



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

Année 2021

Thèse N° 149

Prévalence des dermatoses en médecine communautaire à Marrakech

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 06/07/2021

PAR

Mr. Anas KANDIL

Né le 25 Octobre 1995 à Mohammedia

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Prévalence-Médecine communautaire- Profil épidémiologique-clinique.

JURY

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

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي
أنعمت عليّ وعلى والديّ وأن أعمل
صالحاً ترضاه وأصلح لي في ذريّتي إني
تبت إليك وإني من المسلمين"



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



LISTE DES PROFESSEURS

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

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 maxillo faciale	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADMOU Brahim	Immunologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KISSANI Najib	Neurologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAOUAD Inass	Néphrologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale

BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUËL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- vasculaire	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	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 maxillo faciale	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 KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ALJ Soumaya	Radiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	KADDOURI Said	Médecine interne
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	SAJAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto-rhino - Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation

EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	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 KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio-vasculaire	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	HAIHOUI Farouk	Neurochirurgie
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	HAJJI Fouad	Urologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	Hammoune Nabil	Radiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELLASRI Salah	Radiologie	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BENZALIM Meriam	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	MILLOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	NASSIH Houda	Pédiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAGGABI Amine	Neurologie

DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-pathologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organique	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	WARDA Karima	Microbiologie
ELATIQI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie		

LISTE ARRETEE LE 01/02/2021



DÉDICACES

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude,
Mon amour, mon respect, et ma reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que...*



Je dédie cette thèse à...

A ma très chère mère

Mon soutien moral et source de joie et de bonheur, celle qui s'est toujours sacrifiée pour me voir réussir, Puisse Dieu, le tout puissant, te protéger et t'accorder une meilleure santé et longue vie, Aucun mot ne décrira jamais assez la formidable mère que tu es. Puisse Dieu te préserver et t'accorder bonne santé et longévité afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.

A mon très cher père

Quoique je puisse dire ou écrire, je ne pourrais jamais exprimer ma grande affection, ma profonde reconnaissance et ma fierté d'être ton fils. Tu as veillé sur mon éducation et mon bien être avec amour, tendresse, dévouement et perfection. Tu as été et tu seras toujours un exemple pour moi par tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme. que Dieu préserve ton sourire et t'assure une bonne santé et une longue vie.

A mon très cher frère

Aucun mot ne décrira jamais assez la chance que j'ai d'avoir un magnifique frère comme toi, Merci d'être toujours le premier à me soutenir dans les bons comme dans les mauvais moments. Je te souhaite tous le bonheur du monde et une vie pleine de sérénité

À la mémoire de mes grands-pères

Vous nous avez quittés très tôt, mais ma mémoire d'enfant ne vous oubliera jamais Puisse dieu tout puissant vous accorder sa clémence, sa miséricorde et vous accueillir dans son saint paradis

A mes chères grandes-mères

Vous étiez toujours là au bon moment, merci pour votre soutien, et votre bienveillance... que dieu le tout puissant vous préserve et vous procure tout le bonheur, et vous apporte santé, bonheur et longue vie

A ma très chère compagnante

En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent, un grand merci pour ton soutien. Tu es toujours présente pour me soutenir et m'encourager. Reçois par ce travail le témoignage, la profonde affection que j'ai pour toi.

A mes chers amis

En souvenir de notre sincère et profonde amitié et des moments agréables que nous avons passés. Veuillez trouver dans ce travail cher ami l'expression de mon respect le plus profond et de mon affection la plus sincère. je n'oublierai jamais votre soutien dans les moments les plus difficiles ...je ne vous remercierais jamais assez...

A mes oncles, mes tantes et tous mes cousins et cousines

Je vous dédie ce travail en témoignage du soutien que vous m'aviez accordé et en reconnaissance des encouragements durant toutes ces années.

A tous mes enseignants tout au long de mes études...

A tous les patients qui m'ont généreusement fait part de leurs expériences, leurs peines

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai oublié de citer... Qu'ils me pardonnent...



REMERCIEMENTS



A notre maître et rapporteur de thèse

Pr. S.AMAL

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous confier ce travail. Vos qualités scientifiques et humaines ainsi que votre modestie nous ont profondément marqués et nous servent d'exemple. Vous nous avez à chaque fois réservé un accueil aimable et bienveillant. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de notre estime et notre profond respect.

A notre maître et président de thèse

Pr. M.AMINE

Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous avez donné en acceptant de présider notre jury de thèse. Nous vous exprimons notre profonde admiration pour la sympathie et la modestie qui émanent de votre personne. Veuillez considérer ce modeste travail comme expression de notre reconnaissance.

A notre maître et juge de thèse

Pr. O.HOCAR

Vous nous faites un grand honneur de juger cette thèse. Votre compétence et votre sens du devoir nous ont profondément imprégnés. Que ce travail soit l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A notre maître et juge de thèse

Pr.L ADARMOUCH

Nous vous sommes infiniment reconnaissant d'avoir accepté aimablement de juger ce travail. Permettez-nous de vous exprimer notre admiration pour vos qualités humaines et professionnelles. Veuillez trouver ici l'expression de notre estime et notre considération.



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations

OMS	: Organisation mondiale de la santé
IST	: Infections sexuellement transmissibles
S.Aureus	: Staphylococcus aureus
SARM	: Staphylococcus aureus résistant à la méticilline
ORL	: Otorhinolaryngologie
DA	: Dermatite atopique
SARS-COV	: Le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère



PLAN



INTRODUCTION	1
PATIENTS ET MÉTHODES	3
I. Type d'étude	4
II. Partenaires	4
III. Zone d'étude	4
IV. Population d'étude	4
V. Démographie médicale des centres de santé à Marrakech	5
VI. Échantillonnage	5
VII. Le recueil des données	6
1. Le questionnaire	6
2. La démarche	6
3. Analyse statistique	6
RÉSULTATS	7
I. Description générale de l'échantillon	8
1. Données démographiques	8
2. L'âge	8
3. Le sexe	8
4. Les motifs de consultation	9
II. Description des cas de dermatoses	11
1. L'âge	11
2. Le sexe	11
3. Les signes fonctionnels	12
4. Le mode d'installation	13
5. Le diagnostic clinique	13
III. Iconographie	17
DISCUSSION	26
I. Données démographiques des patients consultants pour une dermatose	27
II. La fréquence des maladies dermatologiques en pratique de la médecine de famille	28
III. Répartition des maladies dermatologiques	29
1. Les dermatoses infectieuses	29
2. Les dermatoses immuno-allergiques	33
3. les infections sexuellement transmissibles	36
4. les engelures	38
5. Prurit isolé	38
6. La pathologie annexielle	39
7. Les dermatoses inflammatoires	40
8. Ulcère de la jambe	42
IV. Adaptation du cursus de l'enseignement de la dermatologie aux consultations de médecine communautaire	43
1. Cursus d'enseignement de la dermatologie en faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech	43

2. Recommandations.....	51
CONCLUSION.....	52
ANNEXES.....	54
RÉSUMÉS.....	60
BIBLIOGRAPHIE.....	64



INTRODUCTION



La première mission des facultés de médecine est la formation de médecins généralistes immédiatement opérationnels dans leur contexte socioéconomique et épidémiologique(1)

La **médecine générale**, ou **médecine de famille**, prend en charge le suivi durable, le bien-être et les soins de santé généraux primaires d'une communauté, sans se limiter à des groupes de maladies relevant d'un organe, d'un âge, ou d'un sexe particulier.

En effet, le médecin généraliste n'est ni un médecin «par défaut» ni un «micro poly spécialiste» mais un professionnel de santé techniquement qualifié, socialement engagé et fournissant à une population donnée des soins de premier recours, continus, globaux, intégrés, efficaces et efficaces (2).

La médecine générale, une médecine d'interface entre la communauté et le premier échelon du système de soins de santé, impose par conséquent des procédures et des stratégies spécifiques et totalement différentes de l'exercice médical hospitalier .

La consultation dans le cadre des soins de santé est une prestation au cours de laquelle le prestataire recueille toute information nécessaire, en vue d'aboutir au diagnostic pour finalement prendre une décision qui peut être une action curative et/ou prophylactique.

Dans notre travail, nous nous proposons de présenter et d'analyser les différents motifs de consultation constatés lors de la consultation aux centres de santé représentant les différents arrondissements de la ville de Marrakech, d'analyser le profil épidémioclinique des dermatoses et de les comparer aux données de la littérature dans le but de fournir une base de données immédiatement utilisable pour identifier les motifs de consultation les plus couramment évoqués et décrire les caractéristiques démographiques des patients vus en consultation externe.

Ainsi, le curriculum d'enseignement devrait être adapté aux besoins de santé de la population de référence pour une prise en charge optimale.



PATIENS ET MÉTHODES



I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique, réalisée entre décembre 2020 et février 2021, pour une durée de 3 mois chez une population de tout âge consultant en médecine générale dans la ville de Marrakech.

II. Partenaires :

- Service de dermatologie vénérologie CHU Med VI de Marrakech.
- Service d'épidémiologie Faculté de Médecine de Marrakech.
- La délégation de la santé de Marrakech.
- Structures de santé primaire publique : centres de santé.

III. Zone d'étude :

La ville de Marrakech:

La préfecture de Marrakech, occupe un territoire évalué à 260 Km², La densité globale de la population est de 5358.48 habitants/km² (Année 2019). Selon les données du dernier recensement de la population (2019), la ville de Marrakech compte 1 393 206 habitants (3)

IV. Population d'étude :

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

V. Démographie médicale des centres de santé à Marrakech :

Il existe 39 centres de santé publique dans la ville de Marrakech, avec un nombre total de médecins de 107 ; réparti entre médecins généralistes (92 médecins) et médecins spécialistes (15 médecins)(Tableau I)

Tableau I : Centres de santé urbains et nombre de médecins/centre

Centre de santé	Nombre de médecins	Centre de santé	Nombre de médecins
Agdal Bahmad	2	Gueliz	2
Bad Aylane	2	H. El fetouaki	2
Arsa Moha	1	Kasbah	2
Bahia	2	M'hamid	5
Jnane Afia	1	Hay El Hassani	8
Zraïb	1	Mohammadia	4
Bab Taghzoute	1	Sidi Amara	3
Abbassy	3	Akiod	5
Dar Bacha	2	Massira III	1
Merstane	1	Maatallah	2
Mokef	3	Y. Ben T	4
Mouassine	2	Oasis	3
Riad Laârousse	2	Echouhada	2
Bab Doukkala	4	Ain Itti	2
Cadi Ayad	3	Fekhara	3
Castor	4	Dar Tounsi	2
Azli	3	El Azzouzia	3
Hay El Mohammadi	7	Sidi Ghanem	2
El Massira	3	Tamensourt	3
El Kobba	2		

VI. Échantillonnage :

La taille de l'échantillon proposée par les épidémiologistes, était de 400 patients. Dix centres de santé, représentant les différents arrondissements de la ville de Marrakech ont été choisis.(Castor,bab taghzout, sraghna, massira1, maatallah, mhamid, ain itti, azli, oasis, kobba).

