que l'infection à MCV soit plus fréquente sous les climats chauds et humides et dans les populations vivant dans de mauvaises conditions d'hygiène, sa distribution est universelle.[38]

1.4. Les infections parasitaire:

Nous avons recensé 3 cas de gale dans cette étude, soit une prévalence de 12,5% de toutes les dermatoses.

Ce taux est supérieur que ceux retrouvés à la Mauritanie 1.5% [7], à Brazzaville 3.41% [15] et à Laos 7% [14].

La gale est une ectoparasitose de contamination interhumaine, due à *Sarcoptes scabiei hominis*. Son diagnostic est essentiellement clinique : prurit à recrudescence nocturne, parfois à caractère familial, s'accompagnant de lésions de grattage à topographie évocatrice (espaces interdigitaux, emmanchures antérieures des aisselles, mamelon, ombilic, fourreau de la verge, face interne des cuisses). Par ailleurs, la gale peut être fréquemment considérée comme une IST. Le dos et le visage sont habituellement respectés sauf dans le cas particulier des gales

hyperkératosiques généralisées ou des gales du nourrisson. Son traitement de référence est le benzoate de benzyle. [39]

2. Les dermatoses immuno-allergiques:

La pathologie immuno-allergique occupe la seconde position avec un taux de 12.5%, faite de 2 cas d'urticaire aiguë et un cas d'eczéma de contact.

Ce taux reste inférieur à ceux notés lors des études faites à Marrakech 17.39% [3], à Taroudant 22.5% [11], à Tan-Tan 23.43% [13], en Iran 24.5% [24] et en Mali 20.4% [23].

La pathologie immuno-allergique occupait la première position des dermatoses en Turquie 21,8% [22], Iraq 33% [40], Arabie saoudite 24% [41]

Dans notre étude l'urticaire représente 8,33% des dermatoses.

L'urticaire est une dermatose inflammatoire fréquente. La prévalence de l'urticaire aiguë au cours de la vie dans la population générale est de l'ordre de 15 à 20 %. La prévalence de l'urticaire aiguë est plus fréquente en cas d'atopie. En effet, une étude a retrouvé chez plus de 50 % des patients ayant une dermatite atopique, une rhinite allergique ou un asthme allergique, des manifestations d'urticaire. Cliniquement, l'urticaire est définie par des lésions papuleuses cutanées et/ou muqueuses, fugaces et migratrices. Ces lésions papuleuses souvent appelées plaques sont habituellement prurigineuses érythémateuses avec souvent une pâleur centrale due à l'œdème intense et disparaissent en quelques heures sans laisser de cicatrices ; elles correspondent à l'urticaire superficielle. D'autres lésions, plus profondes existent, tels que des œdèmes sous-cutanés ou muqueux appelés angio-œdèmes qui sont souvent plus douloureux que prurigineux et mettent plus de temps à disparaître. Classiquement, les plaques d'urticaire disparaissent en moins de 24 heures et les angio-œdèmes en moins de 48 heures. Les plaques et les angio-œdèmes peuvent être isolés ou associés sans que cela préjuge de l'étiologie de l'urticaire. [42]

Dans notre étude l'eczéma de contact représente 4,34% des dermatoses constatées.

La « dermatite allergique de contact » est synonyme d'« eczéma de contact allergique » et les deux termes sont utilisés indifféremment dans la littérature française. La dermatose est en effet le prototype d'une réaction eczémateuse. Elle est caractérisée par des lésions eczémateuses typiques : érythème, socle œdémateux, développement dans la plupart des cas de lésions vésiculeuses, évoluant dans les formes extrêmes vers la formation de bulles. Les limites des lésions sont en général effritées et s'accompagnent d'un prurit intense. Le plus souvent, l'eczéma survient 48 à 72 heures après le contact, sauf s'il s'agit d'une primo sensibilisation. Dans ce cas, le temps d'apparition de l'eczéma avoisine les 7 à 10 jours. Il s'agit donc d'une réaction retardée, à médiation cellulaire (type IV selon la classification de Gell et Coombs). Il est important de signaler que la réaction allergique ne survient pas nécessairement lors du premier contact. Celle-ci peut apparaître après plusieurs mois ou années de tolérance. [43]

Connaître la prévalence de l'allergie de contact est difficile car cette connaissance implique la détection de tous les cas d'allergie ; or, on peut supposer une sous-détection massive. Selon les études envisagées, la prévalence de l'allergie de contact varierait entre 2 % et 10 % de la population. [43]

3. les vulvo-vaginites :

Dans notre étude, on a constaté 3 cas de leucorrhée soit 12.5% des cas de dermatoses, et 1.5% de l'ensemble des motifs de consultations.

Ce taux est inférieur à celui noté dans les études faites à Marrakech 1,75% [3] , à la Tunisie 1.83% [20] et à Mali 11,38%. Alors qu'il est moins inférieur à Tan tan 1% [13] et à Rachidia 0.29% [12].

Les écoulements vaginaux ou leucorrhées constituent un motif fréquent de consultation féminine. Aux États Unis, ils représentent plus que 10 % des consultations ambulatoires dans les services de gynécologie-obstétrique. Leur origine est le plus souvent infectieuse . Leur mode de transmission permet de distinguer deux groupes. D'une part, les infections sexuellement

transmissibles (IST), dont la trichomonose, la chlamydie et la gonococcie. Les nouveaux cas de ces trois IST détectés chaque année dans le monde sont estimés respectivement à 141 millions, 131 millions et 78 millions. D'autre part, les infections non sexuellement transmissibles dont les vaginoses bactériennes (taux d'incidence de 5 % à 50 %) et les candidoses (75 % des femmes en âge de procréer). La gravité de ces différentes affections est liée au risque de propagation de l'infection dans le reste de l'appareil génital. Les complications locorégionales qui en découlent représentent un problème de santé publique. Le diagnostic de ces infections est difficile à cause des étiologies non infectieuses (hormonale, caustique, allergique. . .) capables de causer des écoulements vaginaux, mais également à cause de la difficulté de distinguer entre une infection et une simple colonisation lorsque l'agent isolé appartient à la flore commensale normale du vagin. Dans la pratique courante, le traitement initial est le plus souvent probabiliste pour répondre rapidement à l'inconfort de la patiente. [44]

L'Organisation mondiale de la santé évalue à environ 450 millions le nombre annuel de nouveaux cas d'IST curables (gonococcie, syphilis, infections à chlamydia et trichomonase) qui se produisent dans le monde. [45] (Tableau VI)

Tableau IV: Estimation de l'incidence annuelle mondiale des infections sexuellement transmissibles curables chez les 15-49 ans dans le monde en 2004.

