



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2018

Thèse N° 161/18

**LA DERMATOLOGIE EN MISSION HUMANITAIRE
EXPÉRIENCE DU SERVICE DE DERMATOLOGIE DE L'HOPITAL MILITAIRE
MOULAY ISMAIL DE MÉKNÈS AU SUD SOUDAN
(à propos de 2139 cas)**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29/06/2018

PAR

M. SLAOUI BADR EDDINE

Né le 08 Mars 1991 à FES

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Mission humanitaire - Peau noire - Réfugiés - Dermatologie tropicale africaine - Soudan du sud

JURY

M. EL HAOURI MOHAMED	PRESIDENT ET RAPPORTEUR
Professeur de Dermatologie	
M. GALLOUJ SALIM.....	} JUGES
Professeur Agrégé de Dermatologie	
M. ER-RAMI MOHAMMED.....	
Professeur de Parasitologie - Mycologie	
M. EL BENAYE JALAL.....	MEMBRE ASSOCIE
Professeur assistant de Dermatologie	

PLAN

INTRODUCTION	4
PARTIE THEORIQUE	7
Rappel	8
Particularités de la dermatologie sur peau noire	17
Dermatologie tropicale africaine.....	24
Lésions cutanées de médecine traditionnelle soudanaise	36
Pathologies dermatologiques chez les réfugiés.....	39
Aides médicales internationales	40
PARTIE PRATIQUE.....	50
Objectifs	51
Matériels et méthodes	52
Résultats	54
Discussion	70
CONCLUSION.....	77
RESUME	79
BIBLIOGRAPHIE	85

Liste des abréviations

A FP	: alpha foeto-proteine
ADN	: Acide désoxyribonucléique
BFGF	: Basic fibroblast growth factor
CCI	: Cadre de coopération intérimaire
ET1	: Endothéline 1
Fig.	: figure
H.C	: Hystoplasmosis capsulatum
H.E.	: Hématoxyline Eosine
HGF	: Hepatocyte growth factor
IDP	: internally displaced person
IST	: Infections sexuellement transmissibles.
NFS	: Numération formule sanguine.
NO	: Monoxyde d'azote
ONU	: Organisation des nations unies
PIH	: Plan intervention humanitaire
SCF	: Stem cell growth factor
TRP.	: Tyrosinase- Related- protein
UV	: Ultra-violets
VHB	: Virus de hépatite B
VHC	: Virus de hépatite C
VIH	: Virus d'immunodéficience acquise.

INTRODUCTION

Au cœur de l'Afrique équatoriale, le Soudan du Sud, le plus récent pays du monde ayant acquis son indépendance en juillet 2011, est plongé depuis décembre 2013 dans un conflit politico-ethnique, responsable de la plus importante crise de réfugiés en Afrique.

L'ONU tire la sonnette d'alarme et appelle les parties ainsi que la communauté internationale à agir face à la situation humanitaire critique.

Le Maroc n'a cessé depuis son indépendance de réaffirmer son identité africaine. Le Royaume occupe depuis plus de 50 ans une position de leader au sein du continent. La coopération entre le Maroc et ses partenaires africains a connu plusieurs temps forts. D'abord celui de la coopération militaire, puis celui de la coopération politique, avant d'entrer dans l'ère de la coopération économique depuis la fin des années 90.

De même, le Maroc exprime sa constante disponibilité pour contribuer aux efforts de réconciliation pour ramener, par sa médiation, la stabilité par le dialogue et la confiance [1].

Conscient que l'être humain devrait être au centre de toute stratégie de développement, le Maroc a fait de la promotion de la santé une composante importante et indispensable dans les programmes de coopération avec les pays africains.

Et c'est dans ce cadre que SM le roi Mohammed VI avait ordonné le déploiement, dès lundi 23 janvier 2017 à Juba, d'un hôpital de campagne multi-spécialités de niveau II d'une capacité de 30 lits extensibles à 60, et qui disposera aussi d'un laboratoire d'analyses médicales et d'une pharmacie, avec 20 médecins et 18 infirmiers mobilisés dans le cadre de cette mission et qui ont réalisé des prestations médicales dans différentes spécialités. Cette action s'inscrit dans la tradition

humanitaire panafricaine du royaume et constitue également un axe de solidarité active du Maroc avec le peuple frère de la république du Soudan du Sud.

Notre travail a plusieurs objectifs parmi lesquels :

- Revoir les particularités de la dermatologie sur la peau pigmentée dite « noire ».
- Etudier la dermatologie tropicale, notamment infectieuse.
- Dresser un profil épidémiologique sur les pathologies dermatologiques rencontrées dans les camps de réfugiés.
- Etudier l'impact des conditions humanitaires déplorables sur le profil de la consultation dermatologique en particulier.
- Etablir les besoins réels dans de telles situations afin d'optimiser les aides, en matière de personnel et de la logistique, spécifiquement les médicaments

PARTIE THEORIQUE

Rappel

A- Sur le plan histologique :

1- Généralités :

La peau est constituée de 2 parties principales :

- La partie superficielle externe qui constitue l'épiderme et une partie interne, plus épaisse constituant le derme et l'hypoderme (Fig.1).
- L'ensemble peau et phanère (ongles - poils) constitue le tégument.

a- L'épiderme

Mesure, suivant les zones de l'organisme, de 1 à 4 millimètres. Il est en constant renouvellement. C'est un épithélium stratifié pavimenteux orthokératosique.

§ Les kératinocytes représentent 80 % des cellules de l'épiderme et ont un rôle fondamental comme barrière cutanée.

A côté des kératinocytes, 20 % des autres cellules sont constituées par :

§ Les mélanocytes qui sont la deuxième grande population cellulaire de l'épiderme et dont la fonction est d'assurer la synthèse des mélanines. Ces dernières ont pour rôle de donner à la peau sa couleur, les pheomelanines étant des pigments jaune rouge et les eumelanines des pigments brun noir. La répartition entre pheomelanines et eumelanines est à l'origine du phototype cutané ;

§ Les cellules de Langerhans représentent la troisième population cellulaire de l'épiderme (3 à 8 % des cellules épidermiques), elles appartiennent au groupe des cellules dendritiques présentatrices des antigènes au lymphocyte T.

§ Les cellules de Merkel constituent la quatrième population cellulaire de l'épiderme. Ce sont des cellules neuroépithéliales, qui dérivent des cellules souches de l'épiderme fœtal et qui ont une fonction de mécanorécepteur

b- Le derme

Véritable charpente de la peau, il est constitué de cellules fixes que sont les fibroblastes et de cellules mobiles que sont les cellules sanguines. À ces cellules s'associent des fibres de collagène, d'élastine et de réticuline.

c- L'hypoderme

Couche la plus profonde de la peau, elle constitue la graisse plus ou moins épaisse selon les individus, elle est contenue dans des lobules séparés les uns des autres par des fibres identiques à celles du derme, ces fibres assurant à la fois la nutrition et la tenue de l'hypoderme.

d- Les annexes cutanées

Les annexes cutanées regroupent des glandes cutanées et des phanères.

Les glandes cutanées sont les glandes sudoripares eccrines, les glandes sudoripares apocrines et les glandes sébacées.

Les phanères sont les poils (cheveux) et les ongles [2].

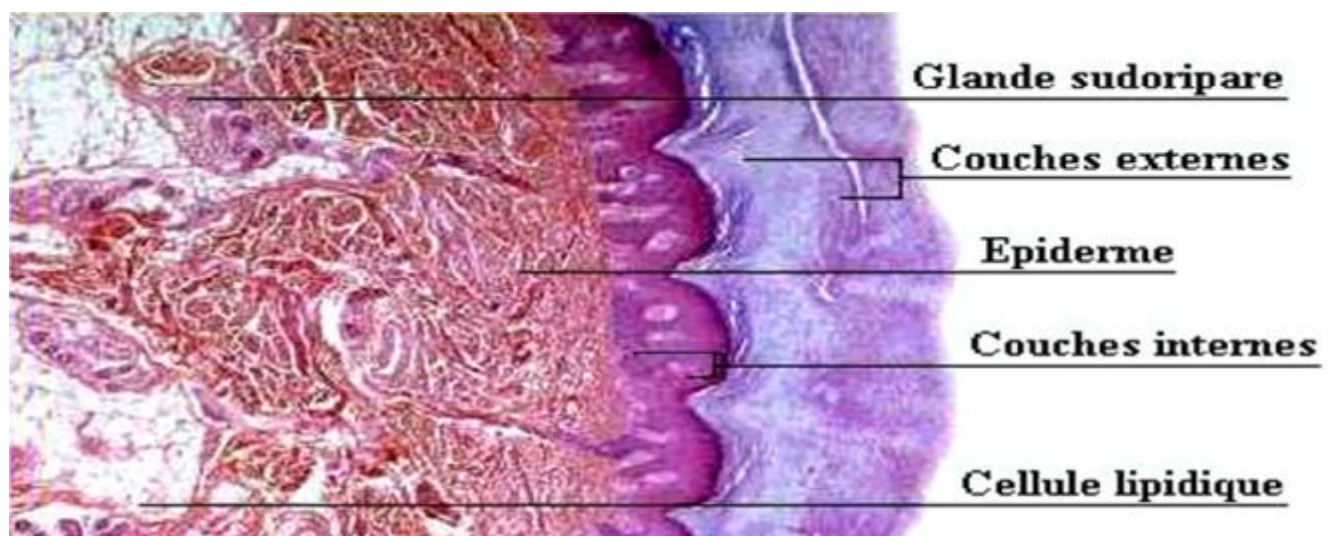


Fig.1: Histologie de la peau (HE x 15) montrant les différentes couches de la peau

2- Rappel sur la mélanogenèse :

a. Mélanocytes :

La couleur de la peau est le résultat d'un subtil mélange de pigments. Ainsi, les dérivés de l'hémoglobine ou la présence anormale de pigment d'origine endogène ou exogène modifient la teinte du tissu cutané.

L'épaississement de l'épiderme peut également entraîner des variations de couleur. Cependant, l'essentiel de la pigmentation de la peau, des poils et des yeux résulte des variations quantitatives et qualitatives du pigment mélanique.

Cette mélanine est produite puis sécrétée par des cellules spécialisées appelées mélanocytes.

Les mélanocytes sont présents dans la peau et les follicules pileux mais se retrouvent également dans certains organes sensoriels tels que la rétine ou l'oreille interne et dans le système nerveux central (leptoméninges).

Dans la peau, ces cellules sont situées dans la couche basale de l'épiderme ou dans la partie inférieure des follicules pileux.

Les mélanoblastes sont les précurseurs des cellules mélanocytaires. Ils migrent, durant la vie embryonnaire, des crêtes neurales jusqu'à leurs territoires distaux, puis se multiplient et se différencient en mélanocytes. Ils acquièrent alors la capacité de synthétiser et de transporter la mélanine dans des organelles spécifiques appelés mélanosomes.

Finalement, ces mélanosomes seront distribués aux kératinocytes adjacents afin de jouer leur rôle physiologique.

b. La mélanine:**i. La synthèse**

Les mélanines produites sont de deux types : les eumélanines et les phéomélanines. En général, les mélanines correspondent chez l'homme à un mélange d'eumélanines et de phéomélanines en différentes proportions.

Les eumélanines sont des mélanines de couleur brune ou noire, à haut poids moléculaire, insolubles dans la plupart des solvants. Formées par la polymérisation de plusieurs centaines de radicaux phénols oxydés en fonction quinone, elles se cyclisent pour former un corps chimique absorbant totalement la lumière, d'où leur couleur noire ou foncée.

Les phéomélanines sont caractérisées par leur couleur jaune orangé, elles sont solubles dans les bases. Elles contiennent de l'azote et du soufre et proviennent de la polymérisation oxydative des cystéinyldopas.

Les eumélanines et les phéomélanines proviennent de la transformation enzymatique de la tyrosinase en dihydroxyphénylalanine (dopa), puis en dopaquinone sous l'action de la tyrosinase. Par la suite, les voies de synthèse divergent, impliquant soit les enzymes tyrosinase-related protein (TRP) 1 et TRP2 dans l'eumélanogénèse, soit l'incorporation de dérivés soufrés pour la phaeomélanogénèse [3].

ii. Le transport des mélanosomes:

Les mélanocytes possèdent des expansions cytoplasmiques appelées « dendrites mélanocytaires », qui leur permettent de rentrer en contact avec les kératinocytes des couches supra-basales de l'épiderme.

Chaque mélanocyte est en relation avec environ 36 kératinocytes, formant ainsi une « unité épidermique de mélanisation ».

Parallèlement à la synthèse des mélanines, les mélanosomes sont transportés vers l'extrémité des dendrites mélanocytaires, le long des fibres d'actine et de tubuline.

Des protéines associées aux microtubules sont impliquées dans la migration des mélanosomes :

- ü La kinésine : elle permet le transport antérograde des mélanosomes,
- ü La dynéine : elle est impliquée dans le transport rétrograde.

Après avoir atteint la pointe des dendrites, les mélanosomes sont ensuite transférés aux kératinocytes (les mécanismes impliqués dans ce transfert sont encore inconnus).

Les vacuoles une fois transférées subissent une dégradation, avec relargage cytoplasmique des mélanosomes, qui sont ensuite progressivement éliminés avec les kératinocytes lors de leur ascension vers la surface épidermique [3].

iii. La régulation de la mélanogénèse

- Ø Les rayons ultraviolets : les UV, et plus particulièrement les UVB, peuvent agir directement sur les mélanocytes en stimulant la mélanogénèse.

Par ailleurs, il est clair que l'exposition des kératinocytes aux UVB entraîne la production de nombreux agents qui régulent la croissance, la différenciation et la mélanogénèse des mélanocytes épidermiques.

L'action coordonnée de ces différents facteurs ainsi que l'effet direct des UV sur les mélanocytes aboutit aux effets finaux des UV, à savoir la stimulation de la croissance des mélanocytes, de leur activité mélanogénique, aboutissant à une augmentation de la pigmentation cutanée, c'est-à-dire au bronzage.

- Ø Les Facteurs de croissance: certains facteurs de croissance, tels que le basic fibroblast growth factor (bFGF), le stem cell growth factor (SCF), l'hépatocyte growth factor (HGF) et l'endothéline-1 (ET1) présents dans la circulation ou sécrétés par les kératinocytes, stimulent fortement la croissance mélanocytaire, mais induisent des effets divers sur l'activité mélanogénique des mélanocytes.
- Ø Les fibroblastes : Le rôle des fibroblastes dans la mélanocytogenèse et la mélanogenèse a été très récemment mis en évidence, montrent pour la première fois l'implication des fibroblastes dans la mélanogenèse et suggèrent une possible explication de la plus faible pigmentation généralement observée sur les paumes et les plantes.
- Ø Monoxyde d'azote (NO) : Le NO est un gaz diffusible dont la production est assurée par les NO-synthases à partir de l'arginine.

Le NO sécrété à la fois par les mélanocytes et les kératinocytes est impliqué dans une régulation autocrine et paracrine de la mélanogenèse, la cible moléculaire finale du NO est la tyrosinase dont il augmente l'expression et l'activité. En revanche, il n'a pas d'effet sur la croissance mélanocytaire [3].

iv. Rôle de la mélanine :

Sous l'effet des ultraviolets (UV), la synthèse de la mélanine augmente et leur transfert aux kératinocytes est accéléré, ce constitue une réponse adaptative de l'organisme à des expositions solaires prolongées.

Après stimulation par les UV, les mélanocytes produisent une pigmentation facultative traduisant la capacité de chaque individu à développer un bronzage, le mécanisme naturel de protection de la peau. La pigmentation mélanique est le système photo-protecteur le plus important. Il absorbe plus de 90 % des UV ayant franchi la couche cornée.

Les UVB induisent la formation de dimères dans les chaînes d'acide désoxyribonucléique (ADN), entraînant des défauts métaboliques (vieillessement ou héliodermie), la mort cellulaire par apoptose ou une multiplication cellulaire incontrôlée (cancers). Les UVA jouent un rôle aussi important que les UVB dans ces phénomènes, via la production de radicaux libres.

Les mélanines constituent un filtre pour les rayonnements visibles et UV. Après une irradiation, les mélanosomes se rassemblent autour du noyau (phénomène de Capping) et protègent ainsi le matériel génétique des kératinocytes.

Les eumélanines ont un pouvoir photo-protecteur environ 1.000 fois supérieur à celui des phéomélanines. Elles sont capables d'absorber les radicaux libres générés dans les cellules par les radiations UV, empêchant que l'ADN soit endommagé, et protègent ainsi la peau des effets nocifs des radiations UV [4].

B- Sur le plan physiologique: les fonctions de la peau

1- Maintien de la température corporelle

La sécrétion de sueur aide à réguler la température corporelle, elle augmente avec la température et provoque un rafraîchissement grâce à son évaporation en surface.

2- Barrière de protection du milieu extérieur

La peau est une barrière physique qui protège les tissus et les organes des agressions extérieures. C'est une barrière efficace face aux micro-organismes. Elle évite également les pertes de fluide corporel et représente une membrane semi-perméable face au liquide extérieur. La peau protège aussi notre organisme des traumatismes mécaniques, des toxines chimiques, des UV, et des agents infectieux

3- Organe sensoriel

Des terminaisons nerveuses contenues dans la peau et notamment le bout des doigts permettent à l'organisme d'explorer son environnement par le toucher

4- Organe immunitaire

La peau est un organe immunitaire à part entier. Les cellules de Langerhans mentionnées plus haut sont des cellules présentatrices d'antigènes qui, de ce fait, sont susceptibles d'activer les lymphocytes T. Après avoir capturé des antigènes dans l'épiderme, les cellules de Langerhans migrent à travers l'épiderme et le derme vers le système lymphatique de voisinage, où elles prennent le nom de cellules interdigitées et présentent l'antigène au lymphocyte T CD4+ qui se retrouve ainsi activé.

5- Organes de vascularisation

Véritables réservoirs, les vaisseaux sanguins du derme représentent 10 % du sang chez l'adulte. Lors d'un exercice physique, ces vaisseaux se contractent et favorisent un apport sanguin au muscle.