On a réparti le nombre des patients sur le nombre des centres choisis ce qui revient à 40 questionnaires par centre de santé. Les centres de santé ont été choisis d'une telle façon à représenter les différents arrondissements de la ville de Marrakech

VII. Le recueil des données :

1. Le questionnaire :

Pour réaliser notre étude, on a établi un questionnaire sous forme numérique à l'aide de Google Forms. (Annexe 1)

Le questionnaire comprend une partie anamnestique contenant les données générales des patients: âge, sexe, le motif de consultation, une deuxième partie dédiée à l'examen clinique dermatologique: début de la maladie, évolution, signes fonctionnels, lésions élémentaires, étendue, limite, forme et disposition, taille, topographie et une dernière partie concernant le diagnostic clinique dermatologique.

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 centre de santé concerné par l'étude. Des photos ont été prises après consentement écrit par les patients.

3. Analyse statistique :

Les données recueillies ont été codées et saisies sur google sheets.



RESULTATS



I. Description générale de l'échantillon

1. Données démographiques :

Le nombre des patients inclus dans l'étude était de 400.

2. L'âge :

L'âge moyen de la population était de 29,9 ans avec des extrêmes allant de 2 mois à 86 ans. La médiane d'âge était 26 ans.

128 patients étaient âgés de moins de 15 ans (31,75%), 273 avaient un âge supérieur à 15 ans (68,25%).(Figure 1)

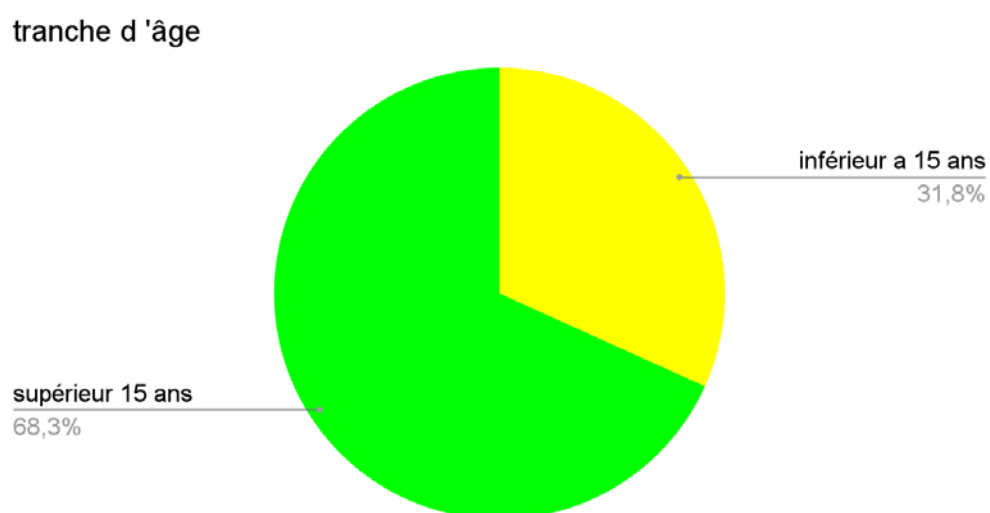


Figure 1 : Répartition selon les tranches d'âge.

3. Le sexe:

L'échantillon était composé de 261 femmes (65,25%) et 139 hommes (34,75%). (Figure 2)

le sexe

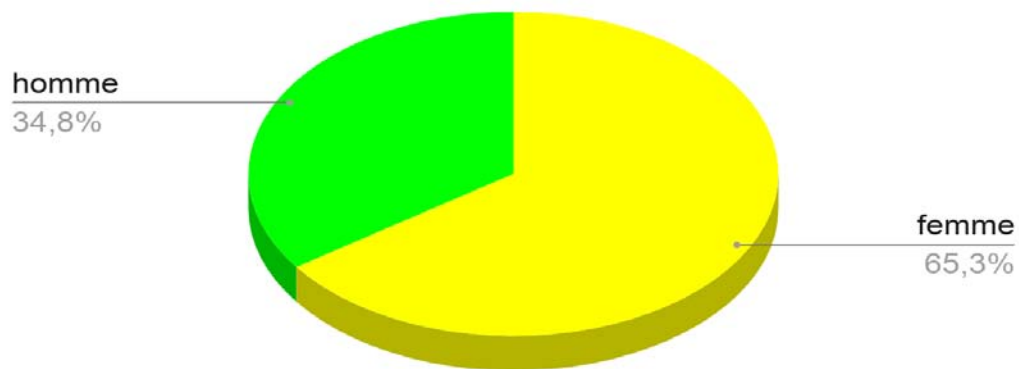


Figure 2 : Répartition selon le sexe.

4. Les motifs de consultation :

Les motifs de consultation les plus fréquents étaient en rapport avec la pathologie :
(figure 3)

- **ORL** : 78 cas (19,5%) faits de 35 cas de maux de gorge, 14 cas d'otalgie, 9 cas de vertige, 7 cas de douleur buccale, 4 cas d'acouphènes, 3 cas de rhinorrhée, 3 cas de tuméfaction cervicale, 2 cas d'anosmie et 1 cas de tuméfaction sous maxillaire.
- **Digestif** : 69 cas (17,25%), dont 32 cas de douleur abdominale, 13 cas de diarrhée, 11 cas de constipation, 4 cas de vomissement, 4 cas de dyspepsie, 3 cas de douleur anale et 2 cas de masses abdominales.
- **Ostéo-articulaire** : 52 cas (13%) faits de 14 cas de lombalgie, 13 cas de gonalgie, 5 cas de cervicalgie, 5 cas de jambe douloureuse, 4 cas d'épaule douloureuse, 4 cas de poignet douloureux, 2 cas de coude douloureux, un cas de hanche douloureuse, un cas de talalgie, un cas de dorsalgie, un cas de boiterie et un cas de genu varum.
- **Dermatologique** : 46 cas (11,5%) faits de 34 cas d'éruption cutanée, 7 cas d'écoulement vaginal, 3 cas de prurit et 2 cas d'atteinte unguéale.
- **Pneumologique** : 40 cas (10%) faits de 25 cas de toux fébrile, 11 cas de toux sèche et 4 cas de dyspnée.

- 31 cas avec **motifs généraux** (7.75%) faits de 14 cas asthénie, 9 cas de frissons , 3 cas d'anorexie, 2 cas d'amaigrissement, 2 cas de pâleur et 1 cas de retard staturo pondéral.
- **Cardiologie** : 17 cas (4,25%) faits de 8 cas de douleur thoracique, 4 cas de dyspnée d'effort, 4 cas de palpitations et 1 cas d'oedème du membre inférieur.
- **Neurologie** : 17 cas (4,25%) faits de 13 cas de céphalée et 4 cas de paresthésie.
- **Gynécologie** : 16 cas (4%) faits de 6 cas de mastodynie, 6 cas de dysménorrhée, 2 cas d'algies pelviennes et 2 cas d'aménorrhée secondaire.
- **Ophtalmologie** : 11 cas (2.75%) faits de 5 cas d'œil rouge, 3 cas de brouillard visuel, 2 cas de larmoiement et 1 traumatisme oculaire.
- **Urologie** : 10 cas (2.5%) faits de 4 cas de dysurie, 3 cas de pollakiurie et 3 cas de testicule oscillant.
- **Psychiatrie** : 9 cas (2,25%) faits de 4 cas d'insomnie, 2 cas d'anxiété, 2 cas de retard scolaire et 1 cas d'énurésie.

les motifs de consultations

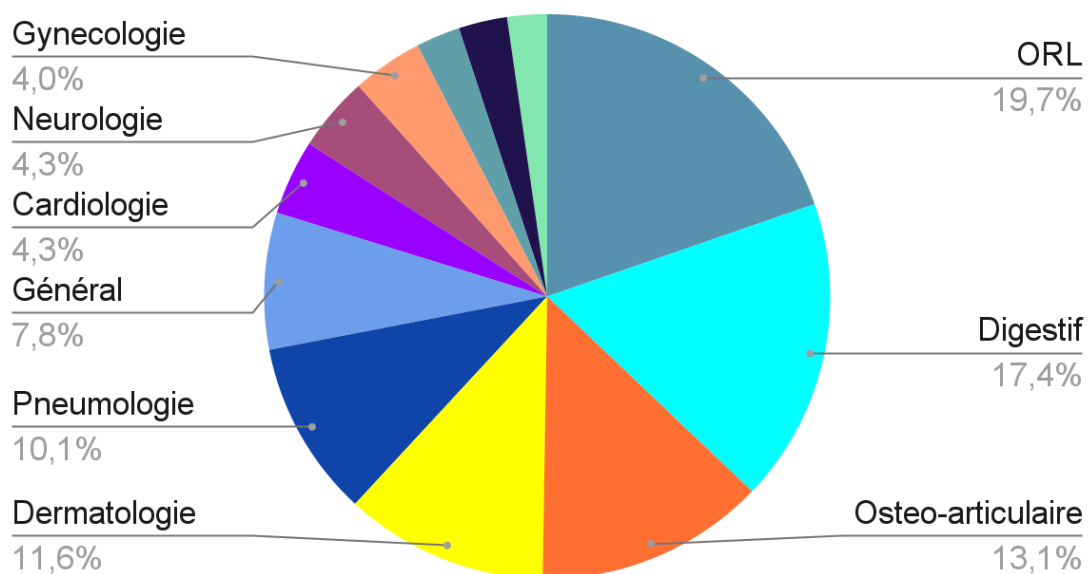


Figure 3 : Répartition selon le motif de consultation

II. Description des cas de dermatoses :

1. L'âge:

L'âge moyen des patients consultant pour une dermatoses était de 26,7 ans avec des extrêmes allant de 3 mois à 68 ans. La médiane d'âge était 24 ans.

