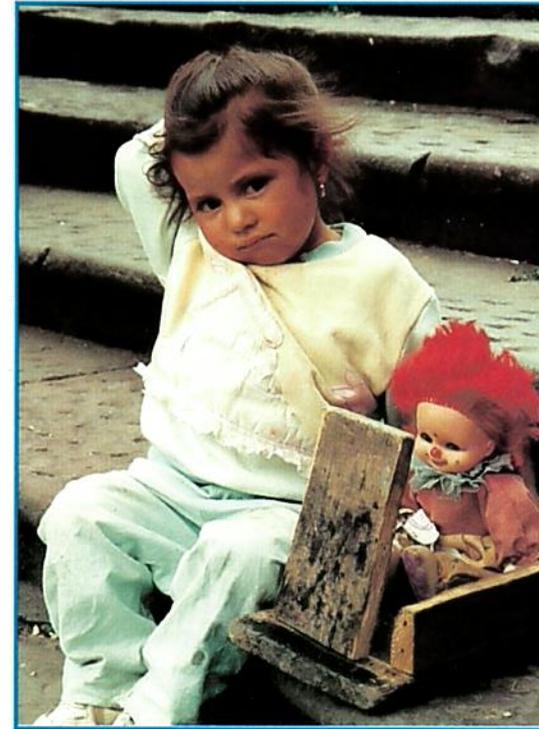


# L'ENFANT

## EN MILIEU TROPICAL



DERMATOSES EN MILIEU TROPICAL

1994 - N° 214-215

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE - PARIS

# L'ENFANT

## EN MILIEU TROPICAL

REVUE DU CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE

Le Centre International de l'Enfance a été créé en 1949 par le gouvernement français, à l'initiative en particulier du Professeur Robert Debré, à la suite de négociations entre la France et les Nations Unies. Il s'agissait de mettre à la disposition des institutions internationales et nationales compétentes dans le domaine de l'enfance des moyens de formation et des éléments d'information en matière de santé et de développement de l'enfant dans le cadre de sa famille et de son milieu de vie.

Très rapidement, le CIE a orienté ses activités principalement vers les enfants du Tiers-Monde en se consacrant à la formation et au perfectionnement des personnels qui en ont la charge, sur le plan non seulement médical ou paramédical mais également social, éducatif et administratif. De plus en plus il est amené, pour accroître l'efficacité de ses interventions, à travailler de préférence avec des formateurs et à s'intéresser tout particulièrement aux aspects méthodologiques et pédagogiques des programmes en faveur de l'enfant et de la mère.

Le CIE s'efforce également de promouvoir des études-actions concernant certains aspects de la vie et de la santé de la famille et de l'enfant en vue de contribuer à leur amélioration concrète, notamment dans le domaine de la croissance, de la nutrition, de l'espacement des naissances, de la lutte contre les maladies transmissibles et nutritionnelles, de l'éducation préscolaire et scolaire, des besoins des enfants handicapés et défavorisés...

Le CIE dispose d'un centre de documentation qui collecte, traite et diffuse de précieuses informations sur l'enfant et son environnement depuis plus de 40 ans. Au cours des dix dernières années, le Centre a créé la Base d'Informations Robert Debré (BIRD) qui contient actuellement plus de 110 000 références et qui peut répondre à vos demandes de recherches bibliographiques par correspondance. Le CIE diffuse également le CD-ROM BIRD, copie annuelle de la base et interrogeable sur tout micro-ordinateur compatible IBM muni d'un lecteur de CD-ROM. Le CIE publie également des ouvrages : actes de colloque, documents pédagogiques, ainsi que des synthèses et bulletins bibliographiques.

Le Centre International de l'Enfance est, sur le plan juridique, une fondation de droit français reconnue d'utilité publique, dotée d'un conseil d'administration à composition largement internationale.