Région	Incidence en pourcentage %
Amérique du Nord	2-3
Amérique latine et Caraïbes	7-14
Europe occidentale	1-2
Europe orientale et Asie centrale	3-8
Asie de l'Est et Pacifique	1-2
Asie du Sud et du Sud-est	9-17
Australie	1-4
Afrique du Nord et Moyen-Orient	4-7
Afrique subsaharienne	11-35

Les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un problème de santé publique dans le monde. En raison de leur mode de transmission qui ne connaît pas les

frontières géographiques, l'OMS a élaboré une stratégie mondiale du secteur de la santé contre les IST pour la période 2016–2021 avec une vision d'élimination de ces infections comme problème de santé publique en 2030 et avec comme orientations stratégiques : 1) des données pour cibler les actions ; 2) des interventions à fort impact ; 3) des services dispensés dans une optique d'équité ; 4) des solutions financières viables et 5) des innovations pour accélérer le progrès. [46]

Au Maroc, l'incidence des IST reste élevée, avec plus de 450 000 (1,21%) nouveaux cas notifiés chaque année au niveau des établissements de soins de santé primaires et des ONGs partenaires. La modélisation des IST qui avait été réalisée en 2016, avec l'appui de l'OMS avait estimé les prévalences de la syphilis, *Neisseria Gonorrhoeae* et *Chlamydiae Trachomatis*, chez la population marocaine entre 15 et 49 ans, respectivement à 0,4%, 0,5 % et 4,5%. [46]

4. Prurit isolé :

Dans notre étude, le prurit représente 4.17% des cas de dermatoses, ce taux est légèrement inférieur à celui noté dans les études faites à Marrakech 6.52% [3] et Tan–Tan 6,69 % [13], et est supérieur aux taux rapportés par les études faites à taroudant 3,3% [11], Nigeria 1.2% [18], Mali 1.5% [23], Tunisie 1,7 % [20], Iran 1,3% [24], Turquie 1,6% [22] et Pays–Bas 2,2 % [6].

Le prurit se définit comme une sensation désagréable conduisant au besoin de se gratter. [47]. Le prurit sine materia correspond à un prurit sans dermatose causale associée et peut être aigu ou chronique. Il peut survenir au cours de nombreuses circonstances : terrain atopique, cholestase ou insuffisance rénale, maladies générales (hémopathies, maladies endocriniennes, etc.). Il peut également être induit par des agents exogènes (produits chimiques, médicaments) ou encore être neurogène ou psychogène. [48]

La physiopathologie du prurit est complexe, il peut être d'origine dermatologique ou non dermatologique à savoir les causes : médicamenteuses, métaboliques ou endocriniennes, hématologiques, paranéoplasiques, infectieuses, toxiques, sénile et psychogène. [49]

5. La pathologie annexielle:

Dans notre étude, on a noté un cas d'acné soit une prévalence de 4.17% des dermatoses constatées.

Ce taux est légèrement supérieur à celui noté dans l'étude faite à Marrakech 2.17% [3], et est inférieur aux taux rapportés par les études faites à Tan-Tan 9 % [13], Taroudant 6,61% [11], Nigeria 7% [18], Mali 4,2% [23], Tunisie 6,9% [20], Iran 9,8% [24], Turquie 13,1% [22] et Pays-Bas 9,6% [6].

L'acné est une maladie chronique du follicule pilo sébacé qui se développe le plus souvent à la puberté. Elle atteint 80 % des jeunes entre 12 et 20 ans, mais les formes sévères ne représentent que 15 %. L'acné juvénile polymorphe se caractérise par sa localisation dans les zones séborrhéiques du visage et du thorax et par l'association, sur un fond de séborrhée, de comédons et de microkystes témoignant de la rétention sébacée, à des papules, des papulo-pustules et des nodules résultant de réactions inflammatoires autour de ces follicules rétentionnels, ainsi qu'à des cicatrices plus ou moins atrophiques, scléreuses et pigmentées ou, au contraire, hypertrophiques, voire chéloïdiennes. Son évolution est chronique, sur plusieurs années, avec des poussées qui commandent la reprise d'un traitement. [50], [51]

Les traitements locaux appartiennent essentiellement à quatre classes : le peroxyde de benzoyle, les rétinoïdes, les antibiotiques topiques et l'acide azélaïque, les traitements combinés associant deux classes. Les traitements systémiques sont les cyclines, les anti-androgènes, l'isotrétinoïne, les sels de zinc. Le traitement de l'acné comprend aussi l'éducation du patient sur l'utilisation de soins cosmétiques adaptés et la limitation des facteurs aggravants (manipulation, photoexposition), la prise en charge du retentissement psychologique. Il fait aussi appel à la microchirurgie de l'acné et aux traitements physiques comme le laser, les lumières, les peelings dont l'efficacité a un niveau de preuve faible. [50]

6. Les dermatoses inflammatoires :

Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse chronique, d'expression polymorphe et non contagieuse, qui peut se déclarer à tous les âges. C'est une affection multifactorielle complexe, mal connue, mettant en jeu des facteurs génétiques, immunologiques et environnementaux, son étiologie reste inconnue. [52]

C'est une maladie auto-inflammatoire qui se développe chez des individus génétiquement prédisposés et l'existence fréquente d'antécédents familiaux est souvent signalée. La maladie peut se manifester à tout âge. L'évolution se fait par poussées. Le diagnostic est le plus souvent aisé malgré la multiplicité des formes cliniques. Les noirs d'Afrique et d'Amérique sont beaucoup moins sujets au psoriasis. La couleur rouge des placards, recouverts des squames blanches friables, dont le grattage méthodique, mettant à nu les papilles dermiques (signe de la rosée sanglante) est caractéristique. D'autre part, certaines lésions prennent une teinte violacée ou bleu noir due à une incontinence pigmentaire massive. Cet aspect peut donc persister, même après guérison du psoriasis. Il met rarement la vie du patient en danger. [52]

Dans notre étude, nous avons noté un seul patient atteint du psoriasis soit 4.17% de l'ensemble des cas des dermatoses constatées.

Cette fréquence est supérieure aux celles rapportées par des études similaires faites à Marrakech 2.17% [3] , à Taroudant 2,2% [11], en Tunisie 3.4% [20], à Ghana 0,4% [17] et au Mali 0,5% [23].

Alors qu'elle est inférieure aux celles rapportées à Tan-Tan 7% [13], à Mauritanie 10.66% [7], et dans les pays développés : Royaume-Uni 6,2% [17] et la Turquie 5,5 % [22].

La prévalence du psoriasis au Maghreb a été estimée à : 1,2%, au Maroc 1,5%, en Tunisie 1,32% et en Algérie 1,02%. En Europe, la prévalence du psoriasis varie de 0,6% à 6,5%. Il touche environ 1 à 3% de la population générale. [52]

7. Dermatoses vasculaires:

Dans notre étude, on a constaté un cas d'ulcère variqueux et un cas de purpura, ce qui représente 8.33% de l'ensemble des dermatoses. Cette prévalence est supérieure que celle retrouvée à Marrakech 2.17% [3] et en tunisie 0.6% [20].