19 patients étaient âgés de moins de 15 ans (41,30%), 27 avaient un âge supérieur à 15 ans (58.70%).(Figure 4)

l'âge

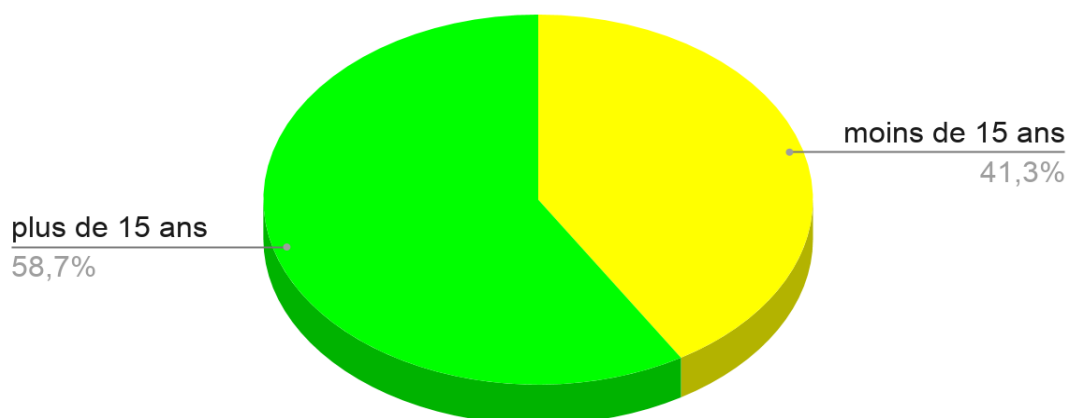


Figure 4 : Répartition des cas des dermatoses selon les tranches d'âge.

2. Le sexe:

32 patients consultant pour une dermatose étaient de sexe féminin (65.59%) et 14 patients étaient de sexe masculin (34.41%).(Figure 5)

le sexe

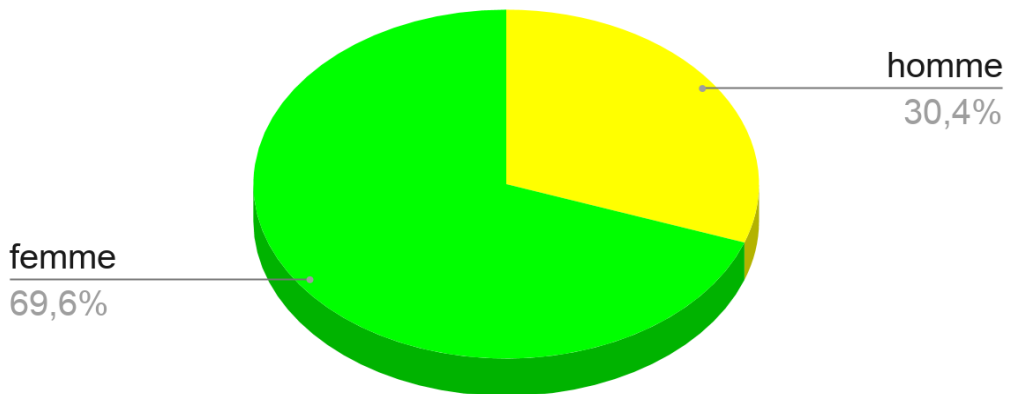


Figure 5 : Répartition des cas de dermatoses selon le sexe.

3. Les signes fonctionnels

Les signes fonctionnels recensés chez les malades consultant pour motif dermatologique étaient dominés par l'éruption cutanée dans 73,91% des cas et le prurit dans 69,56% des cas.(Figure 6)

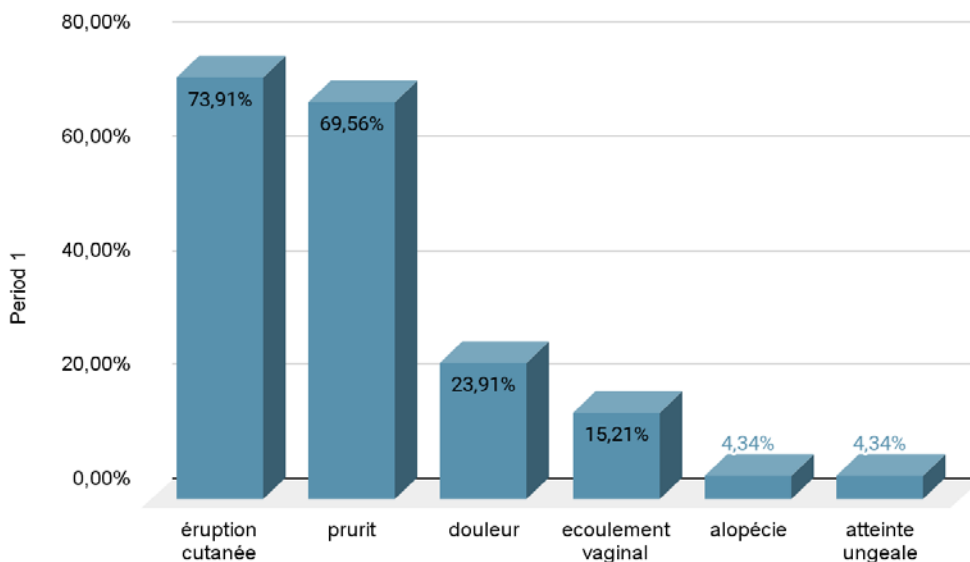


Figure 6 : fréquence des signes fonctionnels recensée chez les patients consultant pour une dermatose

4. Le mode d'installation :

71,74 % des lésions étaient aiguës et 28,26 % étaient chroniques.

5. Le diagnostic clinique:

5.1. Les infections cutanées:

On a recensé 16 cas d'infections cutanées (34.78%) dont 5 cas d'infections mycosiques, 5 cas d'infections bactériennes, 5 cas d'infections virales et un cas de leishmaniose cutanée.

a. **Infections mycosiques 5 cas (10.84%):**

- **2 cas d'intertrigo sous mammaire** chez deux patientes âgées respectivement de 56 ans et 63 ans, évoluant depuis plus d'un mois , elles présentaient toutes les 2 un placard érythémato-squameux prurigineux bien limité , et suintant chez une des patientes . (Photo 1)
- **Un cas de teigne** chez un patient âgé de 13 ans, évoluant depuis plus d'un mois. Il présentait une plaque unique de cuir chevelu érythémato-squameuse bien limitée, alopeciante et prurigineuse.
- **Un cas d'intertrigo Interorteil** chez une patiente âgée de 14 ans, évoluant depuis plus d'un mois. Elle présentait une desquamation sèche légèrement érythémateuse bien limitée et prurigineuse. (Photos 2, 3)
- **Un cas d'érythème fessier** chez une patiente âgée de 6 mois, évoluant depuis moins de 15 jours. Elle présentait un placard érythémateux suintant bien limité et prurigineux. (Photo 4)

b. **Infections bactériennes 5 cas (10.84%) :**

- **5 cas de furoncle** (10,84%) chez 3 femmes et deux hommes âgés respectivement de 34 ans, 35 ans, 56 ans pour les femmes et 13 ans, 58 ans pour les hommes, évoluant depuis moins de 15 jours chez 4 patients et plus

de un mois chez un patient. Ils présentaient une lésion nodulo papuleuse unique arrondie bien limitée et douloureuse, surmontée par une croûte chez deux patients .La lésion était localisée au niveau du dos chez deux patients, les épaules chez deux patients et la face chez un patient.(Photo 5)

c. Infections virales 5 cas (10.84%):

- **Deux cas de varicelle (4,34%)** chez deux patientes âgées respectivement de 5 ans et 6 ans, évoluant depuis moins de 15 jours. Elles présentaient des macules érythémateuses arrondies prurigineuses surmontées par des vésicules et des pustules. Les lésions étaient dispersées au niveau du dos, les épaules, les fesses, le cou et l'abdomen.(Photo 6)
- **Deux cas de molluscum contagiosum(4,34%)** chez une fille de 2 ans et un garçon de 5 ans, évoluant depuis moins de 15 jours chez les 2 patients. Ils présentaient des papules prurigineuses brillantes de couleur chair ombiliquées sur un fond érythémateux. Les lésions étaient localisées au niveau de l'abdomen chez les deux patients et au niveau des cuisses chez l'un des deux. (Photos 7, 8)
- **Un cas de syndrome pied-main-bouche (2,17%)** chez une patiente âgée de 3 ans, évoluant depuis moins de 15 jours. Elle présentait des lésions papulo-pustuleuses multiples arrondies localisées au niveau des mains et de la face.(Photos 9-11)

d. Infections parasitaires:

- **Un cas de leishmaniose cutanée (2,17%)** chez un patient résident à ouarzazate, âgé de 13 ans, évoluant depuis plus d'un mois. Il présentait une plaque verruqueuse sur un fond érythémateux, unique, arrondie bien limitée de 4 cm de diamètre au niveau du visage.(Photo 12)

5.2. Les dermatoses immuno-allergiques:

On a recensé 8 cas de dermatoses immuno-allergiques (17,39%) :

- **4 cas d'urticaire aiguë(8,69%)** chez un patient âgé de 11 ans et 3 patientes âgées respectivement de 32 ans , 32 ans et 36 ans, évoluant depuis moins de 15 jours chez les 4 patients. Ils présentaient des lésions généralisées faites de papules oedémateuses prurigineuses confluentes en placards.
- **Deux cas d'eczéma (4,34%)** chez deux patientes âgées respectivement de 23 ans et 45 ans, évoluant depuis moins de 15 jours chez une patiente et plus de 30 jours chez l'autre. Une présentait une lésion érythémato-squameuse au niveau des orteils et l'autre une lésion érythémato-vésiculeuse au niveau des mains. Les 2 lésions étaient prurigineuses.(Photo 13)
- **Deux cas de dermatite atopique (4,34%)** chez deux patients de sexe masculin âgés respectivement de 3 mois et 4 mois, évoluant depuis moins de 15 jours. Un présentait un placard érythémato-vésiculeux et l'autre un placard érythémato-suintant bien limité localisé aux zones convexes du visage.