## DERMATOSES EN MILIEU TROPICAL

---

Dr. ANTOINE MAHÉ  
ET COLLABORATEURS

1994 - N° 214/215

# DERMATOSES EN MILIEU TROPICAL

<b>INTRODUCTION</b>	.....	5
<b>EPIDEMIOLOGIE DES MALADIES DE PEAU</b>	.....	7
<b>HYGIENE ET MALADIE DE PEAU</b>	.....	11
<b>DERMATOSES LES PLUS FREQUENTES</b>	Pyodermites.....	13
	Ectoparasitoses.....	15
	Dermatophyties.....	17
	Viroses cutanées.....	18
	Eczéma, eczématides, prurigo.....	19
	Modifications du tégument.....	19
<b>DERMATOSES D'INTERET PARTICULIER</b>	Eczéma.....	21
	Ulcères de jambe.....	22
	Troubles de la kératinisation.....	23
	Dermatoses d'origine "immunologique".....	24
	Génodermatoses.....	25
	Dermatoses de la malnutrition.....	26
<b>GRANDES ENDEMIES A EXPRESSION DERMATOLOGIQUE</b>	Lèpre.....	27
	• Sémiologie.....	27
	• Principales formes cliniques.....	28
	• Prise en charge.....	29
	Leishmaniose cutanée.....	30
	Filarioses.....	31
	Tréponématoses endémiques.....	31
<b>APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE DE PROBLEMES DERMATOLOGIQUES</b>	Nommer symptômes et maladies.....	33
	Accès et utilisation cohérente des services de santé.....	36
	Actions de prévention.....	43
	Contraintes du traitement.....	46
	Conséquences pratiques.....	47
<b>PRINCIPES THERAPEUTIQUES ET MEDICAMENTS ESSENTIELS</b>	Antiseptiques.....	51
	Antibiotiques.....	51
	Antimycosiques.....	52
	Corticoïdes locaux.....	52
	Antiparasitaires.....	53
	Antihistaminiques.....	53
	Composés divers.....	53

<b>PRESENTE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE</b>	Plan d'action .....	55
<b>CONCLUSION</b>	.....	58
<b>THESES TECHNIQUES</b>	Gale .....	59
	Impétigo et impétiginisation. ....	60
<b>PRECONNAISSANCE DE LA MALADIE PAR LES FAMILLES</b>	Introduction. ....	61
	Le système de santé .....	63
	Le recours aux soins .....	67
<b>SAVEZ-VOUS QUE...</b>	.....	70

John COOK	Anthropologue médical au Centre international de l'Enfance.
Christian JAFFRÉ	Docteur en anthropologie à l'Institut National de Recherche en Santé Publique au Mali.
Christophe MAHÉ	Dermatologue à l'unité de dermato-léprologie de l'Institut Marchoux au Mali.
Christian PRUAL	Médecin spécialiste en santé publique à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie au Mali.
<b>REDACTEUR EN CHEF</b>	<b>ANNE-MARIE MASSE-RAIMBAULT</b>
<b>SECRETARIAT</b>	<b>SYLVIANE LE BIHAN LAURENCE BLANC</b>

## INTRODUCTION

La dermatologie est-elle un problème de santé publique dans les pays en voie de développement ?

L'abord de la dermatologie tropicale peut se concevoir de deux manières complémentaires ; l'approche la plus classique consiste à étudier essentiellement les «grandes endémies» s'accompagnant de manifestations cutanées telles que la lèpre, les tréponématoses, les filarioses, etc. Cette approche est évidemment justifiée par la gravité potentielle de ces pathologies. Elle a cependant l'inconvénient de méconnaître les maladies plus spécifiquement «dermatologiques», qui souvent se trouvent reléguées au chapitre de diagnostics différentiels, voire même ignorées. Pourtant, la grande majorité des problèmes dermatologiques qui se posent à l'agent de santé non spécialisé est justement représentée par ces «dermatoses» : c'est ainsi qu'elles sont souvent étiquetées dans les registres de consultation, terme qui témoigne clairement d'une insuffisance de diagnostic et de formation à leur sujet.

La plupart de ces pathologies ne sont pas léthales et ont jusqu'à présent été relativement peu considérées par les différentes instances de santé publique. A notre sens, on ne peut cependant négliger des affections qui occupent le cinquième rang dans les motifs de consultation des centres de santé. Cela témoigne clairement d'une forte demande de prise en charge. Dans notre expérience de terrain, il arrive même que les populations, en particulier au détour d'une épidémie de gale, mettent les maladies de peau au premier rang de leurs préoccupations de santé. Enfin, le retentissement général d'infections cutanées chroniques, très fréquentes, ne peut être sous-estimé.

Ainsi, la dermatologie tropicale tire sa spécificité de plusieurs facteurs.