L'ulcération chronique des membres inférieurs se définit par une perte de substance cutanée profonde sans tendance spontanée à la cicatrisation, en général située au niveau de la partie déclive des membres inférieurs. L'étiologie est dominée par l'origine vasculaire le plus souvent veineuse. L'ulcère veineux est fréquent, récurrent, grave avec un impact socioéconomique négatif. Les autres étiologies sont les infections, les cancers cutanés, les maladies de système, et les affections métaboliques, neurologiques et hématologiques. [53], [54]

Dans une étude rétrospective sur les malades hospitalisés pour ulcère chronique du membre inférieur dans le service de dermatologie vénérologie du CHU MOHAMED VI de MARRAKECH [55] sur une période de 14 ans (2003–2016), 64 cas d'ulcère chronique des membres inférieurs ont été notés, soit une fréquence de 4,57 ulcères/an. Ces résultats sont comparables à une étude à Rabat [56] qui avait rapporté 21 cas sur une période de 7 ans soit une fréquence de 3 ulcères/an. Par contre une étude faite à Fès [57] avait trouvé une fréquence de 11,4 ulcères/an (57 cas/ 5ans).

On a recensé un cas de purpura, soit 4.17% de toutes les dermatoses constatées.

Le purpura est un aspect clinique des vascularites cutanées des vaisseaux de petit calibre, ce terme désigne un groupe vaste et hétérogène de maladies qui ont en commun une atteinte inflammatoire de la paroi des artérioles, veinules ou capillaires du derme, mais dont le pronostic et le traitement peuvent être très variables selon qu'il s'agit d'une atteinte cutanée pure ou d'une vascularite systémique. [58]

Le mécanisme physiopathologique retenu dans la majorité des cas est le dépôt ou la formation in situ de complexes immuns et de complément dans la paroi vasculaire, entraînant un

afflux de polynucléaires dont l'activation libère des enzymes lysosomiales responsables de la nécrose. D'autres mécanismes sont cependant impliqués dans certaines entités. [59]

L'aspect clinique le plus fréquent est le purpura vasculaire. Il est, par opposition au purpura d'origine plaquettaire, infiltré, palpable, prédominant aux membres inférieurs, aggravé par l'orthostatisme, polymorphe (pétéchial et ecchymotique, parfois nécrotique, pustuleux...) et parfois associé à d'autres lésions élémentaires (papules, nodules, lésions nécrotiques, bulles hémorragiques, urticaire ou livedo). Les lésions urticariennes sont fixes et non prurigineuses ; les lésions papuleuses peuvent être trompeuses, monomorphes et localisées sur le tronc et les membres. [59]

8. Dermatoses tumorales:

On a recensé un cas de suspicion de carcinome basocellulaire chez une patiente âgée (80 ans), soit une fréquence de 4.17% de l'ensemble des dermatoses.

Ce résultat est comparable avec une étude faite lors d'une caravane médicale à la Mauritanie , qui retrouve un pourcentage de 3.83% des adultes, et un pourcentage de 2.78% à Errachidia [12].

En Tunisie [20] une étude des dermatoses du sujet âgé plus de 65 ans a montré que les tumeurs représentaient le deuxième motif de consultation chez cette tranche d'âge, surtout les tumeurs bénignes 63.1% des sujets âgée.

Les carcinomes basocellulaires (CBC) sont les cancers de la peau les plus fréquents dans la population adulte de plus de 50 ans et à peau claire. Leur incidence est en augmentation dans le monde entier. L'exposition aux ultraviolets est le principal facteur cancérigène. Certaines gènes peuvent prédisposer à la formation de carcinomes basocellulaires à un âge plus précoce. Les CBC sont hétérogènes, allant de lésions superficielles ou nodulaires de bon pronostic à des lésions très étendues difficiles à traiter qui doivent être discutées en comités

multidisciplinaires. Le pronostic est lié au risque de récurrence du CBC ou à son pouvoir infiltrant local. [60]

IV. Adaptation du cursus de l'enseignement de la dermatologie aux consultations de médecine de famille:

1. Cursus d'enseignement de la dermatologie en faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech:

1.1. La théorie:

La sémiologie dermatologique est enseignée en deuxième année en deux heures sous forme de travaux dirigés.

La pathologie dermatologique était enseignée en 3ème. Après la nouvelle réforme, elle est maintenant enseignée en 4ème année sous forme de sous module avec la pathologie endocrinienne intitulé: Revêtement cutané – Glandes endocrines. Le volume horaire est passé de 30 H à 25H. Le tableau VII ci-dessous illustre le contenu du sous module de la Dermatologie:

Tableau V: contenu du sous module de dermatologie

Dermatologie : cours magistral		
Chapitre	Objectifs	Volume horaire
Conduite à tenir devant une urétrite	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Préciser l'épidémiologie des urétrites ❖ Diagnostiquer une urétrite ❖ Orienter le diagnostic étiologique d'une urétrite ❖ Connaître les complications d'une gonococcie et des urétrites NG ❖ Planifier le traitement d'une gonococcie et des urétrites NG ❖ Connaître les principes de la prévention des IST 	1 H
Conduite à tenir devant une ulcération de la muqueuse génitale	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Orienter le diagnostic étiologique d'une ulcération de la muqueuse génitale ❖ Diagnostiquer un chancre syphilitique ❖ Définir les réactions sérologiques de la syphilis et interpréter les résultats de ces réactions ❖ Diagnostiquer un chancre mou ❖ Diagnostiquer un chancre mixte ❖ Enumérer les autres étiologies des ulcérations de la muqueuse génitale ❖ Planifier le traitement d'un chancre syphilitique, d'un chancre mou et d'un chancre mixte 	1H
La syphilis	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diagnostiquer une syphilis primaire ❖ Diagnostiquer une syphilis secondaire ❖ Diagnostiquer une syphilis tertiaire ❖ Diagnostiquer une syphilis latente ❖ Définir les réactions sérologiques de la syphilis et interpréter les résultats ❖ Planifier un traitement pour la syphilis primaire, secondaire, latente et tertiaire 	1H
Les manifestations cutanées du VIH	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Décrire les manifestations cutanées de la primo-infection par le VIH ❖ Diagnostiquer la maladie de Kaposi ❖ Identifier les différentes infections cutanées rencontrées au cours de l'infection par le VIH ❖ Identifier les manifestations cutanées non infectieuses de l'infection par le VIH ❖ Enumérer les manifestations dermatologiques devant faire proposer une sérologie VIH 	1 H

Tableau V: contenu du sous module de dermatologie « suite »

Dermatologie : cours magistral		
Chapitre	Objectifs	Volume horaire
Dermatoses bactériennes	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Enumérer les infections bactériennes non folliculaires ❖ Diagnostiquer et traiter un impétigo ❖ Diagnostiquer et traiter une anite streptococcique ❖ Diagnostiquer et traiter un ecthyma gangréneux ❖ Diagnostiquer et traiter un syndrome des enfants ébouillantés ❖ Diagnostiquer et traiter un erythrasma ❖ Diagnostiquer et traiter un panaris ❖ Diagnostiquer et traiter un érysipèle ❖ Diagnostiquer une fasciite nécrosante ❖ Enumérer les infections bactériennes folliculaires ❖ Diagnostiquer et traiter les folliculites superficielles et les folliculites profondes ❖ Connaître les principales complications des infections cutanées 	2 H
Tuberculose cutanée	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identifier les formes cliniques de la tuberculose cutanée ❖ Distinguer les complications cutanées du BCG ❖ Etablir le diagnostic positif d'une tuberculose cutanée ❖ Etablir le schéma thérapeutique de la tuberculose cutanée 	1 H
Lèpre	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Expliquer le cycle de la lèpre sur des arguments immunologiques ❖ Distinguer les principales formes cliniques de la lèpre ❖ Identifier les lésions extra-cutanées de la lèpre ❖ Enoncer les principaux médicaments actifs dans la lèpre 	1 H