6- Organe de synthèse de substances essentielles à notre organisme

Les kératinocytes soumis aux UV participent à la synthèse de la vitamine D.

7- Organe modulant « la thymique »

Les kératinocytes produisent des endorphines sous l'action des UV qui interviennent dans la régulation de la thymique de l'individu (syndromes dépressifs plus fréquents l'hiver).

8- Organe de la relation sociale et de la communication

La peau à travers sa couleur, sa texture et son odorat transmet des messages sociaux et sexuels.

Particularités de la dermatologie sur peau dite «noire»

La distinction entre la peau dite « noire » et la peau claire résulte d'une mélanisation et d'une pigmentation différentes [5, 6], variables selon le phototype génétiquement programmé et régulée en fonction de l'exposition solaire par le biais d'agents stimulant ou inhibant la mélanogenèse (fig. 2).

Statistiquement, les mélanosomes de la peau noire comportent plutôt de l'eumélanine. Ils sont très nombreux, occupent toute la longueur de la couche basale et restent dispersés dans le cytoplasme des kératinocytes après leur transfert, n'étant pratiquement pas dégradés, ils peuvent parvenir intacts jusque dans la couche cornée (Fig.3).



Phototype 1

- Peau très blanche laiteuse, cheveux souvent roux ou blonds.
- Nombreuses tâches de rousseur.
- Brule toujours, ne bronze jamais.



Phototype 2

- Peau très claire, cheveux généralement blonds à châtains.
- Les tâches de rousseur assez fréquentes.
- Brule toujours, bronze très légèrement et lentement.



Phototype 3

- Peau intermédiaire, cheveux châtains à bruns.
- Quelques tâches de rousseur possibles.
- Brule parfois, bronze graduellement (bronzage moyen)



Phototype 4

- Peau mate, cheveux bruns à noirs.
- Pas de tâches de rousseur.
- Brule rarement, bronze bien (bronzage foncé)



Phototype 5

- Peau brune, cheveux noirs.
- Pas de tâches de rousseur.
- Ne brule pas , bronze toujours (bronzage très foncé)



Phototype 6

- Peau noire, cheveux noirs.
- Ne brule jamais.

Figure 2. Figure représentant les différents phototypes cutanés .

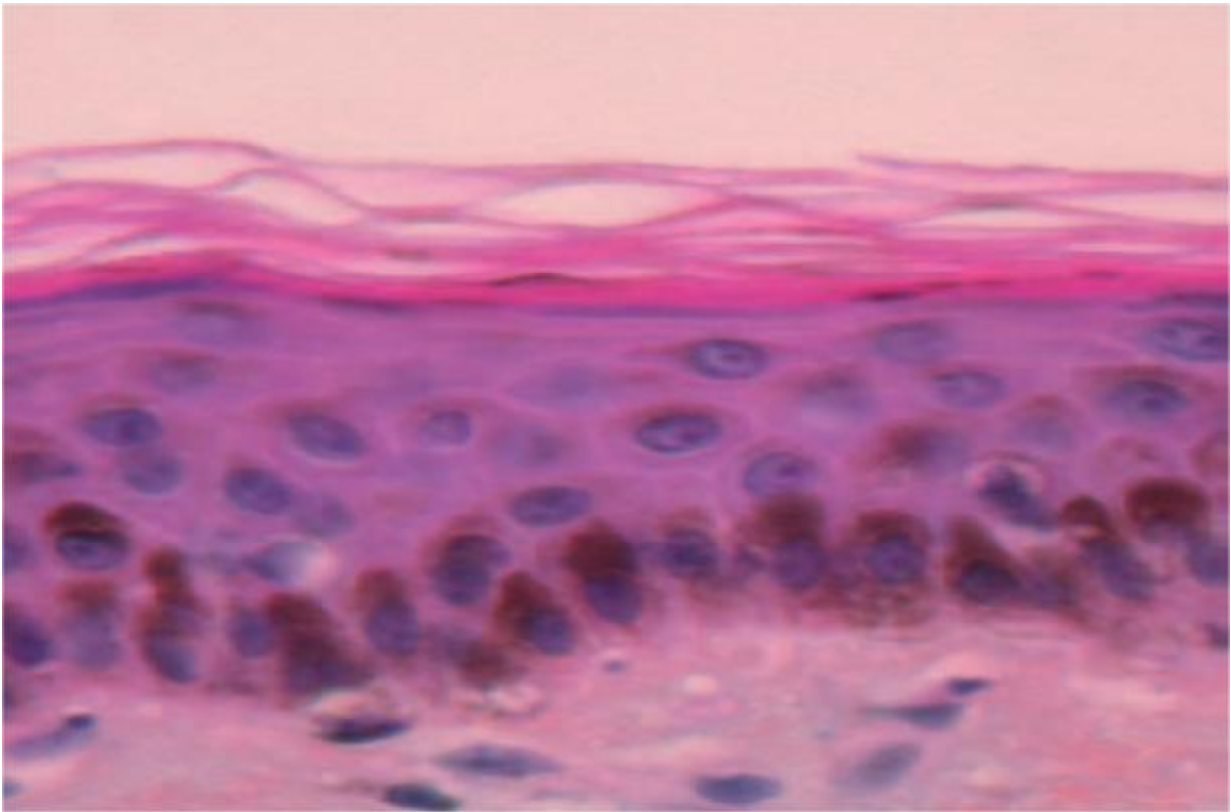


Figure 3. Histologie d'une peau noire : coloration argentique objectivant la présence de mélanine jusqu'en superficie, dans les squames de la couche cornée (cliché de C. de Biasi).

A- Variations physiologiques de la pigmentation

La pigmentation naturelle du sujet noir n'est pas répartie de façon uniforme [7]. Ainsi les paumes et les plantes sont moins pigmentées (hormis sur les plis de flexion) (Fig. 4) au contraire des zones périorbitaires, péri-buccales et des zones particulièrement photo-exposées. Il existe des lignes pigmentaires dites de « démarcation » qui sont peu visibles chez le sujet à peau claire et qui sont bien mieux visualisées et individualisées chez les sujets noirs telles que:

- Ligne de Futcher (Fig.5)
- Ligne claire médio thoracique
- Lignes perlées juxta claviculaire (Fig.9)
- Pigmentation palmaire et plantaire (Fig.4)
- Mélanonychie longitudinale (Fig.6)
- Pigmentation gingivale
- Leucoedème buccal (Fig.7)
- Tache mongolique (Fig.8)



Figure 4: Hypo pigmentation palmaire avec hyperpigmentation des plis de flexion [8]



Figure 5. Ligne de *Fitcher-Voigt*[9].



Figure 6. Les mélanonychies longitudinales ici on peut un pseudo signe de Hutchinson par transparence de la cuticule sur ce nævus sous unguéal [8].



Figure 7. Leucoedème buccal[9].



Figure 8. Taches mongoliques [9].



Figure 9. Lignes perlées juxta claviculaire [9].

B- dyschromies résultant des diverses dermatoses:

Le diagnostic des principales dermatoses est modifié sur peau noire essentiellement en raison de cette différence de pigmentation, de la moins bonne perception de l'érythème et de la meilleure visibilité de l'évolution dyschromique de nombreuses dermatoses

La conjonction d'hypo- et d'hyperchromie est fréquente soit parce qu'on peut observer simultanément des lésions séquellaires et des éléments actifs de la dermatose (lupus, leucomélanodermie pintoïde, sclérodermie), soit parce que les mécanismes pigmentogènes et achromiants se combinent (onchocercose, prurigo excorié) (Tableau 1).

Tableau 1 : Associations hypo-hyperchromie au cours de différentes dermatoses sur peau noire

Tableau 1 .

Association hypo-hyperchromie.

Achromie	Hypochromie	Mixte (hypo-hyperchromie)
Vitiligo	Vitiligo minor	Vitiligo trichrome
Lupus		
Sclérodermie		
Lichen scléroatrophique		
	Lèpre	Érythème noueux lépreux
		Onchocercose
		Prurigo (excorié)
		Tréponématoses endémiques (pian, pinta)
		Épidermodysplasie verruciforme
	Hypomélanose confluyente et progressive/dyschromie créole	
Cicatrices (post-traumatiques, chirurgicales, brûlures, ulcérations)		
		Lignes de démarcation de Fitcher-Voigt

1- Hypochromies résultants des diverses dermatoses:**H**ypomélanoses congénitales
génétiques

Albinisme oculo-cutané
Piébaldisme
Hamartome anémique, achromique
Sclérose tubéreuse de Bourneville

Hypomélanoses génétiques
d'apparition plus tardive

Hypomélanose idiopathique en gouttes
Hypomélanose maculeuse confluyente et
progressive (dyschromie créole)

Hypomélanoses acquises
infectieuses

Lèpre
Pityriasis versicolor achromiant
Dermatophyties
Onchocercose (« peau de léopard »)
Syphilis secondaire (« collier de Vénus »)
Pinta/Pian
Épidermodysplasie verruciforme

Hypomélanoses dans le cadre de
pathologies « systémiques »

Sclérodermie
Lupus
Sarcoïdose

Hypomélanoses dans le cadre de
pathologies malnutritionnelles

Kwashiorkor

Hypomélanoses dans le cadre de
pathologies tumorales

Lymphome cutané T épidermotrope
(mycosis fungoïdes)
Mélanome

Hypomélanoses acquises dans le cadre
de dermatoses inflammatoires

Eczématides achromiantes (pityriasis
alba)
Dermite séborrhéique
Dyschromie séquellaire de dermatoses
inflammatoires (pityriasis rosé de Gibert,
éruptions bulleuses, lichen
scléroatrophique, psoriasis, parapsoriasis
en gouttes, eczéma, ulcères, rarement
lichen plan...)
Toxidermies
Halonævus
Hypomélanose localisée ou diffuse
accompagnant un mélanome

Hypomélanoses par « agression »
physicochimique

Post-traumatique, brûlure...
Iatrogène (« dépigmentants ») :
hydroquinone, dermocorticoïdes,
rétinoïdes,
peroxyde de benzoyle, mercuriels...

2- Hyperchromies résultant des différentes dermatoses:**H**ypermélanoses congénitales
génétiques

Tache mongolique
Nævus de Ota, nævus de Ito
Nævus de Becker

Hypermélanoses génétiques
d'apparition plus tardive

Macules pigmentées palmo-plantaires
Dermatosis papulosa nigra

Hypermélanoses acquises
infectieuses

Pityriasis versicolor nigricans
Dermatophyties, tinea nigra
Syphilis secondaire
Kala-Azar
Séquelles dyschromiques d'impétigo
Exanthème viral ou bactérien
Hypermélanose diffuse du VIH

Hypermélanoses par « agression »
physicochimique

Mélanose de friction (grattage excessif),
brûlure (« pointes de feu »), iatrogène
(arsenic, antipaludéens de synthèse,
psoralène...)

Hypermélanoses acquises dans le
cadre de dermatoses

Eczémas, photo-allergie (« dermite des
parfums »), dermatite atopique
Phytophotodermatose (« dermite des
prés »)
Prurigo, acné excoriée
Lichen plan, lichen actinique
Pityriasis rosé de Gibert
Psoriasis
Dermatoses bulleuses (pemphigus...)
Toxidermies (érythème pigmenté fixe,
érythème polymorphe, syndrome de
Lyell, syndrome de Stevens-Johnson)
Mélasma/Chloasma (grossesse,
contraceptifs oraux...)
Lupus érythémateux chronique,
érythémateux disséminé, sclérodermie

Hypermélanoses de cause
générale.

Érythème noueux (sarcoïdose, Érythème
noureux lépreux, tuberculose,
streptocoque...)
Carence protéique (syndrome
néphrotique, entéropathies exsudatives,
sprue, syndromes de malabsorption)
Insuffisance surrénalienne (maladie
d'Addison)
Hémochromatose
Hyperthyroïdie

Dermatologie tropicale africaine

A- Généralités

La « dermatologie tropicale » est un terme qui regroupe la prise en charge des manifestations cutané-muqueuses en rapport avec un agent infectieux parasitaire, fongique, bactérien ou viral ou bien avec un animal, en général un arthropode, ou un végétal, et dont l'épidémiologie est spécifiquement tropico-équatoriale [10].

La « dermatologie sous les tropiques » regroupe pour la plupart des dermatoses communes aux pays industrialisés et aux pays en développement, mais avec des prévalences variables et des modes d'expression différents.

B- Les mycoses profondes tropicales

On distingue deux grands types d'infections fongiques profondes tropicales :

- Les mycoses d'évolution chronique locorégionale : mycoses dont la dissémination est lymphatique, et dont la transmission est transcutanée par effraction lors de piqûres, le plus souvent de plantes, ce qui explique la topographie prédominant aux membres.

Elles regroupent les eumycétomes, la chromomycose, la sporotrichose, les entomophthoromycoses, la basidiobolomycose, la lobomycose.

Elles se manifestent par des lésions cutanées et sous-cutanées pseudo-tumorales, très polymorphes allant du nodule fistulisé au placard verruqueux, pouvant se multiplier selon une disposition linéaire lymphangitique.

- Les mycoses initialement localisées : mycoses localisées au début, mais se comportant comme des infections systémiques opportunistes lors d'immunosuppression et dont la transmission est surtout respiratoire par le biais

d'aérosols fongiques. Il s'agit des histoplasmoses africaine et américaine, de la blastomycose, de la paracoccidioïdomycose, de la pénicilliose.

Les atteintes cutané-muqueuses sont classiques, rarement primitives, plus souvent dans le cadre d'une dissémination hématogène où elles peuvent parfois être révélatrices.

1- Les eumycétomes

Les mycétomes fongiques (eumycétomes) se traduisent par une tuméfaction sous-cutanée qui se développe progressivement et de manière indolore, et se fistulise avec émission d'un matériel sérosanglant.



Figure 10. Mycétome fongique à grains noirs (cliché de J.-J. Morand, HIA Laveran, Marseille). [11].

2- Les chromomycoses

Les agents responsables des chromomycoses sont des champignons pigmentés du groupe des dématiés dont la forme parasitaire spécifique s'appelle la cellule fumagoïde.

Généralement, après un traumatisme avec des végétaux ou des débris de bois apparaissent progressivement (le plus souvent aux membres inférieurs) des placards hyperkératosiques verruqueux, des nodules ou des plaques d'aspect cicatriciel [11].



Figure 11. Chromomycose (cliché de J.-J. Morand, HIA Laveran, Marseille) [11].

3- Les sporotrichoses

La sporotrichose est une affection fongique ubiquitaire, plus fréquente en Amérique centrale et en Afrique du Sud, due à un champignon hyphomycète dimorphique, *Sporothrix schenckii*, ce qui signifie qu'il prend deux aspects morphologiques différents suivant la température (filaments à 25 °C ou levures à 37 °C). Cette mycose a presque disparu du continent européen, mais reste assez fréquente en zones tropicales et subtropicales. Les foyers endémiques se situent en Amérique centrale (Mexique, Costa Rica, Guatemala), en Amérique du Sud (Brésil, Venezuela, Pérou), aux États-Unis, en Afrique du Sud, au Soudan, au Japon, en Chine, en Nouvelle-Calédonie, en Australie et en Inde.

Le principal mode de contamination consiste en l'effraction cutanée ou muqueuse à la suite de blessures par échardes, de morsures ou de griffures animales ou même de piqûres d'arthropodes, ce qui explique la localisation fréquente aux membres (deux tiers des cas) surtout supérieurs ou aux parties découvertes [11–13].

4- Les histoplasmoses

L'agent responsable de l'histoplasmosse est un champignon dimorphique encapsulé, *Histoplasma capsulatum*.

On distingue deux variétés de répartition géographique et de spectre anatomo-clinique très différents :

- La variété *H. capsulatum* (ou histoplasmosse, dite américaine à tort car de répartition mondiale) a été décrite essentiellement sur le continent américain (centre et sud-est des États-Unis, États du Mississippi, du Missouri et de l'Ohio, Amérique centrale, Guyane et Caraïbes), mais également en Afrique, en Océanie, Nouvelle-Calédonie et en Asie. [14].
- La variété *duboisii* (ou histoplasmosse africaine dite à grandes formes) est moins fréquente, et n'a été décrite qu'en Afrique intertropicale, du Sahara à l'Afrique du Sud, et à Madagascar. [15]

Dans l'histoplasmosse africaine, l'atteinte cutanée est dominante et se traduit par des papules ombiliquées, par des nodules abcédés, ou des ulcérations torpides.



Figure 12. Atteinte muqueuse lors d'infection par l'histoplasmosse (cliché de J. Sayag, CHU Timone, Marseille) [13].

5- Les zygomycoses (entomophthoromycoses)

Les zygomycoses regroupent : la basidiobolomycose, la conidiobolomycose (ou rhinomycose) ainsi que la rhinosporidiose et la mucormycose.

- La basidiobolomycose (*Basidiobolus haptosporus* ou *ranarum*) sévit surtout en Afrique, a été décrite en Indonésie et en Inde et a été rapportée récemment aux États-Unis d'Amérique. Elle se traduit typiquement par une tuméfaction dermo-hypodermique extensive mais assez bien limitée, généralement froide, indolore sauf lors de poussées inflammatoires, siégeant préférentiellement aux membres, notamment aux régions scapulo-humérales ou coxo-fémorales.
- La conidiobolomycose (*Conidiobolus coronatus*) s'observe en Afrique intertropicale, mais aussi en Amérique du Sud et en Inde. Elle a un tropisme nasal et se traduit par une tuméfaction nasale obstructive, s'étendant aux tissus adjacents de façon impressionnante, avec un risque d'asphyxie. [16]
- La rhinosporidiose (*Rhinosporidium seeberi*) sévit principalement en région tropicale, principalement dans le sud de l'Inde et au Sri Lanka, mais a été décrite de manière sporadique dans de nombreux autres pays même tempérés. Elle se traduit par des polypes mous, d'aspect papillomateux, verruqueux, de couleur rose à pourpre avec parfois un piqueté blanchâtre (correspondant aux sporanges), volontiers hémorragiques, prédominant au rhinopharynx, mais pouvant aussi concerner les conjonctives, les lèvres, les oreilles et même les organes génitaux ou le rectum. Les épistaxis sont fréquents et volontiers révélateurs [17].