5.3. Les infections sexuellement transmissibles:

- **7 cas de vulvo-vaginite(15,21%)** chez 7 femmes avec une moyenne d'âge de 30 ans et des extrême allant de 20 ans à 46 ans et une médiane à 29 ans, évoluant depuis moins de 15 jours chez toutes les patientes. Elles présentaient un écoulement vaginal, associé à un prurit chez 4 patientes.

5.4. Les engelures:

On a recensé 5 cas d'engelure (10,86%) chez 3 patients âgés respectivement de 12 ans et 14 ans et chez 2 patientes âgées respectivement de 11 ans et 46 ans, évoluant depuis moins de 15 jours chez les 5 patients. Ils présentaient un érythème associé à un œdème des doigts. (Photos 14, 15)

5.5. Prurit isolé:

On a recensé **3 cas de prurit isolé (6,52%)** chez 3 patientes âgées respectivement de 28 ans, 60 ans et 68 ans, évoluant depuis moins de 15 jours chez 2 patientes et de plus de 30 jours chez une patiente. Elles présentaient toutes des stries linéaires et des excoriations au niveau des jambes.(Photo 16)

5.6. Pathologies annexielles :

On a recensé 3 cas pathologies annexielles (6,51%):

- **Deux cas d'ongles incarnés (4,34%)** chez une patiente de 13 ans et un patient de 19 ans, évoluant depuis plus d'un mois. Ils présentaient tous les deux le tissu péri-unguéal oedematié, rouge, douloureux associé à un écoulement purulent latéral. (Photo 17)
- **Un cas d'acné (2,17%)** chez un patient âgé de 17 ans, évoluant depuis plus d'un mois. Il présentait une acné mixte à prédominance papulo-pustuleuse, et des microkystes au niveau du visage. (Photo 18)

5.7. Les dermatoses inflammatoires:

On a recensé deux cas de dermatoses inflammatoires (4,34%) :

- **Un cas de psoriasis (2,17%)** chez une patiente âgée de 48 ans, évoluant depuis plus de 30 jours. Elle présentait une plaque prurigineuse érythémato-squameuse bien limitée au niveau de la jambe. (Photo 19)
- **Un cas de dermite séborrhéique (2,17%)** chez une petite fille de 5 mois, évoluant depuis la naissance. Elle présentait une plaque arrondie mal limitée croûteuse et squameuse de 12 cm de diamètre localisée au niveau du cuir chevelu. (Photo 20)

5.8. Ulcère du pied gauche:

On a recensé **un cas d'ulcère du pied gauche (2,17%)** chez un patient âgé de 58 ans, évoluant depuis plus d'un mois .Il présentait une ulcération arrondie bien limitée de 9 cm de diamètre, surmontée par une croûte (Photo 21)

5.9. Piqûre d'insecte:

On a recensé 1 cas de piqûre d'insecte (2,17%) chez un patient âgé de 17 ans, évoluant depuis moins de 15 jours. Il présentait des papules oedémateuses érythémateuses confluentes en plaques au niveau du visage.

III. Iconographie:



Photo 1: intertrigo sous mammaire.



Photos 2 : intertrigo inter orteil du premier espace



Photo 3; intertrigo inter orteil du 2ème espace



Photo 4 : érythème fessier.



Photo 5: furoncle



Photo 6 : varicelle .



Photo 7 : Molluscum contagiosum.



Photo 8 : Molluscum contagiosum



Photo 9 : syndrome pied-main-bouche



Photo 10 : syndrome pied-main-bouche



Photo 11 : syndrome pied-main-bouche



Photo 12 : leishmaniose cutanée.

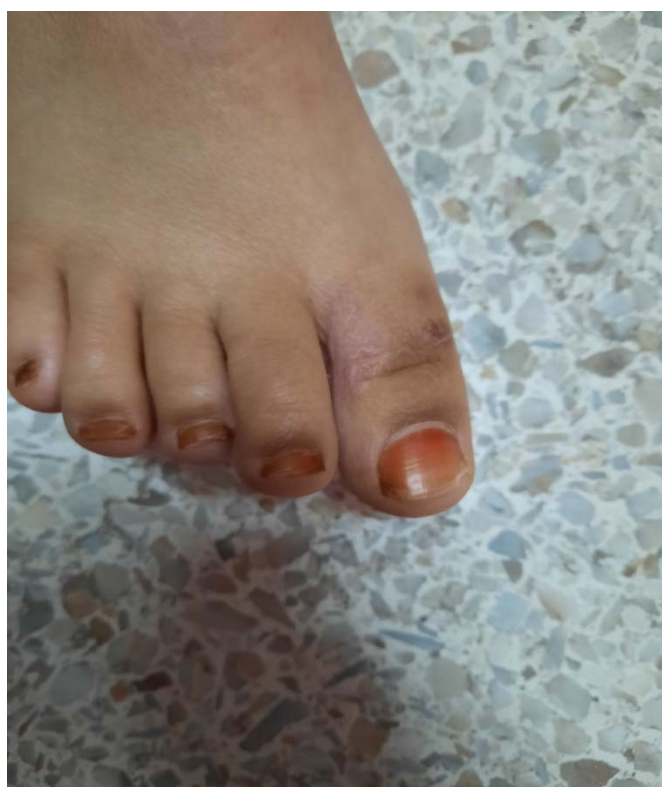


Photo 13 : eczéma de contact.



Photo 14 : engelure



Photo 15 : engelure



Photo 16 : lésions de grattage.



Photo 17 : ongle incarné



Photo 18 : acnée



Photo 19 : psoriasis .



Photo 20 : dermatite séborrhéique du nourrisson



Photo 21 : Ulcère du pied gauche.



DISCUSSION

I. Données démographiques des patients consultants pour une dermatose:

Nous avons examiné 46 patients avec une dermatose durant cette étude. L'âge moyen de nos patients était de 26,7 ans avec une nette prédominance du sexe féminin 65,59%.

Cette Prédominance féminine à été également notée au Maroc dans les consultations réalisées lors des caravanes à Rachidia(4), Tan-tan(5) et Taroudant(6), alors que dans les études faites en Laos(7) et Brazzaville(8) la répartition des malades selon le sexe est presque la même.

L'âge moyen des patients de notre série est inférieur à l'âge moyen rapporté par les études faites lors des caravanes de Rachidia, Tan-tan et Taroudant, qui était respectivement 32 ans, 31 ans et 31 ans.(Tableau II)

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

Auteurs	Année de l'étude	Lieu de l'étude	Nombre des patients avec une dermatose	Sexe féminin	Sexe masculin	Age moyen
Oulhadj L, Ait Ourhouil M et al	2001	Rachidia(4)	1005	64%	36%	32 ans
S.Ousmane et al	2006	Tan-tan(5)	657	58%	42%	31 ans
Z.Ouadi	2009	taroudant(6)	360	62%	38%	31 ans
Clyti E, Sayasone S et al	2007	République Démocratique Populaire (RDP) Laos(7)	421	48%	52%	31 ans
Boui M, Lemnaouer A. et al	2008	Brazzaville(8)	1217	50%	50%	-
Notre série	2020/2021	Marrakech	46	62,25%	37,75%	26,7 ans

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

La prévalence des pathologies dermatologiques dans notre étude était de 11,5 %. Elle occupe la 4ème place après les pathologies orl, digestives et ostéo articulaires.

Ce taux est plus élevé que celui rapporté par les études faites à Taroudant(6)(7%), à Abu Dhabi(9)(9,3%), au Mexique(10) (1,85 %) et en France(11) 2,5% .

Ce taux est similaire au taux rapporté par l'étude faite au Pays-Bas(12) 12,5%. Alors il est largement inférieur aux taux rapportés par les études faites au Nigeria(13) (28,6%) et en Haïti(14) (27%) . (Tableau III)

Tableau III : prévalence des dermatoses

Auteur	Année	Région	Nombre des patients avec une dermatose	Prévalence des pathologies dermatologique
O. Onayemi et al	1999-2001	Nigeria(13)	764	28,6%
L. J. Borda et al	2019	Haïti(14)	137	27%
E.Verhoeven et al	2002-2006	Pays-bas, Nijmegen(12)	501	12,5%
Ahmed M. Abu Share'ah et QL	1987/1988	Abu Dhabi(9)	26670	9,3%
Z.Ouadi et al	2009	Taroudant(6)	360	7%
Drees	2002/2003	France(11)	1000	2,5%
M. S Orozco et al	2015	Mexique(10)	170917	1,85%
Notre série	2020/2021	Marrakech	46	11,5%

La variété des résultats publiés est due à 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.

III. Répartition des maladies dermatologiques:

1. Les dermatoses infectieuses:

On a noté une prédominance des dermatoses infectieuses au cours de cette étude avec un pourcentage de 34,78%. Cette prédominance a été notée aussi lors des études faite à Taroudant(6) 26,8% à Tan tan(5) 28,4%, Iran(15) 25,7%, Tunis(16) 38,6% , Mali (17)41%, Ghana(18)46%, Haïti (14)40% , Nigeria(13) 44,4 % et en Inde(19)

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

Tableau IV : prévalence des dermatoses infectieuses.

Auteurs	Année	Région	nombre des malades avec une dermatose	pourcentage des dermatoses infectieuse
Asiedu A et al	2001	Ghana(18)	2244	46%
O. Onayemi et al	1999-2001	Nigeria(13)	764	44.4%
Mahé A,	1998	Mali(17)	10889	41%
L. J. Borda et al	2019	Haïti(14)	137	40%
Deepak Dimri,et al	2009-2014	India(19)	47465	39.54%
A. Souissi	1999/2000	Tunis(16)	28244	38.6%
S.OUSMANE	2006	Tan-tan(5)	657	28,4%
Z.Ouadi et al	2009	Taroudant(6)	360	26.8%
hahram Baghestani, et aSI	1998-2001	Iran(15)	6841	25,7%
Memet Ersan Bilgili	2011-2012	Turkey(21)	42,878	20,1%
N. Ruzza a	2013	Basel(20)	2222	18.8%
Asiedu A et al	2001	Royaume-Uni (18)	3883	9.1%
Notre series	2020/2021	Marrakech	46	34,78%

1.1. Les infections mycosiques :

Dans notre étude les infections mycosiques représentent 10,84 % des dermatoses et dominent les infections dermatologiques, ce taux est semblable ou légèrement inférieur au taux rapporté par les études faites à Taroudant(6) 15,8% , Tan Tan(5) 18,28%, en Mali(17) 13.5 %, Ghana (18)10.6, Tunis(16) 16,38%, Iran(15) 12,9 % et la Turquie(21)11,1% alors que dans les pays développés ce taux est largement inférieur comme le Royaume-Uni (18) ou elles représentent 1.9% et en Suisse(20) 5,1%.