Tableau V: contenu du sous module de dermatologie « suite »

Dermatologie : cours magistral		
Chapitre	Objectifs	Volume horaire
<p>Dermatoses virales</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Infections à herpès simplex virus ❖ Varicelle - Zona <ul style="list-style-type: none"> ❖ Infections à papilloma-virus ❖ Molluscum contagiosum 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Infections à herpès simplex virus ❖ Expliquer le cycle du virus herpès simplex ❖ Diagnostiquer cliniquement une primo-infection herpétique ❖ Diagnostiquer une récurrence herpétique ❖ Diagnostiquer les formes graves de l'herpès ❖ Traiter les infections herpétiques ❖ Infections à Varicelle- Zona virus ❖ Expliquer le cycle du virus Zona-varicelle ❖ Diagnostiquer une varicelle ❖ Diagnostiquer les formes graves de la varicelle ● ❖ Traiter la varicelle ❖ Diagnostiquer un zona ❖ Diagnostiquer les complications du zona ❖ Traiter un zona ❖ Traiter les algies post-zostériennes ❖ Papillomes viraux ❖ Diagnostiquer les verrues ❖ Diagnostiquer les papillomes ano- génitaux ❖ Reconnaître les modalités thérapeutiques des verrues et des papillomes ano- génitaux ❖ Molluscum contagiosum ❖ Diagnostiquer un molluscum contagiosum ❖ Connaître les modalités thérapeutiques du molluscum contagiosum 	2 H
<p>Mycoses superficielles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Enumérer les différents types d'agents mycosiques responsables d'infections superficielles ❖ Connaître le profil épidémiologique des différents agents pathogènes responsables ❖ Savoir diagnostiquer et traiter les infections mycosiques superficielles 	2 H
<p>Les ectoparasitoses cutanées</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diagnostiquer une gale et une pédiculose ❖ Traiter la gale et la pédiculose 	1 H

Tableau V: contenu du sous module de dermatologie « suite »

Dermatologie : cours magistral		
Chapitre	Objectifs	Volume horaire
Acné	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diagnostiquer l'acné ❖ Identifier les formes graves de l'acné ❖ Expliquer les mécanismes physiopathologiques de l'acné ❖ Traiter les formes non graves ❖ Connaître les principes du traitement des formes graves 	1 H
Le Psoriasis	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diagnostiquer un psoriasis ❖ Expliquer la physiopathologie du psoriasis ❖ Identifier les formes compliquées du psoriasis ❖ Identifier les formes graves du psoriasis ❖ Connaître les principes du traitement du psoriasis 	1 H
Le prurit	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Orienter le diagnostic étiologique devant un prurit ❖ Identifier les principales étiologies de prurit avec et sans lésions dermatologiques ❖ Connaître le principe du traitement d'un prurit 	1 H
Les Eczémas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Définir les eczémas ❖ Expliquer la physiopathologie de l'eczéma de contact ❖ Distinguer les formes cliniques de l'eczéma de contact ❖ Expliquer la physiopathologie de la dermatite atopique ❖ Distinguer les formes cliniques de la dermatite atopique ❖ Planifier la démarche du diagnostic étiologique de l'eczéma de contact ❖ Identifier les complications de l'eczéma de contact et de la dermatite atopique ❖ Connaître les principes thérapeutiques de l'eczéma de contact et de la dermatite atopique 	2 H

Tableau V: contenu du sous module de dermatologie « suite »

Dermatologie : cours magistral		
Chapitre	Objectifs	Volume horaire
Les Urticaires	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Expliquer les mécanismes physiopathologiques de l'urticaire ❖ Diagnostiquer une urticaire aiguë ❖ Diagnostiquer une urticaire chronique ❖ Conduire la démarche diagnostique à la recherche d'une étiologie ❖ Evaluer les signes de gravité d'une urticaire ❖ Enumérez les différentes étiologies des urticaires chroniques ❖ Enoncer les principes du traitement des urticaires 	1 H
Toxidermies médicamenteuses	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Distinguer les différentes formes cliniques des toxidermies médicamenteuses ❖ Evaluer les signes de gravité d'une toxidermie ❖ Identifier les critères d'imputabilité 	1 H
Dermatoses bulleuses	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Connaître une dermatose bulleuse ❖ Expliquer les mécanismes physiopathologiques des dermatoses bulleuses ❖ Distinguer les principales hypothèses diagnostiques ❖ Justifier les examens complémentaires ❖ Savoir diagnostiquer les dermatoses bulleuses auto-immunes ❖ Faire le diagnostic de l'érythème polymorphe ❖ Connaître les principes du traitement des dermatoses bulleuses 	2 H
Les cancers cutanés épithéliaux	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identifier les facteurs prédisposants aux cancers cutanés ❖ Identifier les principales dermatoses précancéreuses ❖ Diagnostiquer un carcinome baso-cellulaire ● Distinguer les différentes formes cliniques d'un carcinome baso-cellulaire ❖ Diagnostiquer un carcinome épidermoïde ❖ Connaître le principe thérapeutique des cancers épithéliaux 	2 H

Tableau V: contenu du sous module de dermatologie « suite »

Dermatologie : cours magistral		
Chapitre	Objectifs	Volume horaire
Mélanomes	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identifier les facteurs prédisposants aux mélanomes ❖ Diagnostiquer un mélanome ❖ Citer les éléments pouvant faire craindre la dégénérescence d'un naevus ❖ Distinguer les différentes formes cliniques du mélanome ❖ Connaître le principe thérapeutique du mélanome 	1 H
Conduite à tenir devant un érythème noueux	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Définir la lésion élémentaire caractéristique de l'érythème noueux ❖ Mener une enquête étiologique devant un érythème noueux 	1 H

La synthèse thérapeutique est enseignée en 5ème année.

Avant la réforme, le volume horaire était de 6h axé sur le traitement des pathologies fréquentes notamment les infections cutanées, les infections sexuellement transmissibles, l'acné, l'urticaire et les eczémas.

Après la nouvelle réforme, le volume horaire de la synthèse thérapeutique a été réduit à 2 heures axé sur les traitements topiques en dermatologie.

1.2. La pratique:

Le stage de dermatologie est un stage complémentaire de 2 mois en 4ème année et en 6ème année. Les patients hospitalisés ont des pathologies rares et compliqués : les dermatoses bulleuses, les formes graves du psoriasis, les lymphomes cutanés, les infections sévères et les toxidermies. Ces pathologies sont rarement rencontrées en médecine de famille.

Les étudiants externes bénéficient des consultations, mais le nombre des consultations restent insuffisants pour leur formation.

Le tableau VI ci-dessous illustre les objectifs de stage de dermatologie :

Tableau VI : objectifs de stage de dermatologie .