6- Les lobomycoses

La lobomycose est une mycose tropicale rare due à *Lacazia Loboï*, sévissant en Amérique du Sud et surtout en Amazonie. Le champignon se développe très lentement et n'a toujours pas pu être cultivé in vitro.

7- Les phæohyphomycoses, scytalidioses

Cette famille regroupe en réalité les champignons dématiés pathogènes autres que ceux responsables des chromomycoses et des mycétomes et qui ont la caractéristique de se présenter dans les tissus sous forme de filaments pigmentés bruns à noirs mais irréguliers. L'atteinte est le plus souvent superficielle d'où le terme de « pseudo-dermatophytes », mais elle peut être parfois sous-cutanée selon l'agent pathogène et l'immunité de l'hôte et, de plus, elle est plus fréquente sous les tropiques, ce qui justifie sa description ici [18].

8- Les coccidioïdomycoses

La coccidioïdomycose est une mycose opportuniste due à un champignon dimorphique, *Coccidioides immitis*, présent dans le sol des régions désertiques du continent américain. La contamination se fait par inhalation de spores. Elle est inapparente dans plus de la moitié des cas ; lorsqu'elle est symptomatique, elle se traduit par un syndrome pseudo-grippal de guérison spontanée.

L'atteinte primitive cutanée par inoculation post-traumatique est rare et se présente sous forme d'un papulo-nodule non spécifique.

La coccidioïdomycose disséminée survient chez les sujets immunodéprimés également dans le cadre d'une prédisposition génétique. L'atteinte pulmonaire et méningée simulant une tuberculose qui s'associe à des lésions cutanées nodulaires d'évolution fistulisée [68, 69].

9- Les pénicillioses

La pénicilliose est une mycose opportuniste due à un champignon dimorphique *Penicillium marneffe* sévissant en Asie du Sud-Est, dans le sud de la Chine, émergente depuis l'épidémie de sida.

Les manifestations cliniques sont assez polymorphes : Les signes les plus fréquents sont une fièvre, un amaigrissement, une anémie et des papules d'évolution nécrotique et ombiliquée, molluscum contagiosum-like, localisées à la face, au tronc et aux membres supérieurs, les autres symptômes sont une diarrhée, une toux, des adénopathies et une hépato-splénomégalie.

C- Les pyodermites

Elles constituent les plus fréquentes des affections cutanées dans les régions tropicales. Leur expression clinique est généralement végétante.

- L'impétigo: Il est d'origine streptococcique, siège volontiers au niveau de la face et des extrémités et se caractérise par des vésicules qui donnent des croûtes jaunâtres avec un exsudat purulent. La forme bulleuse est fréquente en zone tropicale.
- L'échtyma: C'est un impétigo creusant du derme le plus souvent d'origine streptococcique. Il touche les sujets dénutris, immunodéprimés ou d'hygiène précaire.
- Les dermo-hypodermes bactériennes: Sont des infections des couches profondes de la peau (derme et hypoderme) et regroupent l'érysipèle, les cellulites et les fasciites nécrosantes. Elles sont dues habituellement au streptocoque (*Streptococcus pyogènes*)

D- Les ectoparasitoses et les piqûres d'insectes

- Les pédiculoses: On distingue la pédiculose de la tête due à *Pediculus humanus* variété capitis, la pédiculose du corps due à *Pediculus humanus* variété corporis et la pédiculose pubienne ou phtiriase due à *Phtirus pubis*.
- La gale humaine. Elle est due à un acarien : *Sarcoptes scabiei*, parasite humain obligatoire qui vit dans l'épiderme. Elle se transmet par contact direct. Les lésions spécifiques sont les sillons scabieux, des vésicules perlées (mains), des nodules (organes génitaux externes, creux axillaires). Les lésions secondaires non spécifiques sont fréquentes : lichénification, eczématisation, impétigo.

- Les piqûres d'insectes:

Les manifestations cliniques réalisent :

- Des manifestations communes : la réaction élémentaire la plus fréquente est l'urticaire papuleuse.
- Le prurigo aigu ou prurigo strophulus est une forme particulière de réaction d'hypersensibilité retardée aux piqûres d'insectes (moustiques, puces, punaises)
- Le prurigo subaigu et chronique est dû à l'évolution des lésions aiguës passées inaperçues. Ce sont des papules multiples excoriées.
- Les complications infectieuses : pyodermite, impétigo, cellulite infectieuse, septicémies. Rappelons qu'elles transmettent aussi des maladies : paludisme, filarioses, trypanosomiases, rickettsioses.

E. Les toxidermies

1- L'érythème pigmenté fixe

C'est la seule dermatose qui soit exclusivement de cause médicamenteuse. Il est très fréquent en Afrique : 20 à 40% des cas de toxidermies [21].

2- Le syndrome de Stevens-Johnson

Se caractérise par une fièvre, une éruption faite de macules souvent purpuriques, de vésicules avec détachement en lambeaux de la peau (signe de Nikolsky). Les lésions sont disséminées ne dépassant pas 10% de la surface corporelle, prédominant sur le visage et le tronc. Il s'y associe des lésions muqueuses pluriorificielles, en particulier au niveau de la cornée

L'infection à VIH/Sida est un des facteurs de risque. L'extension est imprévisible et peut évoluer vers un syndrome de Lyell [22].

3- Le syndrome de Lyell

C'est une urgence. L'infection à VIH est un facteur de risque majeur : 1 cas /1 000 / an. C'est une éruption douloureuse et fébrile atteignant le visage et le tronc dépassant 30% de la surface corporelle. Puis, sur des nappes érythémateuses, apparaît un décollement épidermique en «linge mouillé».

Il réalise un «syndrome de détresse cutanée aiguë» avec pertes liquidiennes et des infections principales causes de décès [23].

F. Les anomalies de la pigmentation cutanée

1- Les albinismes oculo-cutanés

En Afrique, l'albinisme oculo-cutané est très fréquent et grave, en particulier dans certaines ethnies, avec une grande fréquence des cancers cutanés, principalement de type carcinome épidermoïde. [24]

2- Le vitiligo

C'est une hypo-mélanose circonscrite, réalisant des lésions d'un blanc neigeux sous forme de macules bien limitées localisées à une région du corps ou généralisées

G- Les chéloïdes

Les chéloïdes représentent une pathologie fibro-proliférative de la cicatrisation, fréquente et spécifique de la peau humaine. Ce sont des tumeurs dermiques fibroblastiques persistantes plus de 12 mois après leur survenue. Elles touchent jusqu'à 15% des populations à peau génétiquement pigmentée et y sont plus exubérantes.

Lésions cutanées de médecine traditionnelle soudanaise

A- Généralités :

La médecine traditionnelle garde une place privilégiée au Soudan, quel que soit le statut socio-économique de la population. Les figures religieuses musulmanes comme le *wali* ou le *cheikh* ont hérité le pouvoir de guérir par une bénédiction divine [25].

Ainsi, selon une enquête conduite par le ministère de la Santé et le Bureau Central de Statistiques au Soudan (SHHS) en 2010, seule la moitié des personnes souffrant de blessures de faible gravité ont eu recours à une prise en charge médicale moderne, contre 30 % qui se sont dirigés vers la médecine traditionnelle [26].

B- Lésions cutanées :

1- Lésions de scarification :

Les scarifications rituelles peuvent revêtir des sens et des usages bien différents : généralement symétriques, elles constituent un marqueur d'appartenance à un clan ou une ethnie ; asymétriques, elles peuvent être en rapport avec le traitement d'une maladie ou de symptômes locorégionaux (céphalées, épilepsie, otalgie, etc.). Elles sont couramment réalisées avec des lames de rasoir ou des pièces métalliques affûtées.

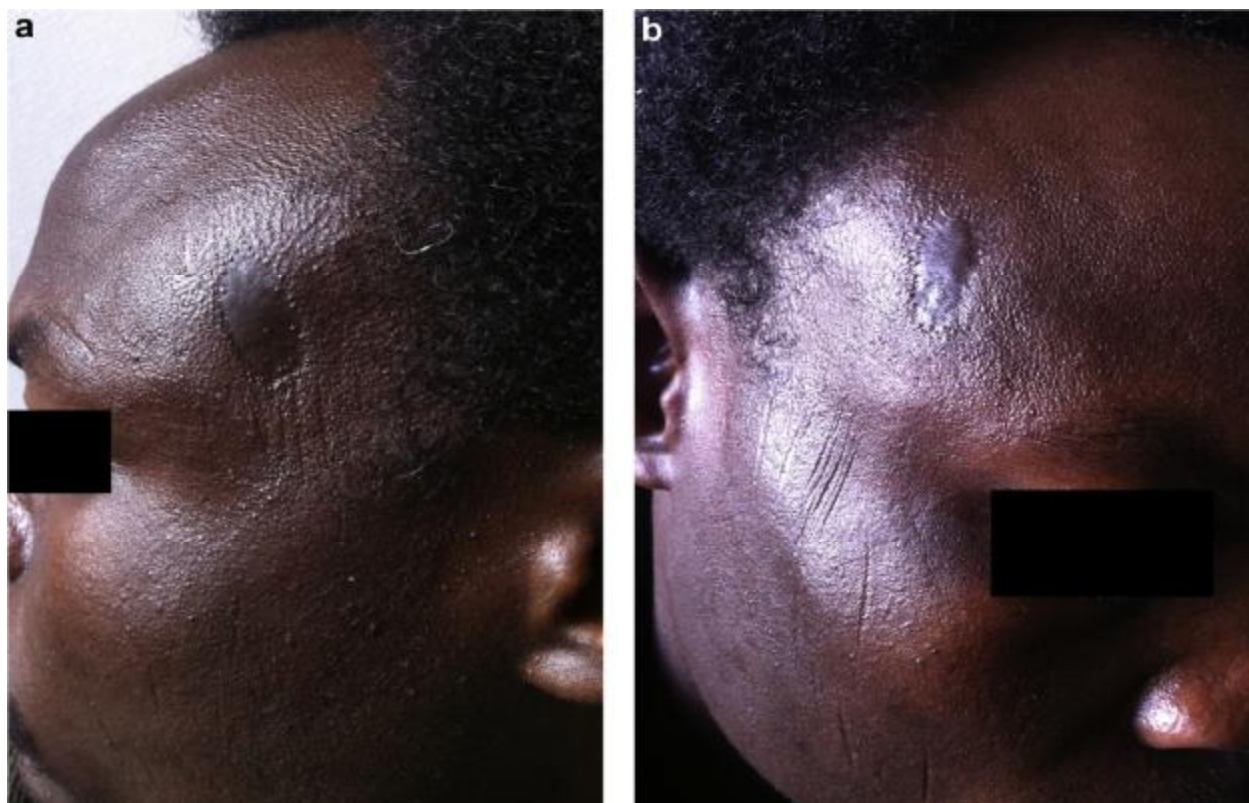


Figure 13. a : cicatrice fronto-temporale gauche, lenticulaire, rétractile et hyperpigmentée, jouxtant une série de scarifications anciennes ; b : cicatrice fronto-temporale droite d'aspect identique et symétrique à la cicatrice gauche, jouxtant une série de scarifications anciennes [26].

2- Brulures cutanées :

- L'application de pièces métalliques chauffées sur une zone douloureuse.
- l'acupuncture par la chaleur dans le traitement des migraines, dans le traitement de l'épilepsie au Soudan (application d'une bouteille en verre chauffée contre la peau) [27].
- La Haifat où une aiguille chauffée est introduite dans le processus alvéolaire des canines envoie d'éruption chez les bébés, comme remède à la douleur associée. La chaleur et/ou le marquage corporel constituent les éléments actifs de lutte contre le symptôme: antalgique directe, protection à long terme par un signe visible extérieurement [28].

Pathologies dermatologiques chez les réfugiés

Les problèmes de santé des réfugiés et des migrants sont semblables à ceux du reste de la population, même s'il arrive que la prévalence en soit plus élevée dans certains groupes. Les migrants forcés actuels présentent une « clinique de la pauvreté » : déshydratation, fatigue extrême, blessures accidentelles, hypothermie, brûlures, problèmes cardiovasculaires, complications de la grossesse ou de l'accouchement, diabète et hypertension [29].

Les femmes migrantes sont, pour leur part, confrontées à des difficultés particulières touchant notamment à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, à la santé sexuelle et reproductive et aux violences [30].

Les mauvaises conditions de vie et de voyage ainsi que les privations subies pendant les migrations favorisent les infections aiguës, comme les infections respiratoires, diarrhée, et des infections cutanées; d'un point de vue dermatologique, il convient tout particulièrement de signaler les pyodermites et les maladies parasitaires, avec en première ligne la gale [31], qui n'est pas toujours une maladie banale, car elle peut entraîner des complications post-infectieuses telles qu'une glomérulonéphrite post streptococcique [32].

Par ailleurs, les demandeurs d'asile bénéficient bien souvent d'une protection vaccinale insuffisante. Il convient de mentionner ici avant tout la varicelle, qui peut entraîner des infections en raison des taux de séropositivité particulièrement élevés chez les réfugiés africains [33], et peut également conduire à des épidémies dans les centres de demandeurs d'asile en raison de l'hébergement collectif [34, 35].

Aides médicales internationales

A. Vue d'ensemble de la crise

Alors que le conflit au Soudan du Sud entame sa cinquième année en 2018, la crise humanitaire a continué de s'intensifier et de s'élargir en raison des effets cumulatifs de la violence généralisée et la situation économique qui se détériore. Les combats continus et les flambées de violence dans de nouvelles zones ont forcé les gens à fuir leurs maisons, souvent à plusieurs reprises [36].

Le nombre de personnes déracinées depuis le début du conflit en 2013 a atteint plus de 4 millions (Fig.14), dont 1,9 million de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (IDP), avec jusqu'à 85% d'enfants et de femmes [36].

Les groupes particulièrement vulnérables tels que les enfants, les personnes handicapées et les personnes âgées subissent les conséquences les plus intenses du déplacement prolongé, de la violence et du manque d'accès aux services.

La faim et la malnutrition se sont intensifiées sans relâche, avec environ 1,1 million d'enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aiguë et ayant besoin de services vitaux. Bien que la famine localisée ait été arrêtée en 2017, l'insécurité alimentaire sévère a continué d'augmenter pour la cinquième année consécutive et un nombre record de 6 millions de personnes étaient gravement en insécurité alimentaire en septembre.

L'insécurité et les déplacements associés ont sapé la production agricole déjà compromise, détruisant les moyens de subsistance des agriculteurs et des éleveurs et causant des pénuries alimentaires (fig. 15).

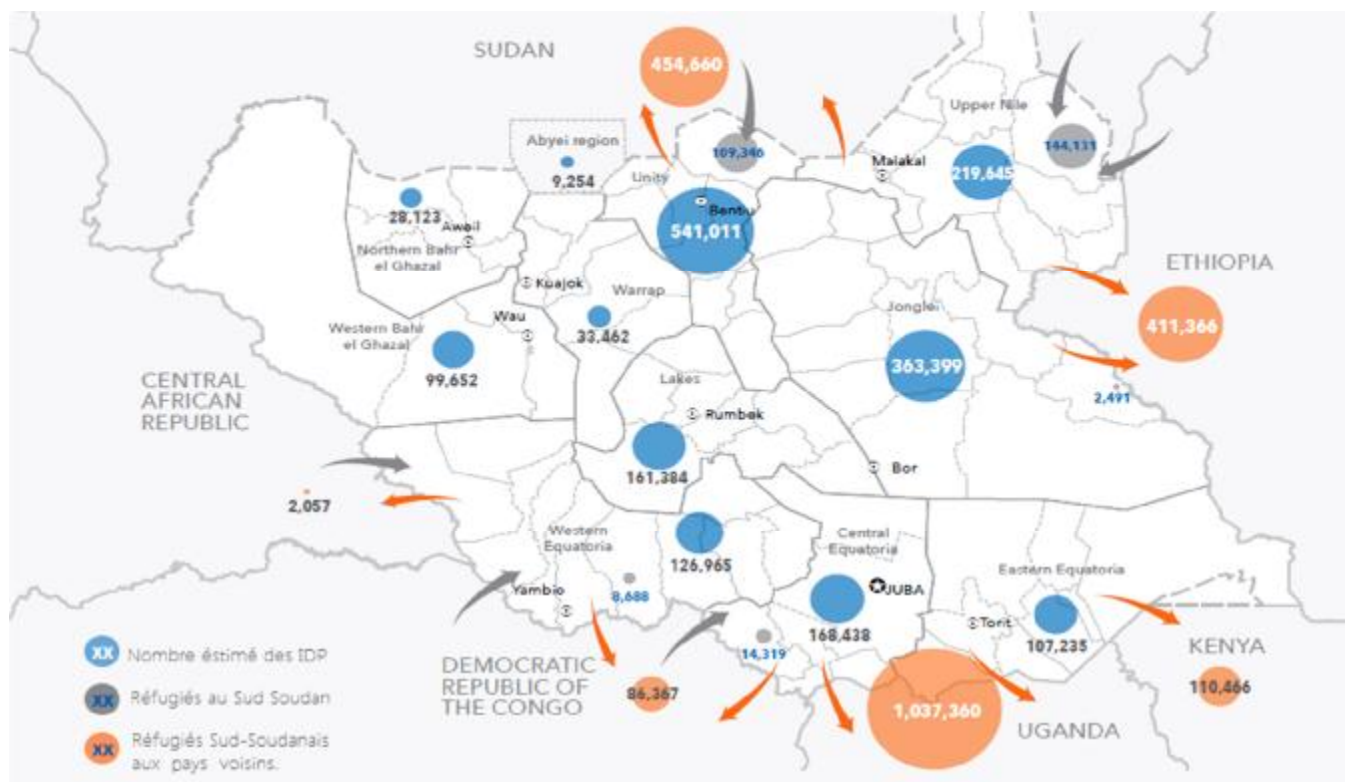


Figure 14: carte représentant la répartition des réfugiés sud-soudanais à l'intérieur du sudan du sud et aux pays voisins [37].