Les infections fongiques de la peau et des ongles forment le groupe le plus répandu de toutes les mycoses. La prévalence des infections mycosiques superficielles a atteint un tel niveau au cours des dernières décennies qu'elles affectent aujourd'hui plus de 20–25 % de la population mondiale, ce qui en fait l'une des formes les plus fréquentes d'infections. La distribution des dermatomycoses, de leurs agents étiologiques varie selon l'emplacement géographique et les facteurs environnementaux, culturels et sociaux.

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.

Les agents pathogènes responsables des mycoses cutanées sont principalement des dermatophytes anthropophiles et zoophiles des genres *Trichophyton* , *Microsporum* et *Epidermophyton* .(22)

Dans notre étude on a diagnostiqué un cas de teigne.

Les teignes du cuir chevelu restent l'infection fongique la plus fréquente de l'enfant avant la puberté. Elle constitue encore un problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Elles restent relativement fréquentes au Maroc où elles ont fait l'objet de plusieurs études révélant des fréquences assez variables allant de 6,27 à 19,64 %(23)

Dans les pays subsahariens, les teignes représentent un taux de 3.2% en Guinée(24) et un taux de 5.3% à Brazzaville(8), alors qu'en Tunisie (25)l'incidence des teignes est estimée à 1.3%

1.2. Les infections bactériennes:

Dans notre étude, les infections bactériennes représentent 10.84% des cas. Un taux supérieur à Taroudant(6)3,67% et à Tan tan(5) 2,4% .

La fréquence des infections cutanées bactériennes est élevée dans les pays en voie de développement: en Tunisie (16) 9,24% , Iran(15) 4,6%, Ghana(18) 10,4% et au Mali (17) 5,6%.

Alors que dans les pays développés notamment le Royaume-Uni (18) ce taux était beaucoup plus faible 1%.

Les infections cutanées bactériennes sont dominées par les infections à Staphylocoque aureus: l'impétigo, la folliculite et les furoncles, .(26)

Le furoncle est une infection profonde du follicule pileux qui entraîne la formation d'abcès avec accumulation de pus et de tissu nécrotique. Les furoncles apparaissent sous forme de nodules rouges, gonflés et tendus sur les parties du corps portant des poils, et l'agent infectieux le plus commun est Staphylococcus aureus. Dans certains pays, le S. aureus résistant à la méthicilline est le pathogène le plus courant dans les infections cutanées et les tissus mous, ce qui est problématique puisque le traitement est difficile.(27)

Dans une étude prospective incluant 100 cas, réalisée au sein des cabinets de généralistes, de dermatologues et de pédiatres du secteur privé de Casablanca sur une durée de 18 mois (du juillet 2012 à janvier 2013)

Les SARM représentaient 6,66 % des staphylocoques isolés à partir des infections cutanées survenues en milieu communautaire entre 2012 et 2013. Ce pourcentage rejoint celui des études faites en Europe (4 à 8 %) et reste par contre loin des valeurs observées aux États-Unis (59 %). Néanmoins, même si le pourcentage des SARM en milieu communautaire est faible (6,66 %) la gravité des infections dues à cet agent, de même que l'augmentation de la prévalence des infections cutanées bactériennes, impose d'avoir des études et des données ultérieures sur les infections cutanées à staphylocoques en milieu communautaire.(28)

1.3. Les infections virales

Dans notre étude les infections virales : la varicelle, molluscum contagiosum et le syndrome pied main bouche représentaient 10,84%. Ce taux est supérieur à celui retrouvé à Taroudant(6) 2.93% et à Tan tan 0.4%(5).

La fréquence des infections virales varient entre 3,4% et 9,9% dans les différentes séries mondiales: en Tunisie (16) 9,9% , Iran(15) 6,4%, Ghana(18) 7.2%, Mali(17) 3,4 %, Royaume-Uni (18) 5.6% et la Turquie(20) 7,1 %.

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

1.4. Les infections parasitaire:

Dans notre étude nous avons noté un cas de leishmaniose chez un garçon vivant à Ouarzazate soit 2,17% des cas

La leishmaniose cutanée est actuellement endémique dans 87 pays à travers le monde. On estime que 250 000 à 500 000 de nouveaux cas surviennent chaque année, mais seulement une petite fraction des cas, 19–37%, sont effectivement notifiés aux autorités sanitaires. La leishmaniose cutanée affecte principalement les populations pauvres. Des épidémies peuvent survenir n'importe où, dans les zones urbaines et rurales.(29)

Au Maroc, comme dans la plupart des pays méditerranéens, les leishmanioses constituent un important problème de santé publique. Qu'elles soient zoonotiques ou anthroponotiques, cutanées ou viscérales, ces affections y sont largement représentées, depuis les montagnes du Rif jusqu'aux palmeraies per-arides des piémonts de l'Anti-Atlas. En 2016, le Maroc a été classé par l'OMS parmi les pays à forte charge de morbidité de la Leishmaniose cutanée et la Leishmaniose cutanée avec un taux d'incidence pour 10 000 habitants de 5,62 pour la Leishmaniose viscérale et 0,91 pour la Leishmaniose viscérale avec une population à risque de 14% pour la Leishmaniose cutanée et 10% pour la Leishmaniose viscérale. (30)

Pour cela le Ministère de la santé a déclaré cette maladie comme une zoonose majeure dans sa forme viscérale et un vrai problème de santé publique dans sa forme cutanée. Ces pathologies s'étendent de forme cutanée bénigne à la forme viscérale de pronostic grave : en

moyen 150 nouveaux cas de la leishmaniose viscérale à *Leishmania infantum* sont identifiés annuellement dans les centres hospitaliers soit un taux de 3%, réparties principalement au Nord du Maroc , et les leishmanioses cutanées qui sont marquées par une évolution endémo-épidémique représentent en moyen 4773 nouveaux cas déclarés chaque année avec un pourcentage de 97% observées dans le centre du pays, le Sud et le Sud-Est de la chaîne de l'Atlas(31,32)(Tableau V)

Tableau V : incidence de la leishmaniose cutanée dans différents régions au Maroc

Series	Nombre des cas	incidence
Tétouan(33) 2010-2016	76	11 cas /an
Jerada(34) 2010-2016	282	40 cas/an
El hajeb(35) 2013-201	17	3,4 cas /an
Imintanout(36) 2009-2012	923	230 cas/an
Taza(37) 2011-2015	943	223 cas/an
Séfrou(38) 2011-2015	278	56 cas/an
Ourazazat(39) 2010-2018	2886	320,6 cas/an
Ourazazat(40) 2002-2009	5418	677,25 ca/an

2. Les dermatoses immuno-allergiques:

La pathologie immuno-allergique occupe la seconde position avec un taux de 17,39 % faite de 4 cas d'urticaire aiguë (8,69%), deux cas d'eczéma (4,34%) et deux cas de dermatite atopique(4,34%).

Ce constat a été noté aussi lors des études faites à Taroudant (6) où ce taux était de 22,5% et a Tant tan(5) 23,43%, en Iran (15) 24.5% et en Mali (17) 20,4%.

La pathologie immuno-allergique occupait la première position des dermatoses en Turquie 21,8%(21), Iraq 33% (41), Arabie saoudite 24%(42)

Dans notre étude l'urticaire représente 8,69% des dermatoses(4 cas).

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 retrouvée 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.(43)

Dans notre étude l'eczéma représente 4,34% des dermatoses constatés .

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.(44)

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.(44)

Dans notre étude la dermatite atopique représente 4,34% des dermatoses constatés. La dermatite atopique (DA), ou eczéma atopique, est une dermatose inflammatoire prurigineuse de prédisposition génétique évoluant par poussées récidivantes sur un fond de chronicité atteignant essentiellement le nourrisson et le petit enfant . Souvent cette affection régresse avec l'âge, mais elle peut également persister au-delà de l'enfance et se poursuivre à l'âge adulte, ou même survenir pour la première fois à l'adolescence, voire chez l'adulte même âgé.

La DA est l'un des composants de la « maladie atopique » ou « la triade atopique », avec l'asthme et la rhinite allergique. Il s'agit souvent du premier problème à survenir dans « la marche atopique ».

Il s'agit d'une maladie multifactorielle inflammatoire de la peau, dont la pathogénie est complexe, résultant d'une interaction entre facteurs génétiques et environnementaux chez des sujets prédisposés, dits atopiques.(45)

Lors d'une étude transversale à visée descriptive et analytique, réalisée entre Novembre 2014 et Avril 2015, chez une population de 500 enfants âgés de moins de 10 ans, consultant en médecine générale dans la ville de Marrakech. La prévalence de la DA dans la ville de Marrakech était 6,75% proche de celui trouvé dans les pays Maghrébins et moins élevé que les résultats observés dans les pays développés.(46)

3. les infections sexuellement transmissibles:

Dans notre étude, on a constaté 7 cas de leucorrhée soit 15,21% des cas de dermatoses, et représentent 1,75% de l'ensemble des motifs de consultations, ce taux est supérieur à celui noté dans les études faites à Tan tan(5) 1%, Rachidia (4) 0.29% (3 cas), Tunisie(16) 1,83 % et Mali (47)11,38% .

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(48).

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(49)(Tableau VI)

Tableau VI: 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

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%. (50)

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. (50)

4. les engelures:

Dans notre étude, l'engelure représente 10,86 % des cas des dermatoses, ce taux élevé est expliqué par la période de l'étude qui était faite en hiver.