OBJECTIFS DU STAGE	
Identifier les lésions élémentaires en dermatologie	
Interpréter une sérologie syphilitique	
ARC :	Un prurit chronique
Mener une enquête étiologique devant	Une ulcération génitale
	Un érythème noueux
	Une jambe inflammatoire
Identifier cliniquement des lésions pré-cancéreuses cutanéomuqueuses	
Évoquer une tumeur maligne cutanée en se basant sur l'anamnèse et l'examen clinique	
Rédiger une ordonnance pour	Un adolescent atteint de l'acné
	Un enfant atteint d'une teigne
	Un patient atteint d'une gale
	Un patient atteint d'un psoriasis en plaque
	Un patient atteint d'une infection bactérienne cutanée
	Un patient atteint d'une infection virale cutanée
	Un patient atteint d'une infection mycosique cutanée superficielle
	Un patient atteint d'un eczéma de contact
	Un patient atteint d'une urticaire aigüe ou chronique
Rechercher cliniquement des signes d'atypie d'un nævus	
Planifier le traitement d'une IST	
Réaliser un pansement chez un patient atteint d'ulcère de jambe chronique	
Réaliser un prélèvement bactériologique d'une lésion dermatologique	
Réaliser un prélèvement parasitologique des squames et des cheveux	

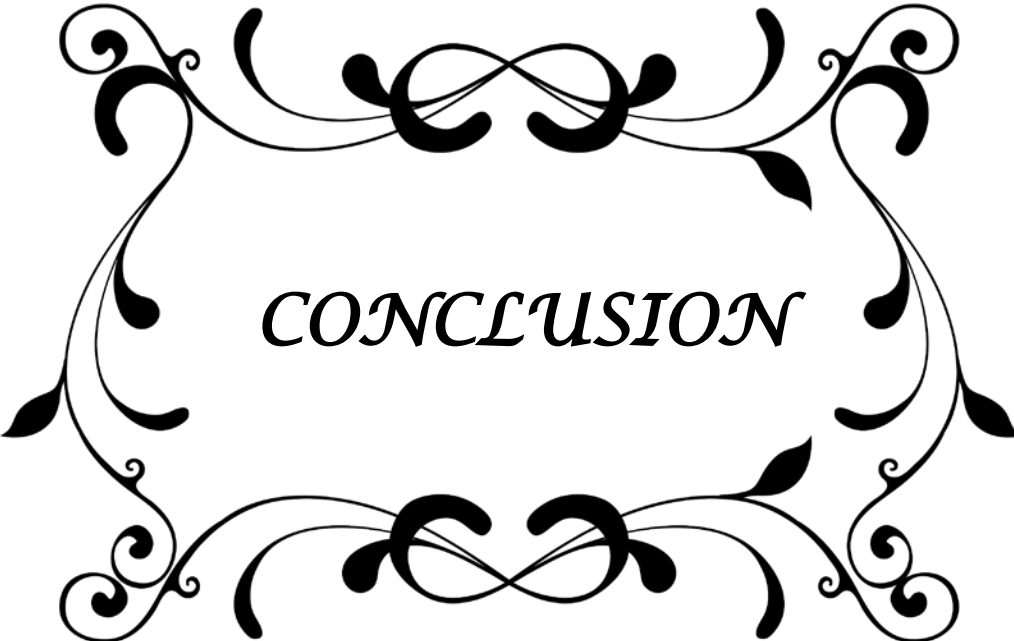
2. Recommandations:

Dans notre étude, les motifs dermatologiques occupent la 3ème place par ordre de fréquence dans la pratique du médecin généraliste avec une prévalence de 12 %. Alors que le stage hospitalier en dermatologie est non obligatoire.

Nous recommandons de rendre le stage hospitalier en dermatologie obligatoire, de courte durée et axé sur la consultation externe dans les centres de santé et chez les médecins généralistes avec un encadrement.

Nous recommandons aussi d'augmenter le volume horaire de la synthèse thérapeutique en dermatologie.

Des pathologies dermatologiques graves et qui représentent un problème de santé publique nécessitent un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate, comme les cancers cutanés, les infections cutanées et les IST, **d'où l'intérêt des formations continues au profit des médecins généralistes au secteur public et libéral.**

A decorative floral frame with intricate scrollwork and leaf patterns, surrounding the word 'CONCLUSION'.

CONCLUSION

Les Médecins généralistes sont souvent les premiers médecins à être consultés pour des problèmes de peau. Leur rôle est alors fondamental dans le diagnostic et le traitement des maladies dermatologiques courantes, dans la surveillance de la santé globale des patients, leur orientation vers les spécialistes appropriés et leur aide à maintenir un mode de vie sain.

Une prévalence des maladies dermatologiques de 12% de l'ensemble des motifs observés par les médecins généralistes au secteur libéral à Safi ne permet qu'affirmer la place de la dermatologie dans la pratique de médecine de famille.

Notre étude a révélé une prédominance des dermatoses d'origines infectieuses, suivies par les dermatoses immuno-allergiques ainsi que les vulvo-vaginites en seconde position.

Enfin, il est nécessaire de faire des études sur le sujet pour mieux cerner le profil épidémiologique des dermatoses sur le plan national, afin d'optimiser la formation des étudiants en médecine et également la formation continue des médecins d'une part, et d'améliorer l'offre de soin d'autre part.

A decorative rectangular frame composed of black, stylized floral and scrollwork patterns. The frame is centered on the page and contains the word "ANNEXES" in the middle.

ANNEXES

La prévalence des dermatoses en médecine
générale dans le secteur libéral à Safi

Fiche d'exploitation

Date de consultation :/...../.....

Lieu de consultation : Cabinet Dr.

Profil du médecin : -Sexe : M F

-Tranche d'âge : 30-39 40-49 50-59 60-69

-Nombre d'années de travail :

-Ville de formation :

o **Identité :**

✓ Age :

✓ Sexe : M F

✓ Origine : Rurale Urbaine

✓ Niveau socio-économique : Bas Moyen Elevé

✓ Profession :

o **Motif de consultation :**

✓ **Extra dermatologique :**

Gastro Pneumo Cardio Rhumato Néphro Endocrino Hémato

Infectieuse Neuro Psychiatrie Viscéral Traumato Uro ORL

Ophtalmo Neurochir Maxillo Gynéco

✓ **Dermatologique :**

o **Antécédents :**

✓ Personnels :

Atopie personnelle : oui non

Prise medicamenteuse :

Autres :

✓ Familiaux :