Déplacements

1 sur 3
personne ont été forcés de quitter leurs foyers











Tendance de l'insécurité alimentaire sévère au Sud Soudan (% de la population totale)



Figure 15 : figures représentant l'importance du déplacement ainsi que la tendance de l'insécurité alimentaire sévère au Sud Soudan [37].

B. Identifier les besoins:

Tableau2 : Tableau représentant les besoins de financement (US\$) et la population en besoin par différents secteur [38]

Secteurs	Population en besoin			Besoins (US\$)		
	Soudan du sud	Réfugiés	Total	Soudan du sud	Réfugiés	Total
 Coordination et gestion des camps	0.8m	0.3m	1.1m	18.3m	0.85m	19.2m
 Éducation	1.7m	0.16m	1.8m	45.1m	14.7m	59.8m
 Abris d'urgence	1.7m	0.3m	2.0m	33.9m	25.4m	59.2m
 Sécurité alimentaire	5.4m	0.3m	5.7m	727.6m	99.7m	827.3m
 Santé	4.8m	0.3m	5.1m	130m	27.8m	157.8m
 Nutrition	1.8m	0.3m	2.1m	183.4m	11.2m	194.6m
 Protection	6.1m	0.3m	6.4m	100m	28.7m	128.7m
 Eau, assainissement et hygiène	5.3m	0.3m	5.6m	143.7m	11.7m	155.4m
Total	6.7m	0.3m	7m	1.5b	220m	1.7M^d

Population en besoin



Besoins financiers (US\$)



C. Objectifs stratégiques des aides humanitaires:

Guidés par trois objectifs stratégiques, les partenaires humanitaires visent à répondre aux besoins les plus critiques de 6 millions de personnes, sur les 7 millions estimés ayant besoin de protection et d'assistance dans tout le pays [38].

Le plan d'intervention humanitaire (PIH) de 2018 a été élaboré dans un contexte d'approfondissement des besoins humanitaires et d'un environnement opérationnel de plus en plus difficile et coûteux.

Le plan est le résultat d'une hiérarchisation prudente et d'une prise de décision fondée sur des preuves, complétées par le Cadre de coopération intérimaire (CCI) de l'équipe de pays des Nations Unies, qui met davantage l'accent sur la résilience et le renforcement des services de base.

Les trois objectifs stratégiques du PIH 2018 ne représentent pas un écart important par rapport à ceux qui ont guidé la réponse en 2017, étant donné que les principales préoccupations humanitaires demeurent largement les mêmes. La réponse continuera d'être motivée par l'impératif humanitaire de sauver des vies et d'alléger les souffrances, de mettre l'accent sur la centralité de la protection et de soutenir la capacité d'adaptation des communautés face aux menaces majeures.

Les acteurs humanitaires resteront engagés à assurer une action humanitaire fondée sur des principes, dans un contexte opérationnel restrictif.

Parallèlement aux efforts déployés par le PIH, les partenaires humanitaires continueront d'exhorter les autorités compétentes à assumer leurs responsabilités et à consacrer des ressources nécessaires à la protection et à l'assistance humanitaires.

Objectif stratégique 1

Sauver des vies en fournissant une assistance multisectorielle rapide et intégrée



Sauver des vies en fournissant une assistance multisectorielle rapide et intégrée pour réduire les besoins aigus des personnes les plus vulnérables

Le premier objectif stratégique découle de l'impératif humanitaire de sauver des vies, de soulager les souffrances et de préserver la dignité des personnes dans les zones les plus démunies.

Guidée par les principes humanitaires, elle souligne la capacité des communautés touchées à accéder en toute sécurité à une assistance humanitaire et à une protection basée sur l'évolution des besoins des populations. Les partenaires humanitaires s'engagent en faveur d'une programmation intégrée et sensible aux conflits, notamment en rendant des comptes aux personnes affectées.

Objectif stratégique 2

Renforcer la protection et promouvoir l'accès aux services de base



Renforcer la protection et promouvoir l'accès aux services de base pour les personnes déplacées et autres personnes vulnérables

Le deuxième objectif stratégique met l'accent sur le rôle central de la protection des civils dans la réponse humanitaire. Il met en évidence le rôle des partenaires humanitaires dans le plaidoyer pour prévenir de nouvelles violences; la réponse aux besoins des survivants d'une manière digne; et réduire les risques de protection auxquels sont confrontés les différents groupes vulnérables identifiés dans une perspective de diversité selon l'âge et le sexe parmi les populations déplacées et les communautés d'accueil afin d'éviter de causer des dommages et de mettre en œuvre une réponse intégrée. Il exhorte également les partenaires à promouvoir l'accès des personnes déplacées et autres personnes vulnérables aux services de base.

Objectif stratégique 3

Soutenir les communautés à risque



Soutenir les communautés à risque pour maintenir leur capacité à faire face aux menaces importantes

Le troisième objectif stratégique vise à aider les communautés à se préparer et à faire face aux chocs et aux tensions récurrentes causées par les multiples moteurs de la crise humanitaire.

Reconnaissant les services complémentaires fournis par les autorités et les partenaires de développement, les humanitaires se concentreront sur les actions qui renforcent les mécanismes d'adaptation positifs des communautés à risque.

Ils encourageront également les partenaires concernés à soutenir la résilience des populations et à établir ou restaurer les services de base, notamment par le biais du cadre de coopération intérimaire de l'UNCT (The United Nations Country Team).

D. Stratégies de réponse humanitaire:

Prioriser la réponse et les ressources disponibles

Le plan de réponse est strictement prioritaire pour garantir l'utilisation la plus efficace et la plus appropriée des ressources dans un contexte où les besoins humanitaires peuvent l'emporter sur le financement disponible.

Assurer la centralité de la protection dans le plaidoyer et la réponse.

Cela se fera à travers des programmes ciblés et intégrés, l'intégration de la protection dans tous les secteurs et la promotion d'une réponse sensible à l'âge, au genre et à la diversité. Conformément à la politique du Comité permanent inter-organisations (CPI) sur la centralité de la protection

Soutenir la capacité d'adaptation des populations et rechercher des complémentarités avec le développement.

la réponse favorisera les liens entre les interventions humanitaires et celles extérieures au PRH, particulièrement dans les secteurs de la santé, de l'éducation et des moyens de subsistance.

Obttenir un accès humanitaire sûr, prévisible et opportun

Le plaidoyer auprès des acteurs armés sera basé sur des principes humanitaires et affectera le droit des personnes à recevoir un soutien vital.

Placier les personnes touchées au centre et promouvoir la responsabilité à leur égard

les acteurs humanitaires veilleront à ce que les personnes aient accès à l'information qui affecte leur vie; ils peuvent jouer un rôle actif dans les processus de prise de décision; ils ont accès à des mécanismes de rétroaction et de plainte appropriés; et leurs expériences et leurs besoins guident la réponse humanitaire.

Appliquer une programmation en espèces lorsque cela est possible et approprié

En 2018, 58 partenaires dans six groupes prévoient mettre en œuvre une partie de leur réponse en utilisant des transferts monétaires.

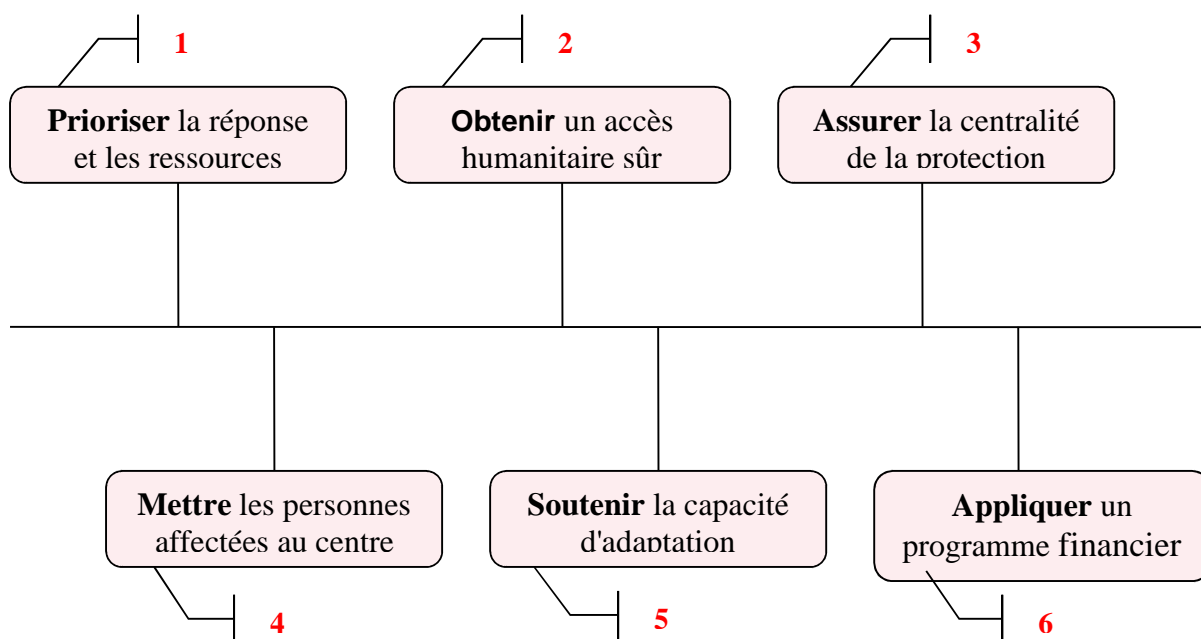


Fig. 16 : Figure récapitulant la stratégie de réponse humanitaire.

E- Priorités de l'aide humanitaire dans le secteur sanitaire:

1. Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infantiles :

- Fournir un soutien technique pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de plans pour la santé intégrée de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.
- Appuyer le ministère de la Santé pour améliorer l'accessibilité et la disponibilité des services intégrés de santé maternelle, néonatale et infantile à tous les niveaux du système de santé.
- Assurer l'accessibilité et la disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans le cadre du système de soins de santé primaires et de référence.

2. Renforcer les capacités nationales de prévention et de contrôle des maladies transmissibles, des maladies non transmissibles et des maladies tropicales :

- Aider le Gouvernement à renforcer les capacités nationales et institutionnelles de prévention et de lutte contre le VIH / sida, la tuberculose et le paludisme.
- Renforcer les capacités du Ministère de la santé, à tous les niveaux, pour lutter contre les maladies non transmissibles, les problèmes de santé mentale et les accidents de la route qui sévissent le plus souvent.
- Soutenir le ministère de la Santé dans le renforcement des capacités nationales et la création de partenariats pour le contrôle, l'élimination et l'éradication des maladies tropicales négligées.

3. Renforcer les capacités nationales de gestion des risques sanitaires d'urgence intégrant la prévention, la réduction des risques d'urgence, la préparation, la surveillance, l'intervention et le relèvement :

- Renforcer les capacités du ministère de la Santé en matière de gestion des risques sanitaires d'urgence et veiller à la mise en place de mécanismes aidant à la mise en œuvre des dispositions du règlement sanitaire international (2005).
- Renforcer les capacités aux niveaux national et sous-national pour la préparation, la surveillance et la réponse aux épidémies.
- Soutenir le ministère de la Santé au niveau national et des États dans les fonctions clés de coordination de la réponse humanitaire des partenaires nationaux et internationaux.

4. Contribuer au renforcement des systèmes de santé pour répondre aux besoins de santé de la population du Soudan du Sud :

- Renforcer la capacité du ministère de la Santé à gérer et à organiser les services de santé et à développer les ressources humaines nécessaires à la prestation de services.
- Soutenir la gestion des médicaments, des technologies de la santé et des services de laboratoire.
- Renforcer la capacité du ministère de la Santé à assurer l'intendance à tous les niveaux.

5. Aider le ministère de la Santé à s'attaquer aux déterminants environnementaux et sociaux de la santé :

- Soutenir le ministère de la Santé dans l'élaboration de stratégies visant à réduire les risques environnementaux pour la santé.
- Soutenir la création de sensibilisation sur l'influence des déterminants sociaux de la santé et catalyser l'action intersectorielle [39].

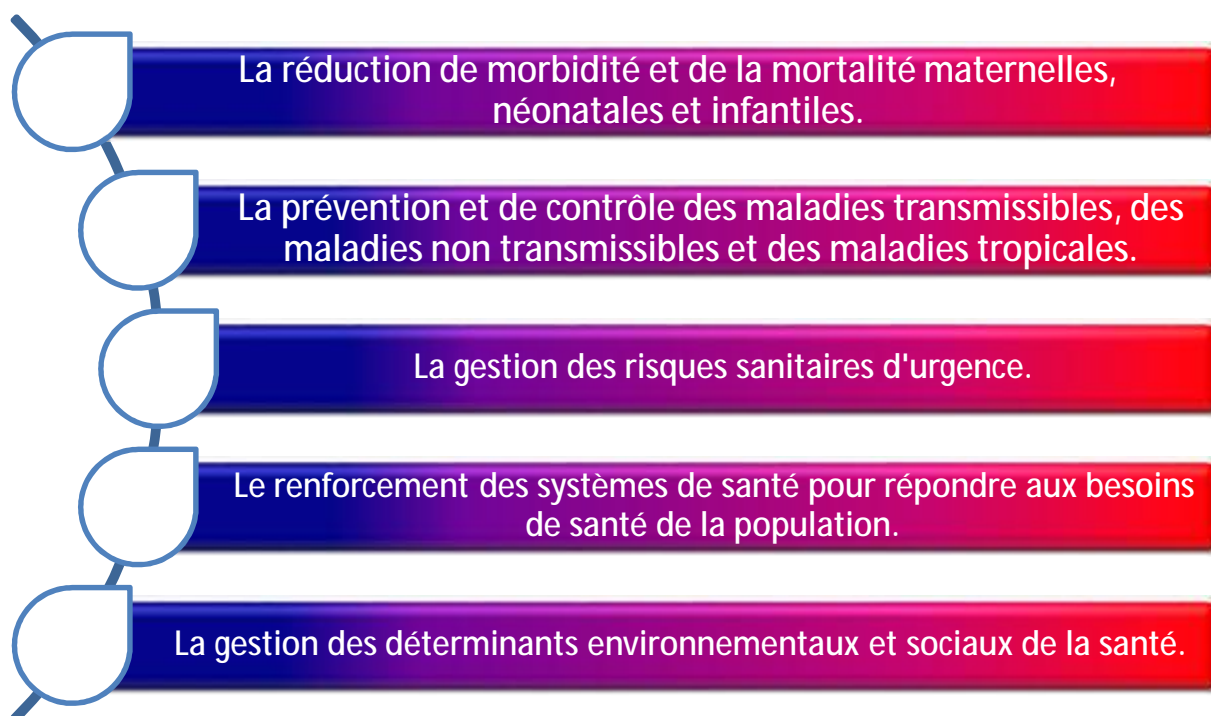


Fig17 : Figure récapitulant les priorités de l'aide humanitaire dans le secteur sanitaire.

PARTIE PRATIQUE

I-OBJECTIFS

- Revoir les particularités de la dermatologie sur la peau pigmentée dite « noire ».
- Etudier la dermatologie tropicale, notamment infectieuse.
- Dresser un profil épidémiologique sur les pathologies dermatologiques rencontrées dans les camps de réfugiés.
- Etudier l'impact des conditions humanitaires déplorables sur le profil de la consultation dermatologique en particulier.
- Etablir les besoins réels dans de telles situations afin d'optimiser les aides, en matière de personnel et de la logistique, spécifiquement les médicaments.

II- MATERIELS ET METHODES

1- Présentation de l'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur une durée de 68 jours, allant du 23 Janvier 2017 jusqu'au 31 Mars 2017.

2- Recueil des données :

Notre étude se base sur l'exploitation des dossiers médicaux et registres des consultations et prestations effectuées par l'équipe du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès au sein de l'hôpital de campagne multi-spécialités déployé à Juba au Sud Soudan.

3- Population cible :

L'étude a concerné les ressortissants du sud soudan, présents au camp des réfugiés de Juba, et ayant consulté en dermatologie.

Ont été exclus, les consultations de dermatologie du personnel, des autres nationalités et des citoyens du sud soudan ne résidant pas au camp de réfugiés.

4- Méthode de l'étude

Ce travail cherche à dresser le profil épidémiologique de la consultation dermatologique au sein de notre service à Juba. Dans ce but, différents paramètres ont été exploités en établissant une fiche d'exploitation nous permettant ainsi le recueil des données épidémiologiques, cliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutives.

5- Paramètres étudiés

Pour chaque cas traité, nous avons étudié les paramètres suivants:

- ✓ L'identité: L'âge, le sexe
- ✓ Les antécédents personnels : médicaux, chirurgicaux et toxiques.
- ✓ Les antécédents familiaux
- ✓ Les motifs de consultation
- ✓ Les explorations demandées : biologiques, anatomopathologiques, et radiologiques.
- ✓ Les diagnostics :
 - Ø Causes infectieuses (bactériennes, virales, parasitaires ou fongiques)
 - Ø Causes inflammatoires.
 - Ø Causes esthétiques
 - Ø Causes tumorales
 - Ø Causes traumatiques,
 - Ø Autres causes.
- ✓ Les prises en charge :
 - Ø Abstention
 - Ø Traitements
- ✓ Evolution :
 - Ø Rémission
 - Ø Récidive
 - Ø Référé à une autre structure sanitaire.

III- Résultats

A- La fréquence :

- Nombre de consultations : On a recueilli des données de 2139 prestations réalisées tout au long de la mission,
- Nombre des consultants en dermatologie: 1897 patients dont 242 ont bénéficié d'une seconde consultation.
- Nombre global des consultations réalisées dans tout l'hôpital : 26000 consultations.

Pourcentage Consultations en dermatologie = 2139 = 8,22% des consultations.

Consultations globale de l'hôpital 26000

B- L'identité

1) L'âge

La moyenne d'âge chez nos patients est de 34ans avec des extrêmes allant de 4mois à 80ans.