En premier lieu, la prévalence de dermatoses courantes est élevée. Les causes en sont multiples : conditions climatiques «extrêmes» (chaleur, humidité), hygiène généralement médiocre, promiscuité, absence de traitement correct des dermatoses infectieuses favorisant leur dissémination.

Puis la pauvreté, l'illettrisme et les contraintes culturelles obligent, lors de la prise en charge, à privilégier le rapport coût/efficacité et à prévoir un volet d'éducation pour la santé.

Ensuite l'endémicité «historique» de certaines maladies telles que la lèpre, les filarioses ou les tréponématoses ont une spécificité de prise en charge s'intégrant en général dans des programmes nationaux ou internationaux.

Enfin, l'aspect des lésions sur une peau pigmentée diffère sensiblement de celui observé sur une peau blanche, objet des descriptions habituellement rencontrées dans les traités. En fait, ce pro-

blème souvent évoqué nous semble exagéré car une courte expérience permet de retrouver sur peau noire la plupart des nuances sémiologiques rencontrées sur peau blanche ; nous faisons ici plus particulièrement référence à l'érythème. La fréquence des troubles de la pigmentation, en plus ou en moins, facilite même le diagnostic de certaines affections (hypochromie de la lèpre, hyperchromie du lichen plan).

La fréquence de ces pathologies justifie la demande pressante des agents de santé pour une formation dans ce domaine, d'autant que la plupart des manuels ne répondent guère à leurs besoins. Volontairement, nous avons orienté ce travail vers les maladies de peau les plus fréquentes comme les infections bactériennes, mycosiques et parasitaires. La prise en charge de ces dermatoses à grande échelle n'ayant fait l'objet d'aucune tentative de consensus, c'est une attitude pragmatique dictée par notre expérience, et nous l'espérons par le bon sens, que nous proposons.

Mais la dermatologie tropicale ne saurait se limiter à une dizaine d'affections et certains «grands classiques» de la dermatologie infantile se devaient d'être abordés, afin notamment de mettre en lumière les particularités peu connues dues à leur survenue sous les tropiques.

Comme dans d'autres spécialités, l'anthropomédecine apporte des données intéressantes à la prise en charge de cette pathologie et confirme, s'il en était encore besoin, l'importance que revêtent pour les populations les maladies de peau.

Quant aux «grandes endémies», nous avons volontairement limité leur présentation afin de ne pas surcharger ce traité et surtout de décrire, essentiellement pour l'agent de santé non spécialisé, les principaux indices lui permettant de suspecter l'une d'entre elles. En effet, ces grandes endémies sont en général beaucoup plus rares que les autres «dermatoses» et risquent par conséquent d'être noyées dans la masse des maladies de peau courantes. A moins que l'agent n'ait reçu une formation spécifique concernant l'une de ces maladies, justifiée par une prévalence locale élevée, l'essentiel est donc ici de savoir quand référer le malade à une structure spécialisée.

## EPIDEMIOLOGIE DES MALADIES DE PEAU\*

Dans les pays en voie de développement, les données statistiques disponibles sur les maladies de peau ont trois origines : les centres de santé non spécialisés, les consultations dermatologiques hospitalières et les études de prévalence dans la population générale.

Les statistiques les plus documentées sont celles provenant d'hôpitaux possédant une consultation spécialisée en dermatologie ; si à l'évidence elles ne sont qu'un médiocre reflet de la situation prévalant sur le terrain, ces données permettent cependant de déterminer avec une précision relativement correcte les principaux motifs de consultations dermatologiques dans les pays en voie de développement, tout au moins en milieu urbain.

Toutes ces études révèlent une proportion importante de consultations motivées par trois types de pathologies : les infections bactériennes, les mycoses et les parasitoses, ces dernières étant dominées par la gale. Les pourcentages des principaux motifs de consultation dans diverses villes africaines sont reportés dans le tableau 1.

Tableau 1  
Proportions de consultations pour maladies de peau dans différentes structures médicales de pays en voie de développement

Type de centre	Pays	N*	% de consultations dermatologiques				
			Total dermato	pyodermite	gale	mycose	eczéma
Centre spécialisé	Zambie	12 610	-	20 %	32 %	6 %	15 %
Centre spécialisé	Nigéria	7 000	-	20 %	11 %	32 %	6 %
Centre spécialisé	Rwanda	2 819	-	4 %	30 %	13 %	9 %
Centre non spécialisé**	Mali	1 338 690	6 %	-	-	-	-
Centre non spécialisé †	Mali (Bamako)	1 837	10 %	-	-	-	-
Centre rural	Jamaïque	14 179	6 %	11 %	30 %	12 %	7 %

\* Nombre de patients sur lequel a porté l'étude.