Classé dans les acrosyndromes vasculaires dystrophiques par l'Union internationale (1972), l'érythème pernio ou pernion, plus communément appelé engelure, se traduit par une lésion érythrocyanose des extrémités, s'accompagnant d'un prurit tenace et caractéristique qui appelle le grattage au réchauffement. Sa survenue se fait lors d'une exposition prolongée au froid humide modéré (8 à 10 °C), 12 à 24 heures après l'exposition ; elle régresse en 2 à 3 semaines mais récidive de façon saisonnière en automne et hiver. Les formes cliniques sont nombreuses et appellent en cas d'atypie des examens biologiques et paracliniques complémentaires. On retrouve un terrain familial (50 %), une dys réactivité micro vasculo tissulaire (68 à 80 %) principalement un terrain d'acrocyanose (45 %) et de phénomène de Raynaud (32 %). Bénigne dans 60 % des cas, elle peut être invalidante (34 %) et ulcérée (7 %)(51)

Simultanément à l'épidémie de COVID-19, il a été observé une augmentation de cas de pseudo-engelures, survenant le plus souvent chez des patients sans antécédent d'acrosyndrome, faisant suspecter l'imputabilité du virus SARS-CoV-2. plusieurs articles publiés rapportaient le même constat.(52-54)

5. Prurit isolé :

Dans notre étude, le prurit représente 6,52 % des cas de dermatose, ce taux est semblable à celui noté dans les études faites à Tan tan(5) 6,69 % et supérieur aux taux rapportés par les études faites à taraudant(6) 3,3%, Nigeria(13) 1.2%, Mali (17)1.5%, Tunisie(16) 1,7 %, Iran (15)1,3%, Turquie (21)1,6% et Pays-Bas(12) 2,2 %.

Le prurit est un signe fonctionnel qui se définit comme « une sensation qui provoque le besoin de se gratter ». Il peut être localisé ou généralisé. Il ne concerne que la peau et certaines muqueuses ou semi-muqueuses. Il existe un prurit qu'on peut qualifier de physiologique. Ce

prurit est discret. Il est plus important le soir et/ou quand on se dévêt. Chaque individu se gratte de nombreuses fois dans une journée sans que cela entraîne de désagrément majeur. Le prurit devient pathologique lorsqu'il induit des lésions de grattage ou lorsqu'il incite à consulter du fait d'un retentissement sur les activités quotidiennes ou le sommeil.(55)

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.(56)

6. La pathologie annexielle:

L'ongle incarné (deux cas) et l'acné (un cas) représentant 6,51% de l'ensemble des dermatoses dans notre étude.

Dans notre étude, l'ongle incarné représente 4,34% des dermatoses constatés. Ce taux est supérieur aux taux rapportés par les études faites à Tan tan(5) 0,6 %, Taroudant (6) 1,47%. et l' Iran (15) 0,4%.

L'ongle incarné est une affection fréquente. Il est source de douleur, d'inconfort et d'invalidités parfois significatives pour le patient. C'est une pathologie multifactorielle : infectieuse, génétique, traumatique...

Il est dû à une compression entre le bord latéral et la lame unguéale (limbe) et le bourrelet cutané au niveau du sillon péri unguéal. Ce conflit initie une cascade de réponses inflammatoires et infectieuses. C'est une pathologie spécifique des ongles du pied et reste exceptionnelle au niveau des mains.

L'ongle incarné est classé en 3 stades selon la présence des algies, de pus et d'hypertrophie

Les traitements sont nombreux : médico-pédicuriques et chirurgicaux .(57,58)

Dans notre étude l'acné représente 2,17%(un cas) des dermatoses constatés. Ce taux est inférieur aux taux rapportés par les études faites à Tan tan(5) 9 % , Taroudant (6) 6,61%, Nigeria(13) 7% , Mali (17) 4,2%, Tunisie (16) 6,9 % , Iran (15) 9,8%, Turquie(21) 13,1% et Pays-Bas (12) 9,6%

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 est la forme la plus commune et fréquente mais de nombreuses formes cliniques existent. L'acné est liée à une hyperproduction de sébum, des anomalies de la différenciation et de prolifération de l'épithélium infundibulaire et l'action d'une bactérie anaérobie *Propionibacterium acnes*. 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.(59)

7. Les dermatoses inflammatoires :

Le psoriasis (2,17%) et la dermite séborrhéique (2,17%) représentent 4,34 % de l'ensemble des cas de dermatoses constatés.

Dans notre étude le psoriasis représente 2,17%(un cas) des dermatoses constatés. Ce taux est semblable à celui rapporté par les études faites à Tan tan(5) % à Taroudant(6) 2,2% et en Tunisie (16)3,4 %, supérieur à celui rapporté au Ghana(18) 0,4 % et au Mali(17) 0,5%, Inférieur à celui rapporté par les pays développés : Royaume-Uni (18)6,2% et la Turquie(21) 5,5 %.

Ce taux reflète la prévalence du psoriasis dans ces pays. 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(60).

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. (60)

Le diagnostic est essentiellement clinique, il reste le plus souvent bénigne évoluant par poussées entrecoupées de rémissions dont la durée et la fréquence sont variables et imprévisibles. Cependant certaines formes peuvent mettre en jeu le pronostic fonctionnel (psoriasis palmo plantaire, rhumatisme psoriasique) voir le pronostic vital (érythrodermies psoriasiques, psoriasis pustuleux généralisé). Le traitement, qui a fait des progrès ces dernières années, ne permet pas une guérison définitive du psoriasis. Le but est donc d'entraîner une réduction des lésions jusqu'à ce qu'elles soient suffisamment tolérables pour le malade. Sa prise en charge est un vrai challenge vu la chronicité de la pathologie et le coût élevé des traitements.(61)

Dans notre étude la dermatite séborrhéique infantile représente 2,17%(un cas chez une petite fille de 5 mois) des dermatoses constatés.

La dermatite séborrhéique du nourrisson est fréquente, à des degrés divers, dans les premières semaines de la vie (moins de six mois). Elle est caractérisée par la présence de squames grasses pseudo séborrhéiques engluant les cheveux, le cuir chevelu peut être très rouge et suintant.

La cause n'est pas connue. La poussée séborrhéique néonatale et la colonisation cutanée par une levure saprophyte (*Malassezia*), sur un terrain prédisposé, pourraient être responsables.

Le traitement fait appel aux bains antiseptiques, aux émoullients et aux imidazolés à usage local. Malgré ce traitement, la disparition reste lente, en quelques semaines. La guérison peut s'accompagner d'une alopecie et d'une hypochromie transitoires . (62)

Cette pathologie est beaucoup moins fréquente en Europe que dans le passé (69)

8. Ulcère du membre inferieur:

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 socio-économique négatif . Les autres étiologies sont les infections, les cancers cutanés, les maladies de système, et les affections métaboliques, neurologiques et hématologiques.(63,64)

Dans notre études on a constaté un seul cas d'ulcère du pied ce qui représente 2,17 % des dermatoses , alors on tunisie(16) lors d'une étude faite sur 28244 consultant en dermatologie , l'ulcère de la jambe représentait 0,6 % de l'ensemble des dermatoses.

Lors d'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 sur une période de 14 ans allant de Janvier 2003 à décembre 2016(65), 64 cas d'ulcère chronique des membres inférieurs ont été noté, soit une fréquence de 4,57 ulcères/an, résultats comparables à une étude faite par WURIE.A.R à Rabat (66) qui avait trouvé 21 cas sur une période de 7 ans soit une fréquence de 3 ulcères/an. Par contre une étude faite à Fès par EL BAKKAL.A (67) avait trouvé une fréquence de 11,4 ulcères/an (57 cas/ 5ans), et une autre faite au Mali (68)avait trouvé une fréquence de 115 ulcères/an (115 cas/ 1an).

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

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 VII: 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	<p>Diagnostiquer une syphilis primaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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	<p>Décrire les manifestations cutanées de la primo-infection par le VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 VII: contenu du sous module de dermatologie "suit"

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 VII: contenu du sous module de dermatologie "suit"

Dermatologie : cours magistral		
Chapitre	Objectifs	Volume horaire
<p>Dermatoses virales</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Infections à herpès simplex virus ❖ Varicelle – Zona ❖ Infections à papilloma-virus ❖ Molluscum contagiosum 	<p>Infections à herpès simplex virus</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 <p>Infections à Varicelle- Zona virus</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 <p>Papillomes viraux</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diagnostiquer les verrues ● Diagnostiquer les papillomes ano- génitaux ● Reconnaître les modalités thérapeutiques des verrues et des papillomes ano- génitaux <p>Molluscum contagiosum</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 VII : contenu du sous module de dermatologie "suit"

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 <p>Expliquer la physiopathologie de l'eczéma de contact</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 VII : contenu du sous module de dermatologie "suit"

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 VII : contenu du sous module de dermatologie "suit"

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 h 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 .

Le tableau VIII ci-dessous illustre les objectives de stage de dermatologie

Tableau VIII : 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 aigue 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:

Après notre étude, nous avons constaté que des dermatoses fréquentes dans la population ne sont pas enseignées comme les engelures et l'ongle incarné, alors que des dermatoses jugées trop spécialisées prennent une partie importante du volume horaire notamment les dermatoses bulleuses.

Nous recommandons de réduire le volume horaire des dermatoses bulleuses et ajouter les chapitres d'engelures et d'ongle incarné.

Dans notre étude, les motifs dermatologiques occupent la 4ème place par ordre de fréquence dans la pratique du médecin généraliste avec une prévalence de 11,5 %. 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.



CONCLUSION



Une bonne connaissance de la prévalence, de l'incidence et du profil épidémiologique des dermatoses vues par le médecin généraliste est un préalable pour une amélioration de l'offre de soin.

Cette étude a révélé que les maladies dermatologiques représentent 11,5 % des maladies observées par les médecins généralistes aux centres de santé à Marrakech, et que certaines dermatoses peuvent être observées plus fréquemment.

Les infections cutanées dominaient le panorama des pathologies dermatologiques dans notre environnement, suivies par les dermatoses immuno-allergiques.

Une étude approfondie avec un grand échantillon et des registres de santé publique permettrait de mieux dégager les principales pathologies et faciliterait la formation de base des étudiants en médecine et la formation continue des médecins généralistes.



ANNEXES

1. https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdwpOBeK60I7Z2J1MNtcCXDAO8ocNAsZc6BFS0DUyZE_favxg/viewform?usp=sf_link.