Consanguinité : oui non

Atopie familiale : oui non

Cas similaires : oui non

Pathologie génétique : oui non

Autres :

o **Debut de la maladie :**

≤ 2 semaines

2-4 semaines

≥ 4 semaines

o **Evolution :**

Aigue

Chronique

Par poussées

- **Signes fonctionnels :**
 - Eruption cutanée
 - Atteinte unguéale
 - Ecoulement urétral
 - Ecoulement Vaginal
 - Chute de cheveux
 - Prurit
 - Fièvre
 - Douleur
- **Lésion élémentaire :**
 - Taille :
 - Couleur :
 - Forme et disposition : Arrondie Ovale Polygonale Linéaire
Annulaire Polycyclique Serpigineuse Placard Zoniforme
Herpétiforme Réticulé Arciforme
- **Topographie :**
 - Muqueuses
 - Cuir chevelu
 - Visage
 - cou
 - Tronc
 - Dos
 - plis
 - Membres supérieurs
 - Périnée
 - Membres inférieurs
- **Etendu :**
 - Généralisé
 - Localisé
- **Limite :**
 - Bien limité
 - Mal limité
- **Diagnostic clinique :**
- **Examens paracliniques :**
- **Traitement :**
 - Abstention
 - Traitement médical
 - Molécules :
 - Voies d'administration :
 - Dose :
 - Durée :
 - Référé
- **Accord de prise de photo :** Oui Non



Résumé

Les études concernant les motifs de consultation en médecine de famille sont encore rares au Maroc. L'objectif de notre travail est d'étudier le profil épidémiologique des dermatoses vues par le médecin de famille au secteur libéral vue l'absence d'étude similaire dans ce secteur. Pour cela, nous avons mené une étude transversale à visée descriptive et analytique, réalisée durant 2 mois (avril et mai 2022) chez une population de tout âge consultant en médecine générale dans le secteur privé à la ville de Safi.

L'étude a été faite sur un échantillon de 200 patients, répartis entre 10 cabinets de médecins généralistes libéraux distribués selon les différents arrondissements de la ville de Safi.

Nous rapportons ici les résultats relatifs à notre spécialité, à savoir les différentes pathologies dermatologiques recensées.

Vingt-quatre (24) consultations ont été enregistrées et différentes pathologies cutanées diagnostiquées soit une prévalence de 12% de l'ensemble des motifs de consultation. Les maladies dermatologiques occupent la 3ème place après les pathologies gastro-entérologiques et gynécologiques. Les principales pathologies rencontrées étaient comme suit : la pathologie infectieuse venait en tête avec 45,83%, suivie par la pathologie immuno-allergique dans 12,5%, les vulvo-vaginites dans 12,5%, la pathologie anxieuse dans 8,33% et les dermatoses vasculaires dans 8,33%. Le reste de la pathologie dermatologique dont les dermatoses inflammatoires et la pathologie tumorale cutanée étaient moins fréquentes.

Il est nécessaire de poursuivre les études sur le sujet pour mieux cerner le profil épidémiologique des dermatoses sur le plan national, afin d'optimiser la formation des étudiants en médecine et également la formation continue des médecins d'une part, et d'améliorer l'offre de soin d'autre part.

Abstract

Studies concerning the reasons for consultation in family medicine still rare in Morocco. The objective of our work is to study the epidemiological profile of dermatoses seen by family physicians in private sector, because there is no similar study in this sector. For this purpose, we did a cross-sectional study with a descriptive and analytical aims, carried out during 2 months (April and May 2022) among a population of all ages consulting in general medicine in the private sector in Safi.

The study was carried out on a sample size of 200 patients, distributed among 10 private general practitioners' offices in different areas of the city of Safi.

We report here the results related to our specialty, namely the different dermatological pathologies identified.

Twenty-four (24) consultations were reported and different skin diseases were diagnosed, which represents a prevalence of 12% of all consultations.

Dermatological diseases occupy the 3rd place after gastroenterological and gynecological pathologies. The main pathologies observed were as follows: infectious pathologies were in the lead with 45.83%, followed by immuno-allergic pathologies in 12.5%, vulvovaginitis in 12.5%, adnexal pathologies in 8.33% and vascular dermatoses in 8.33%. The rest of the dermatological diseases including inflammatory dermatoses and cutaneous tumors were less frequent.

It is necessary to continue the studies on the subject to better define the epidemiological profile of dermatoses on the national level, in order to optimize the learning of medical students and also the continuous training of doctors, as well as to improve the quality of health care.

ملخص

لا تزال الدراسات حول الأسباب الرئيسية للاستشارة في طب الأسرة نادرة في المغرب. الهدف من عملنا هو دراسة الملامح الوبائية للأمراض الجلدية التي يصادفها أطباء الأسرة في القطاع الخاص، بالنظر إلى عدم وجود دراسات مماثلة في هذا القطاع. من أجل ذلك، أجرينا دراسة مقطعية بهدف وصفي وتحليلي على مدى شهرين (أبريل وماي 2022) للمرضى من جميع الفئات العمرية خلال استشارتهم للطب العام في القطاع الخاص في مدينة آسفي.

أجريت الدراسة على عينة من 200 مريض مقسمة على 10 عيادات للأطباء العامين بالقطاع الخاص موزعة على مختلف مناطق مدينة آسفي.

نورد هنا النتائج المتعلقة بتخصصنا، أي الأمراض الجلدية المختلفة التي تم تحديدها.

تم تسجيل أربع وعشرين (24) استشارة وتم تشخيص عدة أمراض جلدية مختلفة، أي بنسبة انتشار 12% من أصل جميع أسباب الاستشارات. تحتل الأمراض الجلدية المرتبة الثالثة بعد أمراض الجهاز الهضمي وأمراض النساء. كانت أهم الأمراض التي تمت مصادفتها على النحو التالي: جاءت الأمراض المعدية في المرتبة الأولى بنسبة 45.83%، تليها أمراض الحساسية المناعية بنسبة 12.5%، والالتهابات الفرجية المهبيلية في 12.5%، وأمراض الأظافر و الغدد الجلدية في 8.33%، والأمراض الجلدية الشريانية بنسبة 8.33%. أما باقي الأمراض الجلدية بما في ذلك الأمراض الجلدية الالتهابية والأورام الجلدية فقد كانت أقل تواترا.

من الضروري مواصلة الدراسات حول هذا الموضوع لتحديد الصورة الوبائية للأمراض الجلدية بشكل أفضل وذلك على المستوى الوطني، من أجل تحسين التكوين الأساسي لطلبة الطب والتكوين المستمر للأطباء، وكذلك لتحسين العرض الصحي.

A decorative floral frame with intricate scrollwork and leaf patterns, surrounding the central text.