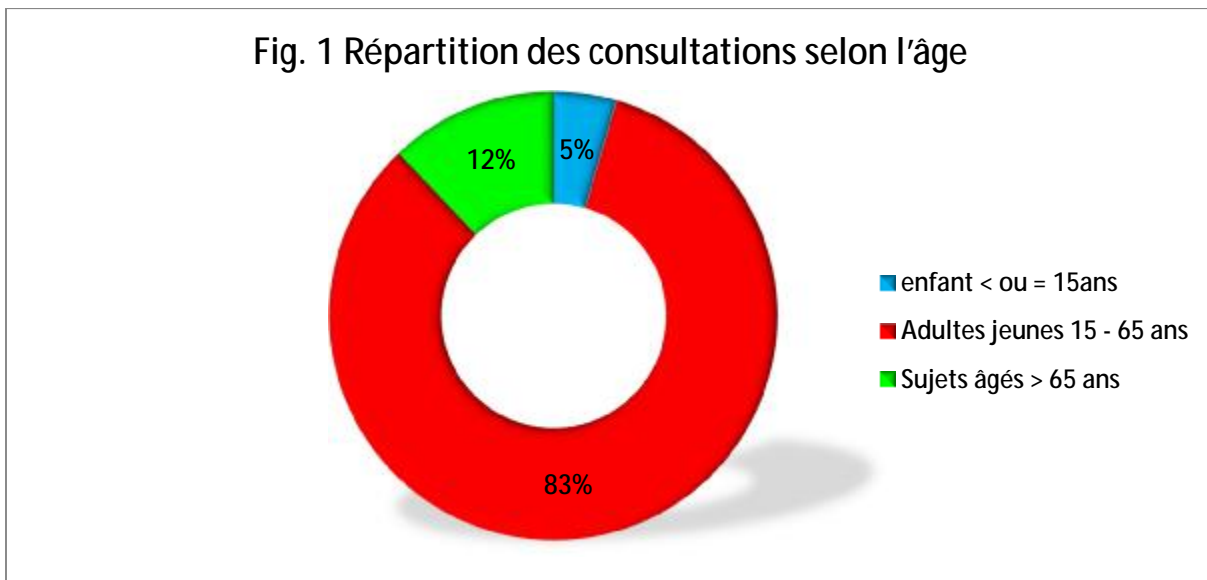


Fig. 18 Figure représentant la répartition des consultations selon l'âge.

2) Le sexe

Sur l'ensemble des patients ayant consulté au service de dermatologie de l'hôpital mobile multi spécialité déployé à Juba, 777 étaient des femmes (36%) contre 1362 hommes (64%).

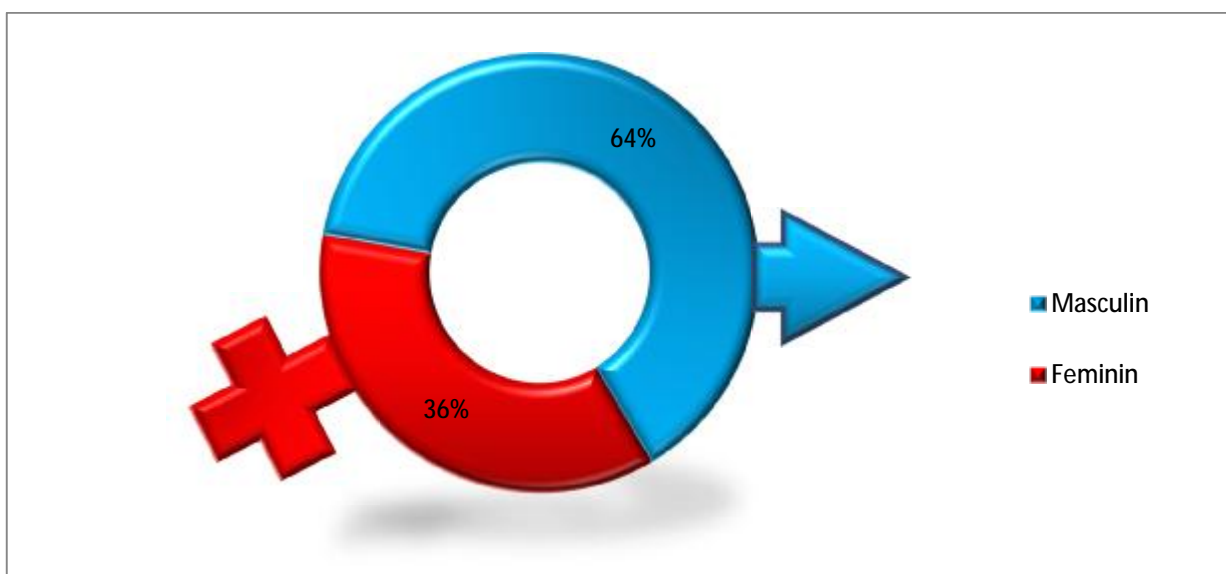


Fig. 19: Figure représentant la répartition de la consultation selon le sexe

C- Les antécédents personnels

1) Antécédents personnels médicaux

Ø Métaboliques: 16 patients sont connus hypertendus et 23 ont déclaré être suivis pour diabète.

Ø Allergiques: 21 patients ont eu un antécédent d'atopie personnelle.

Ø Infectieux :

- Infections sexuellement transmissibles: 15 patients ont déjà eu une urétrite, 5 sont connus porteurs du virus de l'hépatite B, 8 porteurs de l'hépatite C, 31 patient sont connus VIH positifs et 18 ont déjà été diagnostiqués porteurs de la syphilis.

- Non sexuellement transmissibles : 3 patients ont déclaré avoir le paludisme comme antécédent personnel et 7 autres ont déjà contracté une tuberculose ganglionnaire dans leurs passés.

Ø Autres : 4 patientes ont présenté des varices des membres inférieurs.

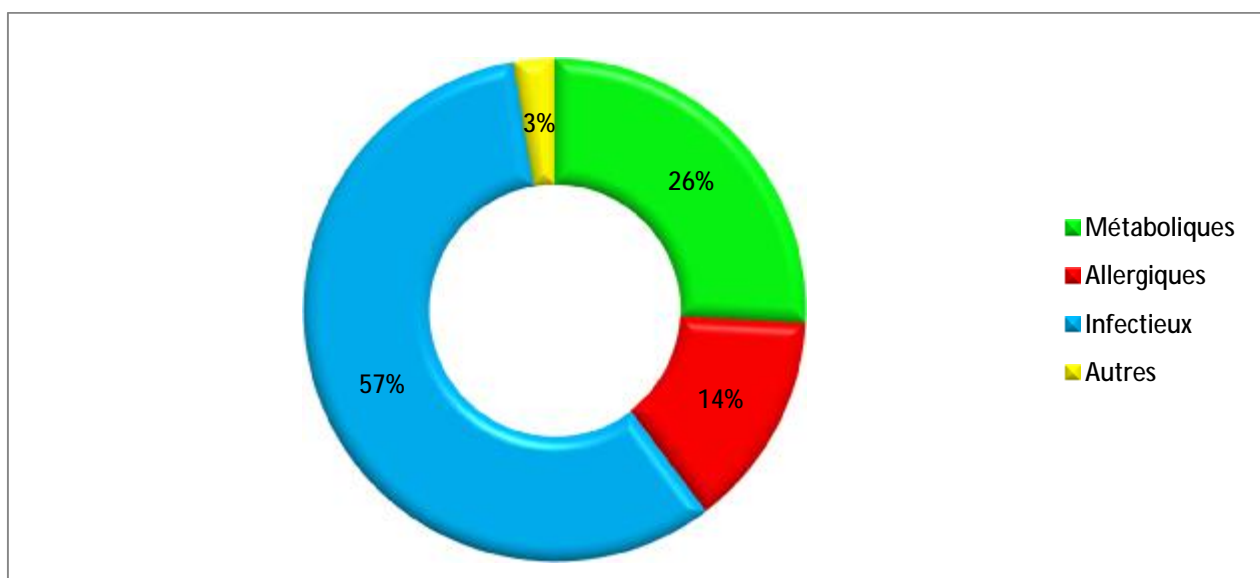


Figure 20. Figure récapitulant les différents antécédents médicaux personnels.

2) Les antécédents personnels chirurgicaux.

- Ø Dermatologiques : deux patients ont été opérés pour un mélanome et 4 autres patients avaient bénéficié d'une exérèse de leurs lipomes.
- Ø Viscérales : 5 patients ont déjà été opérés pour une appendicite aigue.
- Ø Gynéco-obstétricales : 8 patientes déjà ont été césarisées

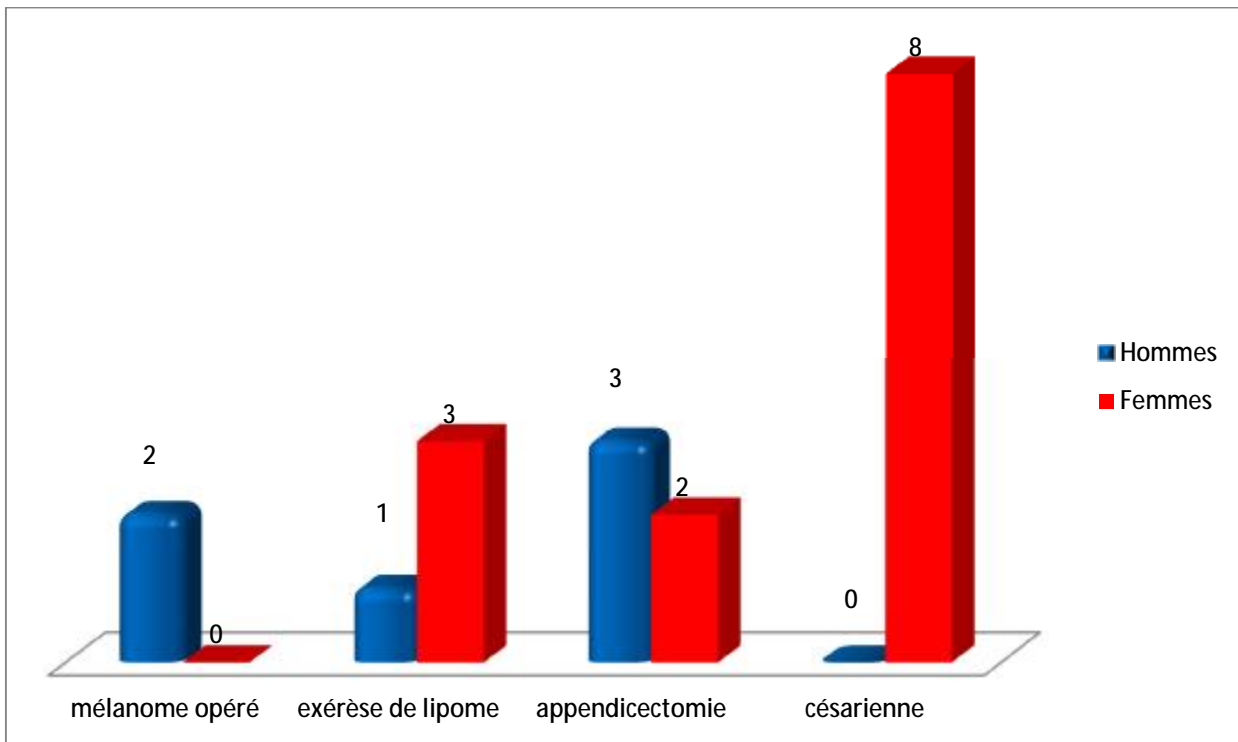


Fig. 21 : Figure représentant les différents antécédents personnels chirurgicaux de nos patients.

3) Les antécédents personnels toxiques

- Ø Tabagisme chronique: 14 patients ont déclaré être des tabagiques chroniques
- Ø Alcoolisme: 5 de nos patients ont mentionné une consommation d'alcool dans leurs passés.
- Ø Mastication de substances carcinogènes: rapportée par un seul patient.
- Ø Tatouages : identifiés chez 3 de nos patients

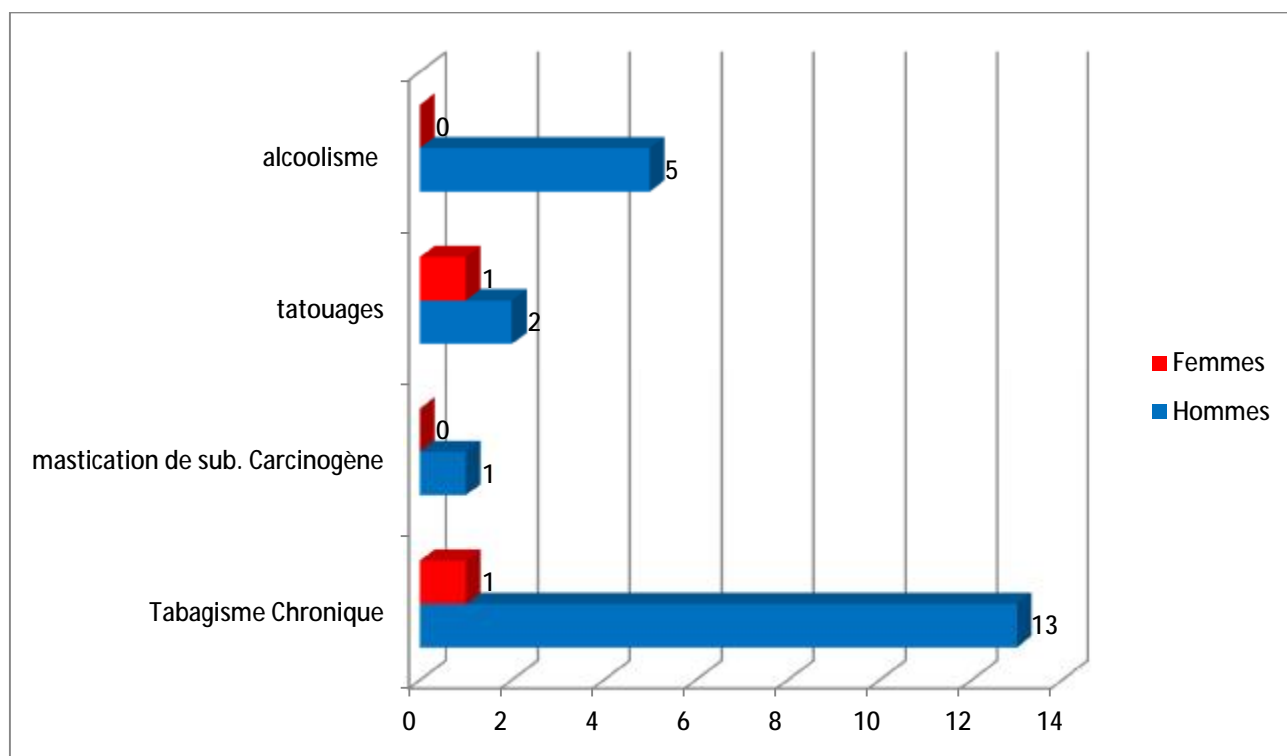


Fig. 22: Figure représentant les différents antécédents personnels toxiques de nos patients.

D- Les antécédents familiaux

- Ø Métaboliques: 7 de nos patients ont signalé avoir un parent qui était suivi pour hypertension artérielle et 12 autres ont un parent connu diabétique.
- Ø Infectieux : 18 cas de varicelle familiale ont été rapporté par nos patients, 14 ont signalé des cas similaires de teigne dans leurs familles et 32 de nos patients ont déclaré avoir au moins un cas de gale dans la famille.
- Ø Autres : deux cas de trisomie ont été rapportés dans les antécédents familiaux et une atopie familiale signalée dans les antécédents familiaux de 27 de nos patients

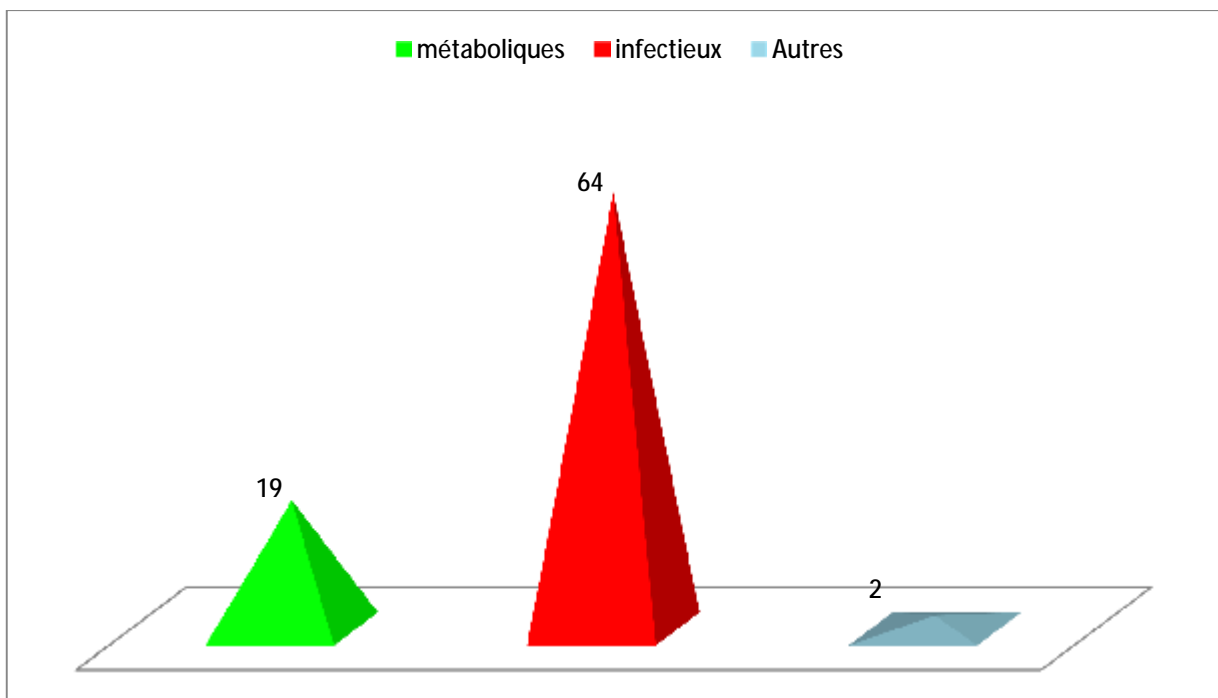


Fig. 23: Figure représentant les différents antécédents familiaux de nos patients.