Fiche d' investigation

Date

Date

mm/dd/yyyy

Centre de santé

Votre réponse

Age en année

Votre réponse

Sexe

M

F

Motif de consultation

Votre réponse

Début de la maladie

moinsde15j

entre15jet30j

plusde30j

Evolution

- aigue
- chronique
- parpoussées

Signe fonctionnels

- prurit
- douleur
- écoulementurétral
- écoulementvaginal
- Fievre
- Eruptioncutanée
- Chutedecheveux
- Atteinteungueale

Les lésions élémentaires

- macule
- vesicule
- papule
- pustule
- nodule
- bulle
- gomme
- croute
- squame
- vegetation
- ulceration
- excoriation
- suintement
- maceration
- Microkyste
- Comèdon
- Nouures
- Xèrose
- Érosion
- Nécrose
- Érythématosquameuse
- Alopécie
- Pachyonychie
- Leuconychie
- Xanthonychie
- Dystrophieungueale
- Verrucosité
- Tuméfaction
- Petechie
- érythème

Etendu

- généralisé
- localisé

Limite

- bienlimité
- mallimité

Forme et disposition

- arrondie
- ovulaire
- polygonale
- lineaire
- polycyclique
- serpigineuse
- Placard
- zoniforme
- herpetiforme
- reticulé
- arciforme

Taille en cm

Votre réponse

Topographie

- cuirchevelu
- face
- cou
- tronc
- membresup
- membreinf
- regiongenitale
- mains
- pieds
- plis
- fesse
- muqueuse
- Ongles
- Retroauriculaire
- Aiselle
- Sousmammaire

Diagnostic clinique

Votre réponse

Envoyer

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google. [Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Règles de confidentialité](#)

Google Forms



RESUMES

Résumé

Pour définir la prévalence des dermatoses et élaborer une cartographie des principaux motifs de consultation et pathologies rencontrés en consultation en médecine communautaire à Marrakech , nous avons fait un étude transversale à visée descriptive et analytique, réalisée entre décembre 2020 et février 2021, pour une durée de 3 mois chez une population de tout âge consultant en médecine générale dans la ville de Marrakech.

La taille de l'échantillon proposée par les épidémiologistes était de 400 patients. Dix centres de santé, représentant les différents arrondissements de la ville de Marrakech ont été choisis.

La prévalence des pathologies dermatologiques dans notre étude était de 11,5 %, elle occupe la 4ème place après les pathologies ORL, digestifs et ostéo articulaires.

Nous avons examiné 46 patients avec une dermatose durant cette étude, l'âge moyen de nos patients était de 26,7 ans avec une nette prédominance du sexe féminin 65,59%.

On a noté une prédominance des dermatoses infectieuses au cours de cette étude avec un pourcentage de 34,78%, suivie par les dermatoses immuno-allergiques avec un taux de 17,39 %, les Infections Sexuellement Transmissibles 15,21%, les engelures 10,86 %, prurit isolé 6,52 %, Les affections annexielles 6,52% et les dermatoses inflammatoires 4,34%.

Une bonne connaissance de la prévalence, de l'incidence et du profil épidémiologique des dermatoses vues par le médecin généraliste est un préalable pour une amélioration de l'offre de soin.

Une étude approfondie avec un grand échantillon et des registres de santé publique permettrait de mieux dégager les principales pathologies et faciliterait la formation de base des étudiant en médecine et la formation continue des médecins généralistes.

Abstract

To define the prevalence of skin diseases and develop a pattern of the main reasons for consultation and pathologies encountered in consultation in community medicine in Marrakech, we did a study with a descriptive and analytical aim, carried out between December 2020 and February 2021, for a duration of 3 months among a population of all ages consulting in general medicine in Marrakech.

The sample size proposed by epidemiologists was 400 patients. Ten health centers, representing the different districts of the city of Marrakech were chosen.

The prevalence of dermatological pathologies in our study was 11.5%, it occupies the 4th place after the ORL, digestive and osteo articular pathologies.

We examined 46 patients with dermatosis during this study, the average age of our patients was 26.7 years with a clear female predominance 65.59%

There was a predominance of infectious dermatosis in this study with a percentage of 34.78%, followed by immuno-allergic dermatitis with a rate of 17.39%, sexually transmitted diseases 15.21%, chilblains 10.86%, isolated pruritus 6.52%, annex diseases 6,52% and inflammatory dermatitis 4.34%.

A good knowledge of the prevalence, incidence and epidemiological profile of dermatoses seen by family physicians, is a prerequisite for improving the quality of health care.

An in-depth study with a large sample and public health registries would better identify the main pathologies and facilitate the basic training of medical students and the continuing training of general practitioners.

ملخص

لتحديد مدى انتشار الأمراض الجلدية ووضع خريطة للأسباب الرئيسية للاستشارة والأمراض التي تصادف الطبيب العام في قطاع الصحة العمومية بمراكش، أجرينا دراسة بهدف وصفي وتحليلي بين ديسمبر 2020 فبراير 2021 لمدة 3 أشهر للمرضى من جميع الأعمار خلال استشارتهم للطب العام في مدينة مراكش. وكان حجم العينة التي اقترحها علماء الأوبئة 400 مريضا. وتم اختيار عشرة مراكز صحية تمثل مختلف مناطق مدينة مراكش.

نسبة انتشار الأمراض الجلدية في دراستنا شكلت 5،11% ، واحتلت المركز الرابع بعد أمراض الأنف والحنجرة، الأمراض الهضمية وأمراض العظام و المفاصل.

فحصنا 46 مريضا مصابا بمرض جلدي خلال هذه الدراسة ، كان متوسط عمر مرضانا 26.7 سنة مع هيمنة واضحة للإناث 65.59%.

الأمراض التعفننية الجلدية كانت الأكثر انتشارا بنسبة 34.78% ، تليها الأمراض المناعية الحساسية بمعدل 17.39% ، الأمراض المنقولة جنسيا 15.21% ، وقضامات الصعيق 10.86% ، وحكة معزولة 6.52% ، وأمراض الملحقات الجلدية 6.52% ، وأمراض الجلد الالتهابية 4.34%.

المعرفة الجيدة لأنواع الأمراض الجلدية المنتشرة وملاحها الوبائية، تساعد على تحسين الرعاية الصحية. الدراسة المتعمقة و الإستعانة بعينات أكبر وسجلات الصحة العمومية لتحديد الأمراض الأكثر انتشارا وتوزيعها، سيسمك من تحسين التكوين الأساسي لطلبة الطب، والتكوين المستمر للأطباء العاميين.



BIBLIOGRAPHIE

1. **Grenier B.**
Quels médecins pour quelle médecine aux XXIe siècle? Les nouveaux paradigmes. In: Revue de Médecine de Tours . 1994 . p. 275–80.
2. **Starfield B.**
Primary care: concept, evaluation, and policy. New York: Oxford University Press; 1992. 262 p.
3. **Haut commissariat au plan.**
le Maroc en chiffres 2019. :p14.
4. **Oulhadj L, Ait Ourhouil M.**
Profil épidémiologique des dermatoses constatées au sud-est du Maroc au cours de la caravane médicale annuelle 2001 (à propos de 1005 cas).Thèse en médecine, année 2003 N°304, faculté de médecine et de pharmacie de Rabat.75–105
5. **OSMANE S.**
Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique relevé lors d'une caravane médicale à Tan-Tan. Thèse Doctorat Médecine, Marrakech 2011, n 110.p 50–90.
6. **Z.OUADI.**
Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant ,Thèse Doctorat Médecine Marrakech 2013 N 25.p 60–105.
7. **Clyti E, Sayasone S, Chanthavisouk K, Sayavong K, Sisouphane S, Martinez–Aussel.**
Notes sur les dermatoses en République Démocratique Populaire (RDP) Laos. Bull soc pathol Exot 2007;100(3):205–6.
8. **Boui M, Lemnaouer A.**
Expérience dermatologique de l'hôpital marocain de campagne à Brazzaville (Congo). Med Trop 2008;69:13–7.
9. **The Incidence of Skin Diseases in Abu Dhabi (United Arab Emirates) – Share'ah – 1991 – International Journal of Dermatology – p1–5**
10. **Soria Orozco M, Padron Salas A, Shiguetomi Sifuentes AL, Amezcua Gudiño S, Ramirez Padilla M, Huerta Rivera G, et al.**
Prevalence of skin diseases among hospitals in the public healthcare system of a developing country. Int J Dermatol. 2019;58(5):563–8.

11. **Labarthe G.**
Les consultations et visites des médecins généralistes: un essai de typologie. 2004;
12. **Verhoeven EWM, Kraaimaat FW, van Weel C, van de Kerkhof PCM, Duller P, van der Valk PGM, et al.**
Skin diseases in family medicine: prevalence and health care use. *Ann Fam Med.* 2008 Aug;6(4):349-54.
13. **Onayemi O, Isezuo SA, Njoku CH.**
Prevalence of different skin conditions in an outpatients' setting in north-western Nigeria. *Int J Dermatol.* 2005;44(1):7-11.
14. **Borda LJ, Louis SJ, Fethiere M, Dure D, Morrison BW.**
Prevalence of skin disease in urban Haiti: A cross-sectional study. *Dermatology.* 2019;235(6):495-500.
15. **Baghestani S, Zare S, Mahboobi A-A.**
Skin disease patterns in Hormozgan, Iran. *Int J Dermatol.* 2005;44(8):641-5.
16. **Souissi A, Zeglaoui F, Zouari B, Kamoun MR.**
A study of skin diseases in Tunis. An analysis of 28,244 dermatological outpatient cases. *ACTA Dermatol Venereol Alp Panon Adriat.* 2007;16(3):111.
17. **Skin diseases in Bamako (Mali) – Mahé – 1998 – International Journal of Dermatology – 1–15**
18. **Doe PT, Asiedu A, Acheampong JW, Rowland Payne CM.**
Skin diseases in Ghana and the UK. *Int J Dermatol.* 2001;40(5):323-6.
19. **Dimri D, Reddy B V, Kumar Singh A.**
Profile of skin disorders in unreached hilly areas of North India. 2016;p2-15
20. **Ruzza N, Itin PH, Beltraminelli H.**
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.. 2014;228(2):177-82.
21. **Bilgili ME, Yildiz H, Sarici G.**
Prevalence of skin diseases in a dermatology outpatient clinic in Turkey. A cross-sectional, retrospective study. *J Dermatol Case Rep.* 2013;7(4):108..