\*\* Annuaire statistique des services de santé du Mali 1991 - Division Epidémiologie, Direction Nationale de la Santé Publique)

† Données Institut Marchoux

Ces données hospitalières ont leurs limites, du fait du biais de sélection que représente la fréquentation d'une structure hospitalière spécialisée dont l'accès est difficile, pour ne pas dire illusoire pour la majorité des habitants de ces pays. On note par exemple que les teignes, malgré leur prévalence élevée dans la population générale, ne représentent qu'un très faible pourcentage des consultations, témoignant en partie du désintérêt (à notre avis relativement justifié) de la grande majorité de la population pour cette affection généralement bénigne et peu invalidante.

\* A. Mahé, A. Prual

## Statistiques des centres de santé

Les données provenant des centres de santé non spécialisés sont dans une certaine mesure plus proches de la situation prévalant au quotidien sur le terrain (cf. tableau 1). Les maladies de peau sont généralement considérées comme étant l'un des principaux motifs de consultation dans ces centres, le quatrième (ou le cinquième selon les sources) après les consultations pour fièvre, affections respiratoires et digestives, mais les données chiffrées sont peu nombreuses. L'annuaire statistique édité par la Division Epidémiologique du Mali attribue 6 % du total des consultations déclarées à des maladies de peau ; sont exclues les consultations motivées par les maladies faisant partie des grandes endémies classiques et pouvant comporter des manifestations cutanées : béjel, lèpre, filarioses. En secteur rural à la Jamaïque, les maladies de peau représentent 6 % du nombre total des consultations ; à Bamako, une étude menée dans plusieurs centres de santé montre que 10 % des consultations ont pour motif ces maladies. Ici encore, la pathologie est dominée par les problèmes infectieux. La gale est une des dermatoses les plus fréquemment rencontrées, encore qu'elle soit probablement sous-évaluée du fait de carences diagnostiques très fréquentes.

Les données les plus représentatives sont en fait celles obtenues à partir d'études de prévalence ayant porté sur la population générale, dont une proportion importante ne fréquente pas ou peu les centres de santé, qu'ils soient spécialisés ou non.

## Étude de prévalence

Les pyodermites représentent la dermatose la plus fréquemment observée, par exemple 10 à 20 % des enfants peuvent être touchés. Certains facteurs favorisants sont en général soulignés par les auteurs : hygiène défectueuse accompagnée d'une forte humidité expliquent probablement les différences saisonnières et celles rencontrées d'un pays à un autre. Cliniquement, ces pyodermites sont souvent peu sévères, siègent au niveau des membres inférieurs, sont probablement le résultat de la surinfection de plaies et prédominent chez les enfants. Elles sont le plus souvent négligées par les adultes atteints ou les familles des enfants. Ceci est regrettable pour plusieurs raisons : tout d'abord, elles présentent un risque néphrologique potentiel bien établi, lié à la présence possible de streptocoque bêta hémolytique du groupe A d'un sous-type néphritigène. Cependant, ce type de complication est dans notre expérience relativement exceptionnel, la plupart des plaies ne cicatrisant pas. De plus, les pyodermites peu sévères peuvent évoluer vers des lésions plus importantes, avec un éventuel retentissement général. Rappelons par ailleurs que le cancer cutané, le plus fréquent en Afrique sub-saharienne, le carcinome spinocellulaire développé sur ulcère chronique de jambe, trouve son origine dans ces plaies négligées qui se pérennisent.

L'ignorance de règles élémentaires d'hygiène est souvent flagrante comme le montre la fréquence des infections lors de la pose de boucles d'oreilles : opérations en chaîne pratiquées avec une aiguille unique dans un même village.

Les ectoparasitoses représentent le deuxième groupe de dermatoses. Les pédiculoses du cuir chevelu sont fréquentes en Afrique, contrairement à une idée reçue qui voudrait que *pediculus capitis* ne puisse adhérer aux cheveux crépus. Sa prédilection pour les filles est à noter et est probablement due à l'habitude de raser la tête des garçons, coutume qui les en préserve.