E- Les motifs de consultation :

Ø Dermatoses connues :

- Acné : 56 patients ont consulté pour un problème d'acné.
- Urticairé : 38 patients ont consulté pour une urticaire chronique.
- Psoriasis : 21 patients ont consulté pour un psoriasis.
- Vitiligo : a poussé 19 patients à consulter dans notre formation.
- Dermate séborrhéique : 13 patients ont consulté pour une dermatose séborrhéique.

Ø Dermatoses récentes :

- Eczéma : 47 patients ont consulté pour un eczéma.
- Aphthes : 15 patients ont consulté pour des aphthes.
- Dermatoses infectieuses ont poussé 739 de nos patients à consulter.
- Mycoses cutanées : ont poussé 83 patients à consulter.

Ø Symptomatoologie :

- Prurit : a été le motif de consultation de 247 patients.
- Éruptions cutanées non prurigineuses : pour lesquelles 49 patients ont consulté.
- Ulcérations cutané-muqueuses : 75 patients ont poussé pour des ulcérations.
- Tuméfaction sous-cutanée : était le motif de consultation de 51 de nos patients.
- Dyschromie : motif de consultation de 63 de nos patients.

Ø Autres :

- Adénopathies : motifs de consultation de 31 patients.
- Chéloïdes : étaient le motif de consultation de 114 de nos patients.
- Chute de cheveux: pour laquelle 26 de nos patients ont consulté.
- Ongle incarné : a poussé 23 patients à consulter dans notre formation.

- Écoulement urétral et Brûlures mictionnelles: ont poussé 65 de nos patients à consulter.
- Autres motifs de consultation ont poussé 43 patients à consulter.

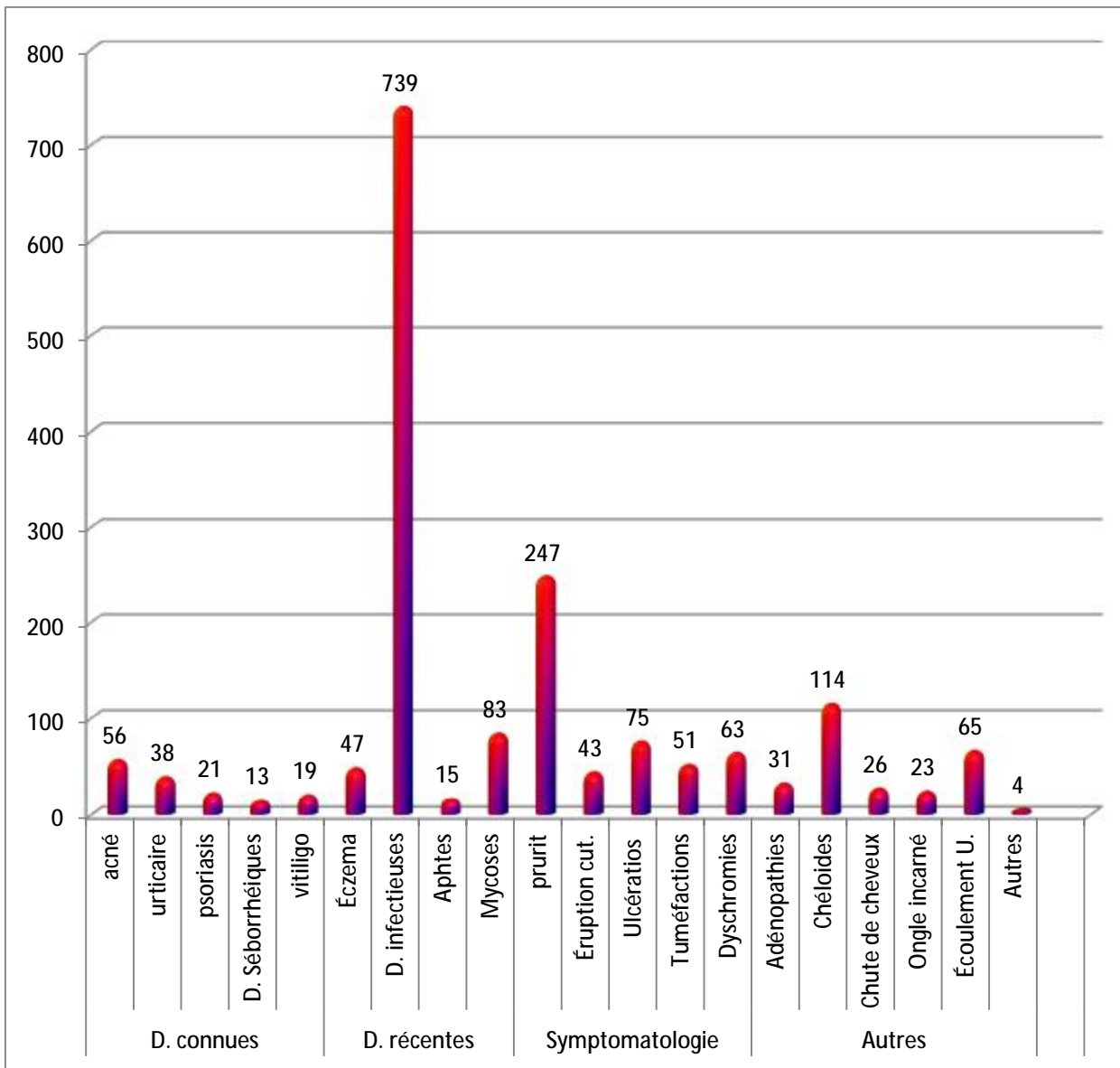


Fig. 24: Figure représentant les différents motifs de consultation et leurs valeurs respectives.

F- Les explorations demandées :

1) Les explorations biologiques :

- Ø NFS : 179 NFS demandées pour nos patients
- Ø Prélèvements bactériologiques, parasitologiques et mycosiques: réalisés chez 42 de nos patients.
- Ø Urée, créatinine : le bilan de la fonction rénale a été demandé chez 59 de nos patients
- Ø Glycémie à jeun : demandée chez 31 de nos patients
- Ø Bilan Hépatique : bilan demandé pour 66 de nos patients
- Ø β HCG, α FP : 1 patient a bénéficié d'une recherche de marqueurs tumoraux.
- Ø HVB : 76 sérologies de l'hépatite B demandées
- Ø HVC 115 sérologies de l'hépatite C demandées
- Ø Syphilis : 57 sérologies syphilitiques réalisées
- Ø Test lèpre (BAAR): demandé pour 14 de nos patients

2) Les explorations anatomopathologiques :

- Ø Biopsies cutanées réalisées sur 11 de nos patients

3) Les explorations Radiologiques :

- Ø Radiologiques standard : demandées pour 31 de nos patients.
- Ø TDM thoracique : demandée pour un patient.
- Ø Fond d`œil : demandé pour un seul patient.
- Ø Écho-doppler : demandées pour deux de nos patients.

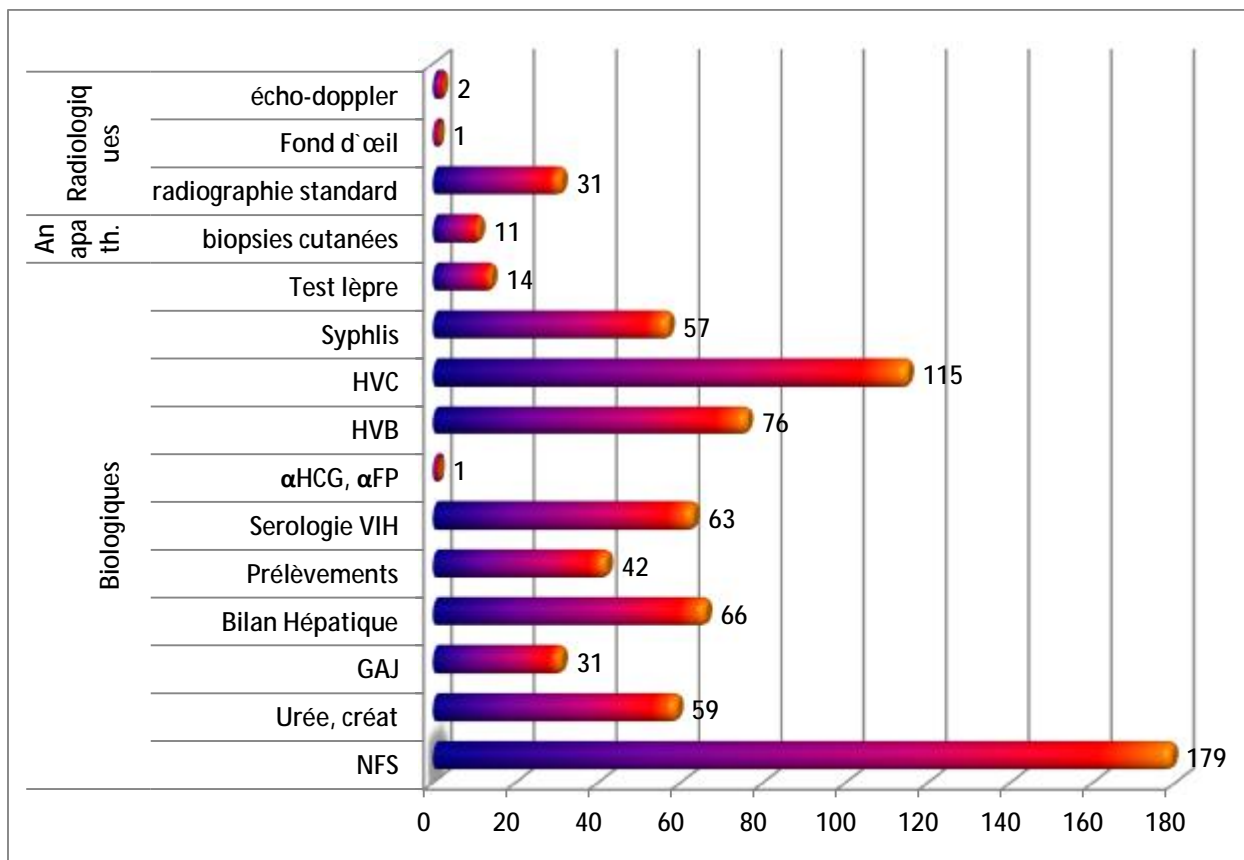


Fig. 25: Figure représentant les différentes explorations demandées pour nos patients.

G- Les diagnostics :

- Ø Les pathologies infectieuses (bactériennes, virales, parasitaires, fongiques ou IST) étaient le diagnostic retenu pour 1084 patients.
- Ø Les pathologies inflammatoires dont souffraient 296 de nos patients.
- Ø Les problèmes esthétiques ont été présentés par 327 patients.
- Ø Les pathologies tumorales qui ont affecté 12 de nos patients.
- Ø Les pathologies chirurgicales: On compte 125 pathologies dermatologiques chirurgicales diagnostiquées chez nos patients.
- Ø Les pathologies Immuno-allergiques et réactionnelles dont souffraient 282 de nos patients.
- Ø Les pathologies traumatiques que 54 de nos patients ont subi.
- Ø Autres causes diverses qui touchaient 84 personnes parmi nos patients.

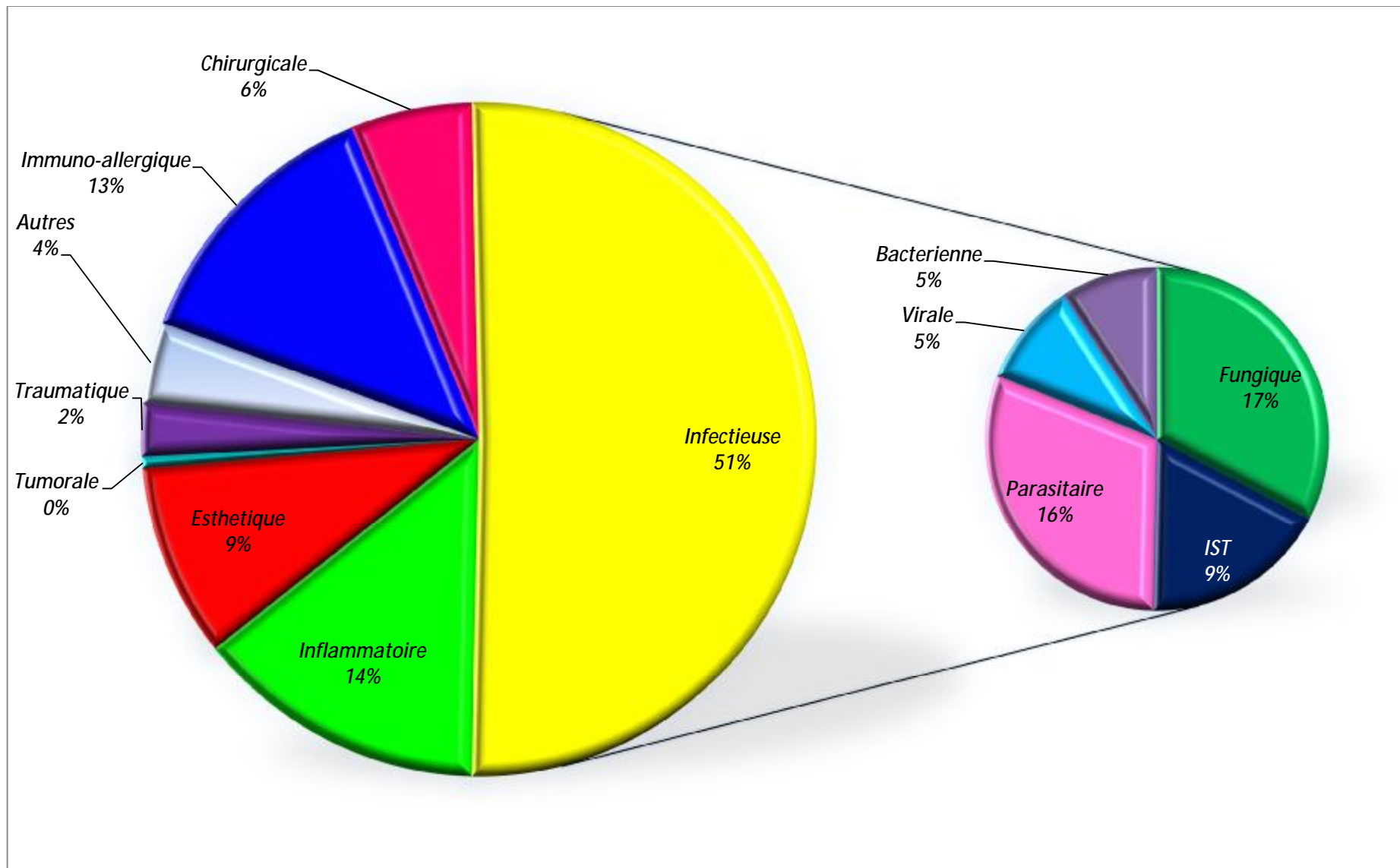


Fig. 26: Figure représentant la répartition de la consultation selon le diagnostic retenu

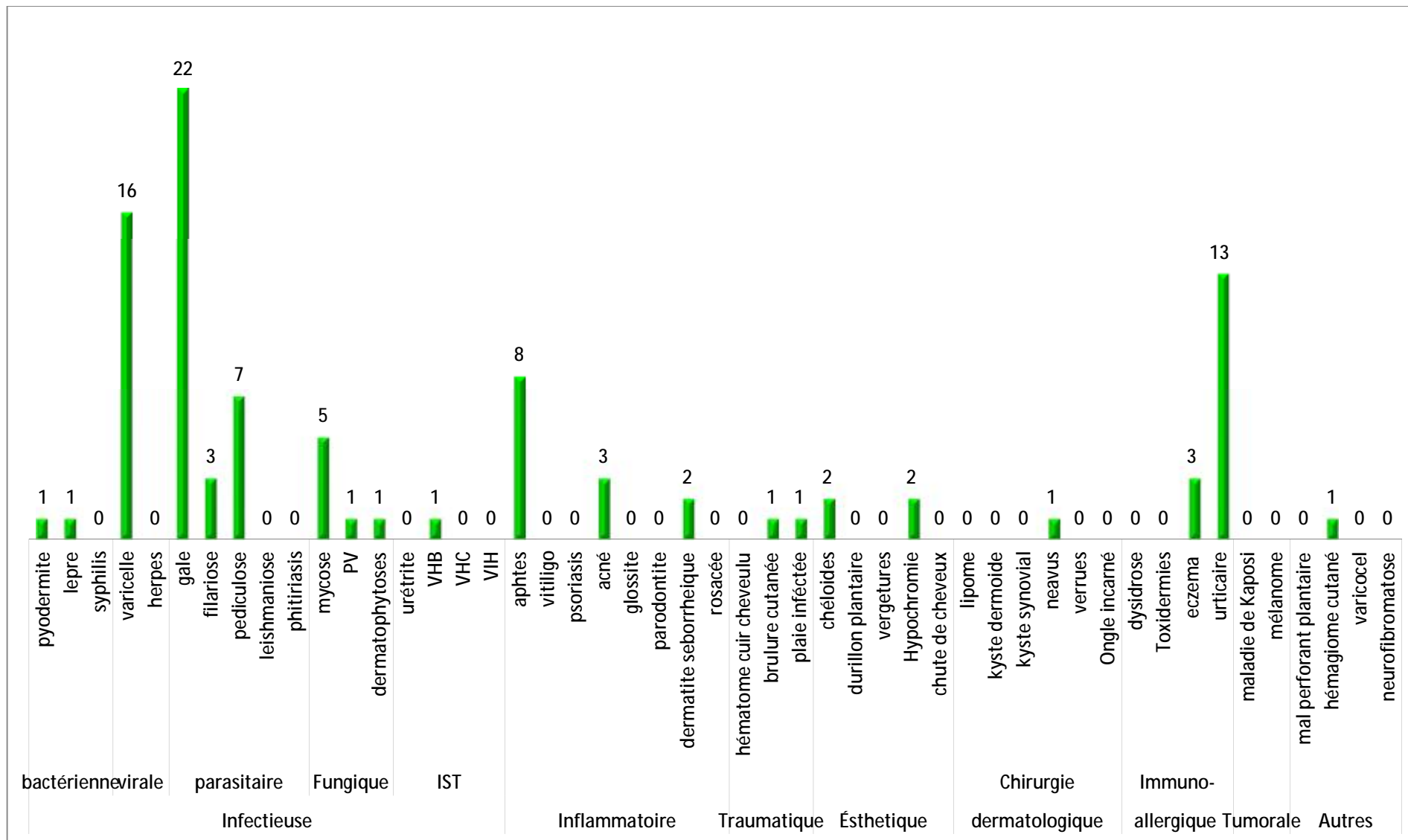


Fig. 27: Figure représentant les différents diagnostics retenus chez les enfants.