BIBLIOGRAPHIE

1. **A. Mahé, A. Prual, M. Konaté, and P. Bobin,**
“Skin diseases of children in Mali: a public health problem,”
Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg., vol. 89, no. 5, pp. 467–470, Sep. 1995, doi:
10.1016/0035-9203(95)90068-3.
2. **T. J. Ryan,** “HEALTHY SKIN FOR ALL,
” *Int. J. Dermatol.*, vol. 33, no. 12, pp. 829–835, Dec. 1994, doi: 10.1111/j.1365-
4362.1994.tb01014.x.
3. **Kandil A.**
Profil épidémiologique des dermatoses constatées à Marrakech au cours d’une étude
réalisé entre décembre 2020 et février 2021.
Thèse de médecine à la FMPM.2021 ; 71 p.
4. **HAUT-COMISSARIAT AU PLAN**
“Le Maroc en chiffres, 2021”.
5. **Direction de la Planification et des Ressources Financières, Division de la Planification et
des Etudes, Service des Etudes et de l’Information Sanitaire,**
“Santé en chiffres 2016”.
6. **E. W. Verhoeven et al.,**
“Skin diseases in family medicine: prevalence and health care use,”
Ann. Fam. Med., vol. 6, no. 4, pp. 349–354, 2008.
7. **AMAHRA Idoumou,**
“Les dermatoses dans la zone d’ADRAR, Mauritanie”
Thèse en médecine à la FMPM. 2022 ; 93p.
8. **L. J. Borda, S. J. Louis, M. Fethiere, D. Dure, and B. W. Morrison,**
“Prevalence of skin disease in urban Haiti: A cross-sectional study,”
Dermatology, vol. 235, no. 6, pp. 495–500, 2019.
9. **O. A. Kerr, M. J. Tidman, J. J. Walker, R. D. Aldridge, and E. C. Benton,**
“The profile of dermatological problems in primary care,”
Clin. Exp. Dermatol., vol. 35, no. 4, pp. 380–383, Jun. 2010, doi: 10.1111/j.1365-
2230.2009.03586.x.
10. **Direction De La Recherche Des Etudes De L’évaluation Et Des Statistiques**
“Les consultations et visites des médecins généralistes – Un essai de typologie,” 2004.

11. **Z. OUADI and M. BOUI,**
“Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant”
Thèse en médecine, 2011, 71p.
12. **L. Oulhadj and M. Ait Ourhouil,**
“Profil épidémiologique des dermatoses constatées au sud-est du Maroc au cours de la caravane médicale annuelle 2001 (à propos de 1005 cas),”
PhD Thesis, Thèse en médecine, 2003.
13. **S. Osmane,**
“Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique relevé lors d’une caravane médicale à Tan-Tan.,”
PhD Thesis, Thèse Doctorat Médecine, Marrakech, 2011.
14. **E. Clyti et al.,**
“Notes sur les Dermatoses en RDP Lao,”
Bull Soc Pathol Exot, vol. 1003, pp. 2005-6, 2007.
15. **M. Boui and A. Lemnaouer,**
“Expérience dermatologique de l’hôpital marocain de campagne à Brazzaville (Congo),”
Médecine Trop., vol. 69, no. 1, pp. 13-17, 2009.
16. **F. E. Lamchahab et al.,**
“Bilan d’hospitalisation du service de dermatologie-vénérologie du CHU Ibn Sina Rabat Maroc,” *Pan Afr. Med. J.*, vol. 7, p. 17, Nov. 2010.
17. **P. T. Doe, A. Asiedu, J. W. Acheampong, and C. M. E. Rowland Payne,**
“Skin diseases in Ghana and the UK,”
Int. J. Dermatol., vol. 40, no. 5, pp. 323-326, 2001, doi: 10.1046/j.1365-4362.2001.01229.x.
18. **O. Onayemi, S. A. Isezuo, and C. H. Njoku,**
“Prevalence of different skin conditions in an outpatients’ setting in north-western Nigeria,”
Int. J. Dermatol., vol. 44, no. 1, pp. 7-11, 2005.
19. **D. Dimri, V. Reddy B, and A. Kumar Singh,**
“Profile of skin disorders in unreached hilly areas of North India,”
Dermatol. Res. Pract., vol. 2016, 2016.

20. **A. Souissi, F. Zeglaoui, B. Zouari, and M. R. Kamoun,**
“A study of skin diseases in Tunis. An analysis of 28,244 dermatological outpatient cases,”
Acta Dermatovenerol. Alp. Pannonica Adriat., vol. 16, no. 3, pp. 111–116, Sep. 2007.
21. **N. Ruzza, P. H. Itin, and H. Beltraminelli,**
“Urgent consultations at the dermatology department of Basel University Hospital, Switzerland: characterisation of patients and setting—a 12-month study with 2,222 patients data and review of the literature,”
Dermatology, vol. 228, no. 2, pp. 177–182, 2014.
22. **M. E. Bilgili, H. Yildiz, and G. Sarici,**
“Prevalence of skin diseases in a dermatology outpatient clinic in Turkey. A cross-sectional, retrospective study.”
J. Dermatol. Case Rep., vol. 7, no. 4, p. 108, 2013.
23. **A. Mahé, I. Ah. . Cissé, O. Faye, H. T. N’Diaye, and P. Niamba,**
“Skin diseases in Bamako (Mali),”
Int. J. Dermatol., vol. 37, no. 9, pp. 673–676, 1998, doi: 10.1046/j.1365-4362.1998.00454.x.
24. **S. Baghestani, S. Zare, and A.–A. Mahboobi,**
“Skin disease patterns in Hormozgan, Iran,”
Int. J. Dermatol., vol. 44, no. 8, pp. 641–645, 2005, doi: 10.1111/j.1365-4632.2004.02140.x.
25. **W. H. Organization,**
“Epidemiology and management of common skin diseases in children in developing countries,” World Health Organization, 2005.
26. **B. Havlickova, V. A. Czaika, and M. Friedrich,**
“Epidemiological trends in skin mycoses worldwide,”
Mycoses, vol. 51, pp. 2–15, 2008.
27. **T. J. Taha et al.,**
“Aspects épidémiologiques des mycoses superficielles observées dans la région de Tunis,”
J. Mycol. Médicale, vol. 3, no. 24, pp. e128–e129, 2014.

28. **C. Cole and J. Gazewood,**
“Diagnosis and treatment of impetigo,”
Am. Fam. Physician, vol. 75, no. 6, pp. 859–864, Mar. 2007.

29. **F. Moulin, B. Quinet, J. Raymond, Y. Gillet, and R. Cohen,**
“[Managing children skin and soft tissue infections],”
Arch. Pediatr. Organe Off. Soc. Francaise Pediatr., vol. 15 Suppl 2, pp. S62–67, Oct. 2008,
doi: 10.1016/S0929-693X(08)74218-0.

30. **A. N. Geria and R. A. Schwartz,**
“Impetigo update: new challenges in the era of methicillin resistance,”
Cutis, vol. 85, no. 2, pp. 65–70, Feb. 2010.

31. **W. Geng et al.,**
“Molecular characteristics of community-acquired, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* isolated from Chinese children,”
FEMS Immunol. Med. Microbiol., vol. 58, no. 3, pp. 356–362, Apr. 2010, doi:
10.1111/j.1574-695X.2010.00648.x.

32. **Y. Liu, F. Kong, X. Zhang, M. Brown, L. Ma, and Y. Yang,**
“Antimicrobial susceptibility of *Staphylococcus aureus* isolated from children with impetigo in China from 2003 to 2007 shows community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* to be uncommon and heterogeneous,”
Br. J. Dermatol., vol. 161, no. 6, pp. 1347–1350, Dec. 2009, doi: 10.1111/j.1365-2133.2009.09376.x.

33. **M. J. Levin, A. Weinberg, and D. S. Schmid,**
“Herpes Simplex Virus and Varicella-Zoster Virus,”
Microbiol. Spectr., vol. 4, no. 3, Jun. 2016, doi: 10.1128/microbiolspec.DMIH2-0017-2015.

34. **R. H. Dworkin et al.,**
“Recommendations for the management of herpes zoster,”
Clin. Infect. Dis. Off. Publ. Infect. Dis. Soc. Am., vol. 44 Suppl 1, pp. S1–26, Jan. 2007,
doi: 10.1086/510206.