22. **Havlickova B, Czaika VA, Friedrich M.**
Epidemiological trends in skin mycoses worldwide. *Mycoses*. 2008 Sep;51 Suppl 4:2-15.
23. **El Mezouari E, Hocar O, Atarguine H, Akhdari N, Amal S, Moutaj R.**
[Tinea capitis in the military hospital Avicenna (Morocco): Review of 8 years (2006-2013)]. *J Mycol Médicale*. 2016 Mar;26(1):1-5.
24. **Cisse M, Diare FS, Kaba A, Magassouba F, Keïta M, Ecra EJ.**
Les teignes du cuir chevelu dans le service de dermatologie-vénéréologie du CHU de Donka-Conakry, Guinée. *Bull Soc Pathol Exot*. 2006;99(1):32-3.
25. **EL EUCH D, MOKNI M, SELLAMI A, CHERIF F, AZAIZ MI, BEN OSMAN DHAHRI A.**
Les teignes du cuir chevelu observées à Tunis de 1985 à 1998 : A propos de 1 222 cas. *Teignes Cuir Chevelu Obs À Tunis 1985 À 1998 Propos 1 222 Cas*. 2001;11(2):87-91.
26. **Nowicka D, Grywalska E.**
Staphylococcus aureus and Host Immunity in Recurrent Furunculosis. *Dermatol Basel Switz*. 2019;235(4):295-305.
27. **Ibler KS, Kromann CB.**
Recurrent furunculosis – challenges and management: a review. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2014;7:59-64.
28. **Boumlil W, belabbes H, Elmdaghri N, benchikhi H.**
Prévalence des Staphylococcus aureus résistants à la méticilline dans les infections cutanées survenues en milieu communautaire au Maroc : étude prospective (100 cas). *Ann Dermatol Vénéréologie*. 2014 Dec 1;141(12, Supplement):S453.
29. **OMS. Relevé épidémiologique hebdomadaire 19 JUIN 2020, Surveillance mondiale de la leishmaniose, 2017-2018 No 25, 2020, 95, 265-280.**
30. **OMS. La Lutte Contre Les Leishmanioses Rapport De La Reunion Du Comite OMS D'experts De La Lutte Contre Les Leishmanioses. Organisation Mondiale de la santé. (2016, juin 3).Relevé épidémiologique hebdomadaire. 49-114.**
31. **Ministère de la santé Marocaine.**
Résumé Stratégie sectorielle 2012-2016.p 50-102
32. **Ministère de la santé Marocaine. (2018).**
Bulletin d'épidémiologie et de santé publique (Juillet 2018). Volume 56. N° 76-1.

33. **Asrih.S.**
La leishmaniose cutanée au centre hospitalier provincial de Tétouan. Thèse N° 105. Faculté de médecine et de pharmacie Rabat.2018.45–80
34. **Mouloudi.I.**
Étude Éco-épidémiologique des leishmanioses cutanées à Leishmania Major. Cas des foyers endémiques des communes de : « Ain Bni Mathar,Bni Mathar et Ouled Sidi Abdelhakem » –Province de Jerada.2017. École nationale de santé publique Rabat. :45–80.
35. **El-Mouhdi.K, Chahlaoui.A, El-Ouali Lalami.A, Bouzid.J, El Omari.H, Fekhaoui.M.**
Situation Épidémiologique des Leishmanioses au niveau de la Ville d’El Hajeb (Centre du Maroc) durant la période de 2013 à 2017.European Scientific Journal January 2019 edition Vol.15, No.3 ISSN: 1857 – 7881.
36. **Ezzaki.A.**
Profil épidémiologique de la LC dans la ville d’Imintanout. Thèse N°56. Faculté de médecine et de pharmacie Rabat.2014.40–80
37. **Abdellatifi L.I.**
Profil épidémiologique de la LC dans la province de Taza. Thèse N°83. Faculté de médecine et de pharmacie Rabat.2015.p 51–90
38. **Rguioui. I.**
Epidémiologie de la LC à Séfrou. Thèse N°143. Faculté de médecine et de pharmacieRabat.2016. :51–86.
39. **LAKHOUIRATE M.**
Le profil épidémiologique de la leishmaniose cutanée dans la région Ouarzazate entre 2010 et 2018, thèse faculté de médecine Marrakech N 244 2019. :50–75.
40. **HAJI R, Amal S.**
Le profil épidémiologique de la leishmaniose cutanée dans la province d’Ouarzazate entre 2002–2009. Thèse en médecine année 2010, N°30. Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.50–75
41. **Prevalence of skin diseases in Iraq: a community based study – Al Samarai – 2009 – International Journal of Dermatology p1–20**
42. **Almohideb M.**
Epidemiological Patterns of Skin Disease in Saudi Arabia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Dermatol Res Pract. 2020 p1–20

43. **Soria A, Francès C.**
[Urticaria: diagnosis and treatment]. Rev Med Interne. 2014 Sep;35(9):586–94.
44. **Tennstedt D, Jacobs M–C, Baeck M, Lachapelle J–M.**
Dermatite allergique de contact. EMC – Dermatol. 2012 Mar;7(1):1–17.
45. **Dammak A, Guillet G.**
Dermatite atopique de l'enfant. J Pédiatrie Puériculture. 2011 Apr 1;24(2):84–102.
46. **K.NACIM K, Amal S**
La prévalence de la dermatite atopique à Marrakech, thèse faculté de médecine Marrakech N 133. :50–100.
47. **DIARRA.S.**
ASPECTS EPIDEMIO– CLINIQUES ET PRISE EN CHARGE DES DERMATOSES ET DES IST AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V(Bamako)2006.75–120
48. **Maleb A, Frikh M, Lahlou YB, Belefquih B, Lemnouer A, Elouennass M.**
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. 2018 Jun;17(3):122–6.
49. **La Ruche G, Goulet V, Bouyssou A, Sednaoui P, De Barbeyrac B, Dupin N, et al.**
Épidémiologie actuelle des infections sexuellement transmissibles bactériennes en France. Presse Médicale. 2013 Apr 1;42(4, Part 1):432–9.
50. **DIRECTION DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE 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 2016. :p1.
51. **Sarteel–Delvoye A–M, Wiart T, Legrand A. Engelures.**
EMC – Cardiologie–Angéiologie. 2005 Nov 1;2(4):542–6.
52. **El Mesbahi–Alkadiri S, Dezoteux F, Bauer J, Vuotto F, Lambert M, Staumont–Sallé D.**
Pseudo–engelures durant la pandémie de COVID–19, un lien probable mais sans gravité. Ann Dermatol Vénérologie. 2020 Dec 1;147(12, Supplement):A196.
53. **Freeman EE, McMahon DE, Lipoff JB, Rosenbach M, Kovarik C, Takeshita J, et al.**
Pernio–like skin lesions associated with COVID–19: A case series of 318 patients from 8 countries. J Am Acad Dermatol. 2020 Aug;83(2):486–92.

54. **Zaladonis A, Huang S, Hsu S.**
COVID toes or pernio? Clin Dermatol. 2020 Nov;38(6):764-7.
55. **Prurit.**
Ann Dermatol Vénérologie. 2018 Mar 145:39-44.
56. **Gallen C, Raison-Peyron N.**
Orientation diagnostique et conduite à tenir devant un prurit. Rev Fr Allergol. 2011 Nov;51:29-32.
57. **Di Chiacchio N, Belda W, Di Chiacchio NG, Gabriel FVK, de Farias DC.**
Nail Matrix Phenolization for Treatment of Ingrowing Nail: Technique Report and Recurrence Rate of 267 Surgeries. Dermatol Surg. 2010 Apr;36(4):534-7.
58. **Heidelbaugh JJ, Lee H.**
Management of the ingrown toenail. Am Fam Physician. 2009 Feb 15;79(4):303-8.
59. **Williams HC, Dellavalle RP, Garner S.**
Acne vulgaris. The Lancet. 2012 Jan;379(9813):361-72.
60. **Ammar-Khodja A, Benkaidali I, Amal S, Bouadjar B, Serradj A, Titi A, Benchikhi H, et al.**
EPIMAG: International Cross-Sectional Epidemiological Psoriasis Study in the Maghreb. Dermatology. 2015;231(2):134-44.
61. **Boehncke W-H, Schön MP.**
Psoriasis. The Lancet. 2015 Sep;386(9997):983-94.
62. **Prigent F.**
Cas cliniques. J Pédiatrie Puériculture. 2002 May;15(3):183.
63. **Amblard P, Leccia MT.**
Ulcère de jambe. Encycl Méd Chir. Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris.Dermatologie, 98-570- A-10, 2001, 16p.
64. **Begaud B.**
Epidémiologie des ulcères de jambe. Ann Dermatol Venereol 2002; 129: 1225-1226.
65. **FARES A.**
Les aspects cliniques, épidémiologiques, et étiologiques des ulcérations chroniques des membres inférieurs , Thèse faculté de médecine Marrakech N 147 2017. :115-7.

- 66. WURIE.A.R.**
Les ulcères de jambes A PROPOS DE 21 CAS Thèse Med Rabat 2008; 97p. FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE –RABAT.
- 67. EL BAKKAL A.**
Les ulcères de jambes A PROPOS DE 57 CAS Thèse Med Fès 2011; 55p. FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE FÈS.
- 68. TRAORE I.**
Ulcères chroniques des membres inférieurs au C.N.U.A.M. de Bamako : 115 cas ; thèse med Bamako 2013 , p 98.
- 69. Misery L.**
La dermatite séborrhéique de l'enfant. J Pédiatrie Puériculture. 2020 Aug 1;33(4):174-6.

قسم الطبیب

أقسِم بالله العظیم

أن أراقبَ الله في مهنتي.

وأن أصونَ حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظَ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكونَ على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعائتي الطبية للقريب والبعيد،
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثار على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.

وأن أوقرَ من علمني، وأعلمَ من يصغرنني، وأكونَ أخاً لكل زميل في المهنة الطبيّة

متعاونين على البرِّ والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرِّي وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

نسبة انتشار الأمراض الجلدية في مجال الطب العام بمراكش

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2021/07/06

من طرف

السيد أنس قنديل

المزاد في 25 أكتوبر 1995 بالمحمدية

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الأمراض الجلدية - انتشار - معطيات وبائية سريرية.

اللجنة

الرئيس

م. أمين

السيد

أستاذ في علم المعطيات الوبائية السريرية

المشرف

س. أمال

السيد

أستاذ في أمراض الجلد

و. حكار

السيدة

أستاذة في أمراض الجلد

ل. أدرموش

السيدة

أستاذة مبرزة في الطب الإجتماعي

الحكام