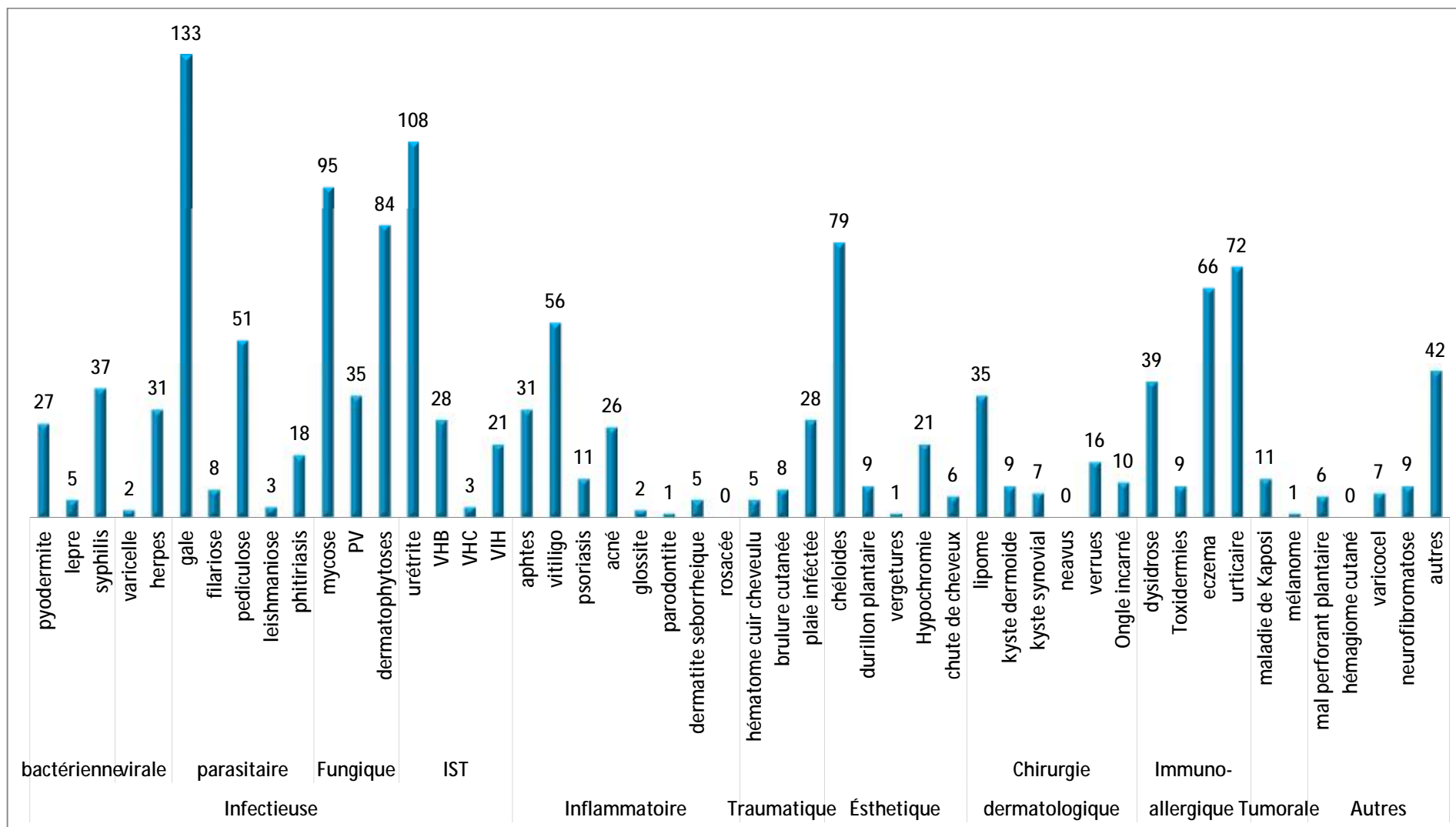


Fig. 28: Figure représentant les différents diagnostics retenus chez les hommes adultes.

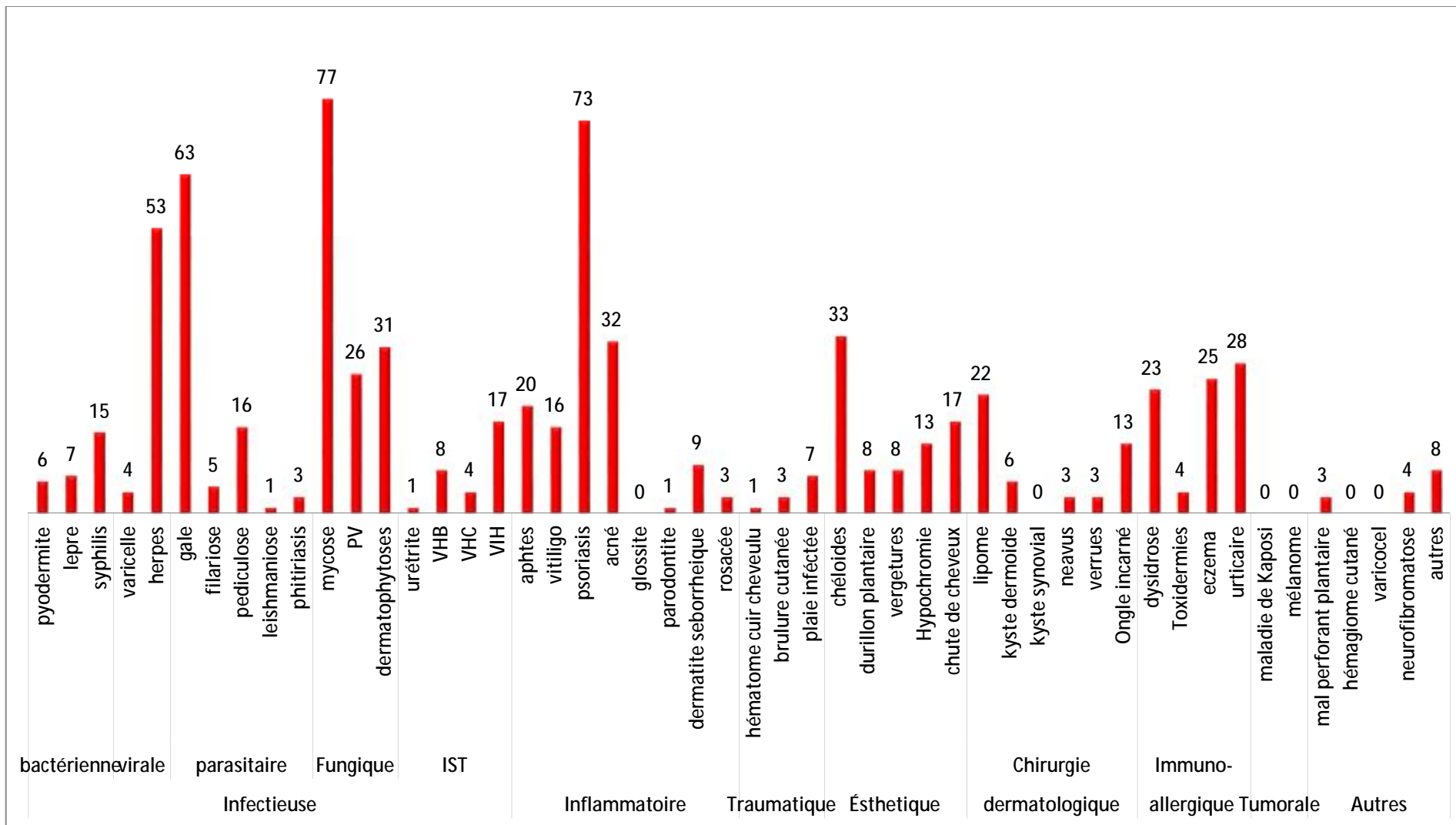


Fig. 29: Figure représentant la répartition de la consultation selon le diagnostic retenu chez les femmes adultes.

H- Les prises en charge :

Ø Abstention et surveillance : était la décision thérapeutique prise pour 92 cas.

Ø Traitements : 1528 patients ont été traités

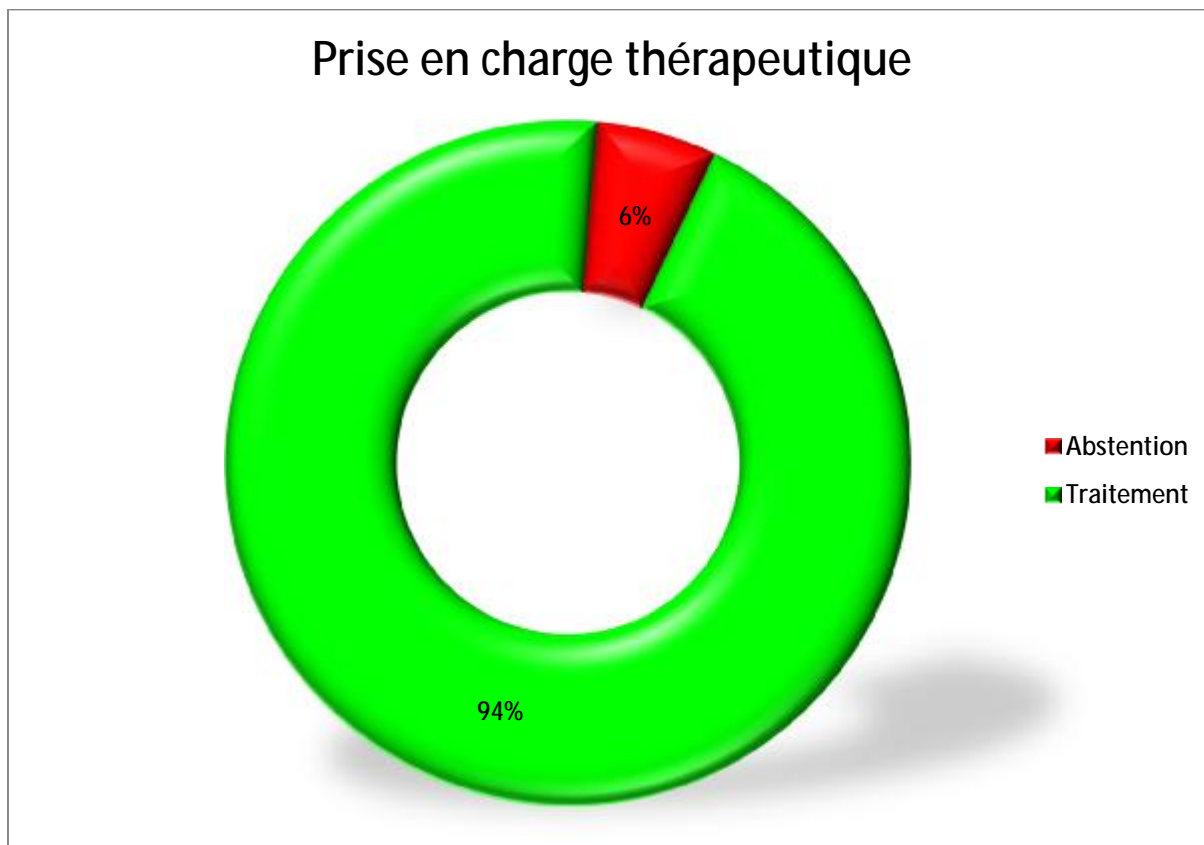


Fig. 30: Figure représentant les différentes prises en charge réalisée chez nos patients.

I- Évolution et suivi :

Ø Rémissions: sur l'ensemble des patients revus en consultation 195 ont présenté une rémission et amélioration de la symptomatologie.

Ø Récidives: 28 patients ont présenté une récurrence de leurs pathologies.

Ø Référés: 131 patients ont été référés au CHU de Juba. Dont 13 cas de lèpre, 16 autres de filariose, 37 cas de VHB et 7 de VHC, 38 cas de VIH, 8 cas de toxidermies, 11 autres cas de maladie de Kaposi et 1 mélanome.

IV Discussion :

A- La fréquence :

Nombre de consultations : On a recueilli des données de 2139 prestations réalisées tout au long de la mission, sur une durée de 59 jours soit 36 consultations par jours.

Nombre global des consultations de tout l'hôpital : 26.000 consultations réalisées.

Pourcentage de la consultation dermatologique = 8,22% des consultations totales de l'hôpital.

A l'hôpital marocain, implanté à Zaatari, au profit des réfugiés syriens, la consultation dermatologique venait en troisième position des consultations spécialisées par 2736 consultations sur un total de 11.400 prestations, soit un pourcentage de 24% [40].

B- L'identité

1- L'âge

La moyenne d'âge chez nos patients est de 34ans avec des extrêmes allant de 4mois à 80ans.

Sur les 2139 prestations réalisées 1783 étaient des adultes jeunes (15 à 65 ans) contre seulement 259 personnes âgées de plus de 65ans et 97 enfants de moins de 15ans.

On remarque alors que la tranche d'âge des adultes jeunes (entre 15 et 65ans) était la plus représentée parmi nos consultants avec un pourcentage de 83%.

Il faut juste signaler qu'il y a un biais de recrutement pour les enfants qui étaient vus en premier par le pédiatre et dont la plupart bénéficiaient d'un traitement sans avoir recours à la consultation dermatologique.

L'étude menée par Vignier N. sur les réfugiés Syriens et Irakiens présente des résultats similaires en objectivant une prédominance des adultes jeunes [41].

2- Le sexe

Sur l'ensemble des patients ayant consulté au service de dermatologie de l'hôpital mobile multi spécialité déployé à Juba 64% étaient de sexe Masculin avec un total de 1362 patients, contre 777 femmes avec un pourcentage de 36%.

Cette prédominance concorde avec les résultats de l'étude de Bouhamidi A. faite en Guinée [42].

Ici également il y aurait un biais de sélection puisque les hommes consultent chez le dermatologue aussi bien pour les problèmes de peau que pour les problèmes urologiques ; l'hôpital ne disposant pas d'urologues ; alors que les femmes bénéficient de consultations gynécologiques.

C- Les antécédents personnels :

Ø Les antécédents personnels médicaux de nos consultants ont été majorés par les antécédents infectieux.

Ø Les antécédents chirurgicaux sont co-dominés respectivement par les chirurgies gynéco-obstétricales chez les femmes (42%) et les chirurgies dermatologiques chez les hommes (26%).

Ø Les antécédents toxiques majoritairement représentés par le tabagisme chronique.

Ce qui paraît logique puisque la majorité des consultants présentaient des infections contagieuses et/ou vivaient dans des mêmes conditions favorisant le développement des dermatoses infectieuses.

D- Les antécédents familiaux

Les antécédents familiaux infectieux ont été dominés par les antécédents familiaux avec 75%.

E- Les motifs de consultation :

Les motifs de consultation les plus fréquents dans notre étude sont représentés par les dermatoses infectieuses en premier (42%), le prurit (14%), les chéloïdes (6%), les mycoses (5%), les ulcérations (4%), la dyschromie (4%) et l'acné (3%) (Figure 14).

L'étude réalisée par Arsouze A. sur les sujets de peau noire d'origine africaine en région parisienne a retrouvé des résultats différents : Acné 29% dyschromies (sauf vitiligo) 8%, alopecies 7%, eczémas 6%, prurit et prurigo 4%. [43].

Cette différence met en évidence l'impact de l'environnement sur le profil de la consultation dermatologique chez une même population.

F- Les explorations demandées

La plupart des explorations demandées pour nos patients étaient des explorations biologiques représentées essentiellement par les numérations sanguines (24%), les sérologies (Hépatite C (15%), hépatite B (10%), syphilis (8%)) et par les bilans hépatiques (9%).

Il faut signaler que la nature de l'hôpital de campagne déployé n'offre ni équipements ni personnel spécialisé en matière d'explorations.

G- Les diagnostics :

Les diagnostics retenus dans notre série ont été dominés par les dermatoses infectieuses (51%) représentées par les infections fongiques (17%), parasitaires (16%), infections sexuellement transmissibles (9%) puis par les infections virales et bactériennes (5%).

Les pathologies inflammatoires (14%) et immuno-allergiques (13%) viennent respectivement en 2^{ème} et en 3^{ème} lignes, suivies des pathologies chirurgicales (6%) et traumatiques (2%).

Sur l'étude réalisée par M. El Amraoui sur les réfugiés Syriens, les dermatoses infectieuses représentaient la moitié de la pathologie dermatologique (49%), suivies par les dermatoses immuno-allergiques (20 %), alors que, les autres dermatoses (24%) étaient dominées par la pathologie inflammatoire, les brûlures et les mutilations de guerre [37].

On note une grande concordance entre les résultats des deux séries en vue de la similitude entre les situations sanitaires précaires que vivent les réfugiés dans les de camps de réfugiés syriens de Zaatari et celui de Juba au soudan du sud.

Les conditions humanitaires déplorables que vivent les réfugiés influencent clairement le profil de la consultation dermatologique en majorant les causes infectieuses, celles-ci trouvent un terrain propice à fin de se développer et se propager.

H- Les prises en charge :

Ø Abstention et surveillance : était la décision thérapeutique prise pour 92 cas soit 6% des consultants.

Ø Traitements : 1528 patients ont été traités.

En qualité d'hôpital de campagne de proximité, notre établissement était destiné à prodiguer les premiers soins, à pallier aux urgences et à éviter le déclenchement d'épidémies. Toujours est-il qu'à chaque fois qu'une pathologie dermatologique ne relevant pas de la compétence de l'hôpital se présentait, le nécessaire était fait, soit en explorations, orientations et évacuations.