35. **R. W. Johnson and R. H. Dworkin,**
“Treatment of herpes zoster and postherpetic neuralgia,”
BMJ, vol. 326, no. 7392, pp. 748–750, Apr. 2003, doi: 10.1136/bmj.326.7392.748.

36. **E. M. McDonald, J. de Kock, and F. S. F. Ram,**
“Antivirals for management of herpes zoster including ophthalmicus: a systematic review of high-quality randomized controlled trials,”
Antivir. Ther., vol. 17, no. 2, pp. 255–264, 2012, doi: 10.3851/IMP2011.

37. **J. P. Trama, M. E. Adelson, and E. Mordechai,**
“Identification and genotyping of molluscum contagiosum virus from genital swab samples by real-time PCR and Pyrosequencing,”
J. Clin. Virol. Off. Publ. Pan Am. Soc. Clin. Virol., vol. 40, no. 4, pp. 325–329, Dec. 2007, doi: 10.1016/j.jcv.2007.09.007.

38. **K. J. Smith, J. Yeager, and H. Skelton,**
“Molluscum contagiosum: its clinical, histopathologic, and immunohistochemical spectrum,”
Int. J. Dermatol., vol. 38, no. 9, pp. 664–672, Sep. 1999, doi: 10.1046/j.1365-4362.1999.00677.x.

39. **O. Chosidow,**
“Scabies and pediculosis,”
Lancet Lond. Engl., vol. 355, no. 9206, pp. 819–826, Mar. 2000, doi: 10.1016/s0140-6736(99)09458-1.

40. **A. G. M. Al Samarai,**
“Prevalence of skin diseases in Iraq: a community based study,”
Int. J. Dermatol., vol. 48, no. 7, pp. 734–739, 2009.

41. **M. Almohideb,**
“Epidemiological patterns of skin disease in Saudi Arabia: a systematic review and meta-analysis,” *Dermatol. Res. Pract.*, vol. 2020, 2020.

42. **A. Soria and C. Francès,**
“[Urticaria: diagnosis and treatment],”
Rev. Med. Interne, vol. 35, no. 9, pp. 586–594, Sep. 2014, doi: 10.1016/j.revmed.2014.01.008.

43. **D. Tennstedt, M.–C. Jacobs, M. Baeck, and J.–M. Lachapelle,**
“Dermatitis alérgica de contacto,”
EMC – Dermatol., vol. 46, no. 3, pp. 1–17, Sep. 2012, doi: 10.1016/S1761-2896(12)61899-8.

44. **A. Maleb, M. Frikh, Y. B. Lahlou, B. Belefquih, A. Lemnouer, and M. Elouennass,**
“Écoulements vaginaux d’origine infectieuse chez la femme adulte à l’hôpital militaire d’instruction Mohammed V de Rabat (Maroc) : étude de 412 cas,”
Rev. Sage-Femme, vol. 17, no. 3, pp. 122–126, Jun. 2018, doi:
10.1016/j.sagf.2018.03.004.

45. **G. La Ruche et al.,**
“Épidémiologie actuelle des infections sexuellement transmissibles bactériennes en France,”
Presse Médicale, vol. 42, no. 4, Part 1, pp. 432–439, Apr. 2013, doi:
10.1016/j.lpm.2012.09.022.

46. **DIRECTION DE L'EPIDEMIOLOGIE ET DE LUTTE CONTRE LES MALADIES,**
“Revue de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles au Maroc”
Termes de référence de la consultation, activité n 1116, 2021.

47. **L. Misery,**
“Quoi de neuf sur le prurit ?,”
Rev. Fr. Allergol., vol. 52, no. 3, pp. 181–184, Apr. 2012, doi:
10.1016/j.reval.2012.01.007.

48. **L. Misery and S. Ständer,**
Pruritus, vol. 81. Springer, 2010.

49. **C. Gallen and N. Raison-Peyron,**
“Orientation diagnostique et conduite à tenir devant un prurit,”
Rev. Fr. Allergol., vol. 51, pp. S29–S32, Nov. 2011, doi: 10.1016/S1877-0320(11)70030-6.

50. **H. C. Williams, R. P. Dellavalle, and S. Garner,**
“Acne vulgaris,”
The Lancet, vol. 379, no. 9813, pp. 361–372, Jan. 2012, doi: 10.1016/S0140-6736(11)60321-8.

51. **J. REVUZ,**
“Examen Clinique et lésions élémentaires,”
Acné Données Nouv. Prise En Charge Springer-Verl. Fr., vol. 3, pp. 13–30, 2010.

52. **A. Ammar-Khodja et al.,**
“EPIMAG: international cross-sectional epidemiological psoriasis study in the Maghreb,”
Dermatology, vol. 231, no. 2, pp. 134-144, 2015.
53. **P. Amblard,**
“Ulcères de jambe,”
EMC – Podol.-Kinésithérapie, vol. 1, no. 4, pp. 173-198, Nov. 2004, doi:
10.1016/j.emck.2004.08.001.
54. **B. Bejaud,**
“Épidémiologie des ulcères de jambes,”
Ann Dermatol Venereol, vol. 129, pp. 1225-6, 2002.
55. **FARES Amine,**
“Les aspects cliniques, épidémiologiques, et étiologiques des ulcérations chroniques des
ulcérations chroniques des membres inférieurs”
Thèse en médecine à la FMPM. 2017; 141p.
56. **A. R. WURIE,**
“Ulcère de jambe : Etude rétrospective a propos de 21 cas.,”
PhD Thesis, 2008.
57. **EL BAKKAL A.**
“Les ulcères de jambes : étude prospective à propos de 57 cas”
Thèse Med Fès 2011; 55p.
58. **J. C. Jennette and R. J. Falk,**
“Small-vessel vasculitis,”
N. Engl. J. Med., vol. 337, no. 21, pp. 1512-1523, Nov. 1997,
doi:10.1056/NEJM199711203372106.
59. **TANCREDE-BOHIN E.**
“Vascularites cutanées des vaisseaux de petits calibres”
Thérapeutique Dermatologique, 2005.
60. **N. Basset-Seguin and F. Herms,**
“Update in the Management of Basal Cell Carcinoma,”
Acta Derm. Venereol., vol. 100, no. 11, p. adv00140, Jun. 2020, doi:
10.2340/00015555-3495.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،
للصالح والطلح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

نسبة انتشار الأمراض الجلدية في مجال الطب العام بأسفي

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2023/01/30
من طرف

السيد عمر بلقزيز

المزداد في 25 مارس 1996 بأسفي

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

انتشار – الأمراض الجلدية – معطيات وبائية سريرية – القطاع الخاص – الطب العام

اللجنة

الرئيس

م. أمين

السيد

المشرف

أستاذ في علم المعطيات الوبائية السريرية

السيد

س. أمال

أستاذ في أمراض الجلد

السيدة

و. حكار

أستاذة في أمراض الجلد

السيدة

ل. أدرموش

أستاذة مبرزة في الطب الاجتماعي

الحكام