I- Évolution et suivi :

Ø Rémissions: sur l'ensemble des patients revus en consultation 195 ont présenté une rémission et amélioration de la symptomatologie.

Ø Récidives: 28 patients ont présenté une récurrence de leurs pathologies.

Ø Référés: 131 patients ont été référés au CHU de Juba.

La majorité des consultants ne nécessitent pas de suivi, vu la banalité et la bonne évolution de leurs pathologies.

Ceux qui présentaient une dermatose chronique et/ou qui nécessitaient un contrôle ont été revus avec une bonne évolution remarquée dans 84% des cas.

Pour les patients référés au CHU de Juba, aucune suite n'a été observée, par manque de communication avec le personnel autochtone.

Limites Et perspectives

Au cours de la réalisation de notre travail, plusieurs entraves et obstacles ont gêné notre recherche à savoir :

- Un biais de sélection a été constaté et mentionné concernant l'existence d'une unité de pédiatrie et de gynécologie contrastant avec l'absence d'unité d'urologie au sein de l'hôpital, de ce fait l'échantillon étudié a été surreprésenté par les hommes et adultes jeunes.
- Le recueil de données ne peut être indemne de difficultés. En effet, les dossiers étaient parfois incomplets ou manquaient de précisions.
- Pour les patients référés au CHU de Juba, aucune suite n'a été observée, par manque de communication avec le personnel autochtone.
- Certaines pathologies dermatologiques ne relevant pas de la compétence de l'hôpital ont été référées en vue du manque de matériel d'exploration et des moyens assez rudimentaires mis à notre disposition.
- Aucune publication nationale et internationale concernant la dermatologie en mission humanitaire et en particulier peau noire n'a étudié tous les paramètres détaillés au sein de notre thèse. Par conséquent, nous avons comparés nos paramètres étudiés avec différentes références.

En vue de ces limites, certaines mesures devraient être instaurées à savoir :

- Veiller à la présence des différentes spécialités à fin de surpasser ces biais de sélection.
- L'archivage et la numérisation des données à fin de faciliter leur exploitations.
- Assurer le suivi des patients référés en mettant en œuvre une communication efficace entre les différents partis de l'action humanitaire.

CONCLUSION

Le Maroc, l'une des nations fondatrices de l'union africaine et pionnière dans les missions humanitaires à travers le monde, ne peut que répondre aux appels de son continent d'appartenance et particulièrement aux besoins d'un pays frère comme le Sud Soudan, victime d'une guerre civile génératrice de milliers de réfugiés. Et c'est dans cette optique que le Maroc a déployé à Juba, un hôpital militaire de campagne.

La pratique dermatologique en Afrique subsaharienne est caractérisée par certaines particularités (peau pigmentée, pathologies spécifiques, données géopolitiques et socio-économiques...). Elle l'est encore plus si des conditions supplémentaires s'y ajoutent, notamment, un exode avec une vie en collectivité dans des camps de réfugiés.

Au cours de notre mission, la consultation dermatologique a représenté 8,22% de l'ensemble des consultations spécialisées réalisées au sein de l'hôpital, par 2736 consultations. Et nous renseigne ainsi sur la place importante de la dermatologie constituant une partie intégrante dans toutes les stratégies d'aides humanitaires en assurant le diagnostic et la prise en charge précoces essentiels pour prévenir l'ultérieure dissémination de pathologies contagieuses dans des contextes de promiscuité.

Les dermatoses infectieuses ont représenté plus de la moitié de la pathologie dermatologique vues en consultation. Cette prédominance peut être expliquée par les mauvaises conditions de vie et de voyage ainsi que les privations subies pendant les migrations des réfugiés.

Cette expérience nous a également permis de prendre conscience de la complexité de l'exercice médical en zone de conflit politiques, liée à l'isolement, au manque d'examens complémentaires, à l'absence générale de suivi et de recul évolutif. Ce fut également l'occasion d'être confrontés aux difficultés inhérentes à toute action humanitaire, qui se retrouve paralysée par l'insécurité mais aussi le positionnement politique et la confrontation de référentiels ethniques et culturels distincts.

Résumé

Résumé

Dans l'optique d'aide humanitaire, le Maroc, pionnier fondateur de l'union africaine a déployé à Juba, un hôpital militaire de campagne à fin de venir en aide aux blessés de guerre et prodiguer des soins aux résidents dans le camp des réfugiés de Juba.

L'analyse des données archivées concernant cette mission avait plusieurs objectifs :

- Revoir les particularités de la dermatologie sur la peau pigmentée dite « noire ».
- Etudier la dermatologie tropicale, notamment infectieuse.
- Dresser un profil épidémiologique sur les pathologies dermatologiques rencontrées dans les camps de réfugiés.
- Etudier l'impact des conditions humanitaires déplorables sur le profil de la consultation dermatologique en particulier.
- Identifier les besoins réels dans de telles situations afin d'optimiser les aides, en matière de personnel et de la logistique, spécifiquement les médicaments.

La distinction entre la peau dite « noire » et la peau claire résulte d'une mélanisation et d'une pigmentation différentes, variables selon le phototype génétiquement programmé et régulée en fonction de l'exposition solaire par le biais d'agents stimulant ou inhibant la mélanogenèse.

La dermatologie tropicale regroupe pour la plupart des dermatoses communes aux pays industrialisés et aux pays en développement, mais avec des prévalences variables et des modes d'expression différents, ainsi que des dermatoses dont l'épidémiologie est spécifiquement tropico-équatoriale..

Le travail que nous avons réalisé correspond à une étude transversale, rétrospective, descriptive et analytique des résultats cette mission, colligeant 2139 patients, soit tous les réfugiés sud-soudanais ayant consulté en dermatologie lors de la mission médicale humanitaire entre le 23 Janvier et le 31 Mars 2017. Il a permis de recueillir les paramètres épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de cette population et de souligner l'influence du déterminisme sociodémographique dans la prévalence des maladies de la peau.

Les dermatoses infectieuses représentaient plus de la moitié de la pathologie dermatologique vues en consultation (51 %) ; représentées par des dermatoses communes et d'autres spécifiques des milieux tropicaux; suivies par les dermatoses inflammatoires (14%) et immuno-allergiques (13 %) respectivement en 2eme et 3eme positions. Cette nette prédominance peut être expliquée par les mauvaises conditions de vie et de voyage ainsi que les privations subies pendant les migrations des réfugiés.

Abstract

The kingdom of Morocco, as a pioneer founder of the African Union and in order to assure humanitarian aid across the African continent, deployed a military campaign hospital in Juba, South Sudan Republic.

This hospital had the mission to help wounded war victims and to give medical care to the residents of Juba's refugee camp.

The analysis of archived data of this mission had many purposes:

- To review the particularities of pigmented skin, called dark, in dermatology.
- To study tropical dermatology especially infectious.
- To establish an epidemiological profile of dermatological pathology encountered in refugee camp.
- To study the impact of humanitarian conditions on the profile of dermatological consultations.
- To identify the real needs in such situations in order to optimize humanitarian aid, in matter of human resources, logistics and specially drug supplies.

The difference between skins called dark and light results of the variability of melanisation and pigmentation process from one human being to another.

This variability is determined by a genetically programmed phototype, and regulated via stimulating and inhibiting agents of melanogenesis.

Tropical dermatology regroups the majority of common dermatosis found in developed and emerging countries but with different prevalence and expression.

The diseases treated in tropical dermatology include also those which are specific to tropical-equatorial epidemiology.

The work we accomplished is a transversal, descriptive, and analytic study of this humanitarian mission results. It compiled 2139 patients all of them are south

Sudanese refugees who consulted in dermatology in the period from 23th to march 31st 2017.

This study allowed us to collect epidemiological, clinical, therapeutical and evolutive parameter's of this population and tp highlight the influence of socio-demographic factors in the prevalence of skin diseases.

The infectious dermatosis represented over than the half of pathologies seen in consultation, followed by inflammatory dermatosis 14% and immuno-allergic ones 13%

This clear prevailing can be explained by the deteriorated conditions of life and travel during refugee immigration.

مطى

يعتبر المغرب من الدول المأساة لتحاد الافريقي، وفي إطار المساعدات الإنسانية التي تقدمها المملكة المغربية، تم إنشاء مستشفى عسكري ميداني بمدينة نيجو ببادولة جنوب السودان للتحقيق لتقديم العون لجرى الحرب الأهلية وتوفير العلاج للمواطنين بمخيم اللاجئين المتواجد بها و قد تم تحديد مجموعة من الاهداف المرجوة من تحلى معطيك اثنى هذه المهمة الإنسانية و اهمها

مرجعة خصيت البشرة السمكت الداكنة" فيما يتعلق بمرض الجلدية
دراسة المرض الجلدية الاستوائية خاصة منهن التعفنية
تقديم خطط العلاج وبائية للأمراض الجلدية في مخيم اللاجئين
دراسة اثر الاوضاع الإنسانية على الاشارة الطبية بمصلحة لمرض الجلد
تحديد الحجيت الفيقة في ظل هذه الحالات وذلك للرفع من مستوى الاعلانت الى الحد الاملى في
مجال الموارد البشرية و المهنتك و خاصة الادوية
تربت الفرق بين ما يطلح عليه بالبشر الداكنة الفاتحة عن اختلاف في تركيبها دة الميلانين في
الجلد من شتى لآخر. ويرجع هذا الاختلاف لعولى مبرمجورا ثيا ومنظمة مواد مفرة لتحفيز او تعطى
هاتى العملية و للاختلاف في شدة التعرض لأشعة الشمس
يشمل علم الأمراض الجلدية الاستوائية، الى جنب الأمراض الجلدية ذلك التوزيع الو بائى الاستوائى
والمداي، معظم الأمراض الجلدية للشائعة في الدول المتقدمة والنمية لكن باشار وتعبير مختلفين

هذا العلم بين أيديكم هو باره عن دراسة متعرضة وصفية تحليلية لتائج هذه المهمة الإنسانية،
وشملت 2139 مريض، في جميع اللاجئين الجنوب للسودانيين الذين تم الكف عنهم في مصلحة المرض
الجلدية بالمستشفى الميداني العسكري بمدينة نيجو با في الفترة بين 23 يناير 2017 و 31 مارس 2017
وقد سمحت هذه المهمة بجمع المعطيات وبائية، للبريرية والعلاجية و كذا التطورية منها، كما
اهتمت بتحديد تأثير العولى للسويو ديمورافية في اشارة المرض الجلدية
وقد جاءت نتائج الدراسة كالتالي

شكلت الأمراض الجلدية التعفنية كثر من نصف الاشارات الطبية في مصلحة المرض الجلدية و
تكونت من لمرض شائعة وأخرى خاصة بالابوط الاستوائية
كما جاءت الأمراض الجلدية الاثها بية ب 14% و العسلية لمناعا تية ب 13% في المركزين الثاني
و الثالث على التوالي
وأخيرا يمكن تفسير سيطرة الأمراض الجلدية التعفنية على الطبية الاشارات الطبية بطرف العيش
وللسفر المتردية لؤلؤاء اللاجئين تناء نزوحهم

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération 2011. Agence Marocaine de Coopération Internationale (AMCI)
- [2] Ann Dermatol Venereol Histologie et histophysiologie de la peau et de ses annexes 2005;132:8S5-48
- [3] Slominski A, Tobin DJ, Shibahara S, Wortsman J. Melanin pigmentation in mammalian skin and its hormonal regulation. *Physiol Rev* 2004;84:1155-228.
- [4] Collège des enseignants de dermatologie de France, la pigmentation cutanée, Mai2011.
- [5] Grosshans E. Histologie de la peau noire. *Méd Trop* 1994;54(4bis): 390-2.
- [6] La Ruche G, Cesarini JP. Histologie et physiologie de la peau noire. *Ann Dermatol Venereol* 1992;119:567-74.
- [7] Sarrat H, Nouhouayi Y, Faye I. Les variations du pigment mélanique observées sur peau noire. *Bull Soc Fr Derm Syph* 1971;78:144-52.
- [8] Morand J.J. Dermatologie sous les tropiques : quel avenir? *Méd. Trop.*, 2009, 69, 213-214
- [9] Dermatologie sur peau noire EPU Bats

- [10] Cremer G. *Manifestations cutanées des mycoses profondes et exotiques*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Dermatologie*, 98-390 A-10, 2000:12p.
- [11] Lopez Martinez R, MendezTovar LJ. Chromoblastomycosis. *Clin Dermatol* 2007;25:188-94.
- [12] Kauffman CA. Sporotrichosis. *Clin Infect Dis* 1999;29:231-7.
- [13] De Araujo T, Marques AC, Kerdel F. Sporotrichosis. *Int J Dermatol*.
- [14] McLeod DS, Mortimer RH, Perry-Keene DA, Allworth A, Woods ML, Perry-Keene J, et al. Histoplasmosis in Australia: report of 16 cases and literature review. *Medicine* 2011;90:61-8.
- [15] Imbert P, Poizot-Martin I, Lacour JP, Marty P, Dhiver C, Martet G. Histoplasmosse disséminée à *Histoplasma capsulatum* et sida chez l'Africain (à propos de 3 cas). *Med Trop* 1995;55:151-3.
- [16] - Swartz R.A, McDonoigh P.H., Lee B.W. Toxic epidermal necrolysis . *J. Am. Acad. Dermatol*, 2013, 69, 173 .e1-13 et 187.e1-16.
- [17] Kumari R, Nath AK, Rajalakshmi R, Adityan B, Thappa DM. Disseminated cutaneous rhinosporidiosis: varied morphological appearances on the skin. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2009;75: 68-71.
- [18] Revankar SG. Phaeohyphomycosis. *Infect Dis Clin North Am* 2006;20:609-20.

- [19] Chang A, Tung RC, McGillis TS, Bergfeld WF, Taylor JS. Primary cutaneous coccidioidomycosis. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:944-9.
- [20] Kim A, Parker SS. Coccidioidomycosis: case report and update on diagnosis and management. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:743-7.
- [21] Saka B., Kombaté K., Médougou B.H et al. Erythème pigmenté fixe en pratique dermatologique à Lomé (Togo) : étude rétrospective de 321 cas. *Bull. Soc. Pathol. Exot.*, 2012, 105, 384-387.
- [22] Kourouma S., Sangaré A, Kaloga M. et coll. Syndromes de Stevens-Johnson et de Lyell : étude de 185 cas au CHU de Treichvill (Abidjan, Côte d'Ivoire). *Méd. Santé Trop*, 2014, 24, 94-98
- [23] Valle AC, Wanke B, Lazera MS, Monteiro PC, Viegas ML. Entomophthoromycosis by *Conidiobolus coronatus*. Report of a case successfully treated with the combination of itraconazole and fluconazole. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 2001;43:233-6.
- [24] Aquaron R. L'albinisme humain : aspects cliniques, génétiques, cellulaires, biochimiques et moléculaires. *Med. Trop.*, 2000, 60, 331-341.
- [25] Al-Safi A. Traditional Sudanese Medicine. A primer for healthcare providers, researchers and students. 1reed. Khartoum:Azza.

- [26] Ministry of Health, Central Bureau of Statistics Government of Sudan. Sudan Household Health Survey- Round 2. Khartoum;2010.
- [27] Wong TW, Fung KP. Acupuncture from needle to laser. *Fam Pract* 1991;8:168—70.
- [28] Rasmussen P, Elhassan E, Raadal M. Enamel defects in primary canines related to traditional treatment of teething problems in Sudan. *Int J Paediatr Dent* 1992;2:1515.
- [29] Gulland A. The refugee crisis: what care is needed and how can doctors help? *Bmj* 2015;351.(British Medical Journal).
- [30] *Décision du Conseil exécutif de l'OMS (EB140(9)) Janvier 2017.*
- [31] Hengge UR, Currie BJ, Jäger G, Lupi O, Schwartz RA. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. *Lancet Infect Dis.* 2006;6:769–79.
- [32] Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. *Lancet.* 2006;367:1767–74.
- [33] Nysse LJ[1], Pinsky NA, Bratberg JP, Babar-Weber AY, Samuel TT, Krych EH, et al. Seroprevalence of antibody to varicella among refugees. *Mayo Clin Proc.*
- [34] *Epidemiologisches Bulletin.* Robert Koch Institut. 2010;48
http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/48_10.pdf.

- [35] Vallière S, Landry P, Masserey E, Genton B, Vaccination des requérants d'asile dans le canton de Vaud. *Revue Médicale Suisse* 2013;9: 985–9.
- [36]E. Martin et I. Mosel, *City Limits. Urbanisation and Vulnerability in Sudan : Juba Case Study*, Londres, Humanitarian Policy Group, Overseas Development Institute, 2011. South Sudan National Bureau of Statistics (2017).
- [37] document produced by the United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) on behalf of the Humanitarian Country Team and Integrated Food Security Phase Classification. OCHA, UNHCR and partners.
- [38] FAO/ Albert González Farran. Ganyiel (Panyijiar County), May 2017.
- [39] WHO/CCU/17.01/South Sudan contry cooperation strategy, <http://www.who.int/countries/en/>.
- [40] Profil épidémio-clinique de la consultation dermatologique dans le camp des réfugiés syriens de Zaatari-Jordanie.
- M. El Amraoui*, A. Bouhamidi , N. Hjira , M. Boui Service de dermatologie - vénéréologie, hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat, Maroc.
- [41]Accueil médical des réfugiés syriens et irakiens et pathologies infectieuses PADS 2-05 N. Vignier, V. Jeannerod, V. Pires House; 2007. p. 115—20.

- [42] Profil épidémiologique des consultations dermatologique en Guinée Bissau M. El Amraoui*, A. Bouhamidi, M. Boui Service de dermatologie - vénéréologie, hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat, Maroc.
- [43] Motifs de consultation en dermatologie des sujets de peau noire d'origine africaine et antillaise : enquête multicentrique en région parisienne. Arsouzea, . Fitoussi b, P.-P. Cabotina. Chainea Service de dermatologie, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, Paris, France.