Mais la véritable priorité dermatologique de santé publique semble être la gale. Elle représente un des principaux motifs de consultation dans les centres de santé, spécialisés ou non. Des épidémies parfois spectaculaires - plus de 30 % de la population de certaines îles des Caraïbes contaminée - sont occasionnellement rapportées. Au Mali, sur une grande partie du territoire, la gale semble endémique. La plupart des cas sont surinfectés et beaucoup évoluent durant plus d'un an en l'absence de prise en charge efficace malgré une demande thérapeutique pressante. Des épidémies de glomérulonéphrites post-streptococciques, en rapport avec des gales surinfectées, ont été rapportées à Trinidad et au Zaïre. Dans les villages où une certaine proportion de la population est atteinte, les habitants placent cette maladie, qu'ils identifient clairement, au premier rang de leurs préoccupations de santé. La promiscuité, l'absence de formation des agents de santé et les difficultés d'approvisionnement en médicaments efficaces expliquent la pérennisation et l'extension de cette pathologie. A notre sens, ceci justifierait la planification de programmes visant à contrôler à grande échelle cette maladie.

Les autres dermatoses fréquemment rencontrées n'ont pas cette gravité. Les teignes, en général bénignes, sont très fréquentes (environ 10 % de la population infantile) et guérissent spontanément à la puberté. Chez la plupart des familles, le désintérêt dont elles sont l'objet semble relativement justifié en raison de leur bon pronostic. Cependant, nous ferons sur ce dernier point une réserve pour le favus qui, essentiellement au Maghreb mais parfois aussi occasionnellement en Afrique sub-saharienne, peut poser des problèmes. Les molluscum contagiosum ont un profil évolutif également bénin. Une sécheresse de la peau est très souvent observée en climat sec : les familles ont devant ce phénomène des pratiques plus ou moins bénéfiques. Les unes enduisent la peau de beurre de karité, d'autres la décapent avec une pierre ponce, attitude qui est à l'origine de lichénifications chroniques du cou de pied chez le sujet plus âgé. Prurigo et eczéma (constitutionnel ou de contact) sont plus rares mais chacune de ces maladies arrive à toucher environ 1 % de la population.

En conclusion, toutes les études font état d'une prévalence très élevée des maladies de peau et d'une demande réelle des populations pour la prise en charge de ces pathologies. Il est important de noter que des affections peu nombreuses, de diagnostic simple et de traitement facilement standardisable constituent la grande majorité des maladies de peau.



## Bibliographie

Editorial. Skin disease and public health medicine. Lancet, 1991 ; 337 : 1 008-1 009.

Badame AJ. Incidence of skin diseases in rural Jamaica. Int J Dermatol, 1988 ; 27 : 109-111.

Canizares O. Dermatological priorities in developing countries. Trop. Doct., 1986 ; 16 : 50-53.

Fekete E. The pattern diseases of the skin in the Nigerian Guinea savanna. Int J Dermatol, 1978 ; 17 : 331-338.

Ratnam et al. Skin diseases in Zambia. Br J Dermatol, 1979 ; 101 : 449-453.

Taplin D et al. Community control of scabies. Lancet, 1991 ; 337 : 1 016-1 018.

Van Hecke E et al. Prevalence of skin disease in Rwanda. Int J Dermatol, 1980 ; 19 : 526-529.

## HYGIENE ET MALADIE DE PEAU\*

On a coutume de penser que, dans la majorité des cas, seule une hygiène défectueuse favorise la survenue des maladies de peau. Le problème est plus complexe dans la mesure où il faut distinguer l'hygiène individuelle de l'hygiène collective.

### Hygiène collective

En général, l'hygiène collective est médiocre dans les pays en voie de développement : absence de ramassage des ordures ménagères, de collecte des eaux usées, péril fécal, etc. Ces facteurs sont déterminants pour la transmission de nombreuses maladies infectieuses et parasitaires, mais jouent également un rôle dans la survenue et la dissémination de certaines maladies de peau comme les pyodermites.

### Hygiène individuelle

Comme dans tous les pays, l'hygiène individuelle est très variable d'un sujet à un autre. Ainsi, il est frappant de constater, même dans des villages isolés, la propreté en général plus grande des filles ou des enfants en bas âge par rapport aux garçons. Les causes de cette situation sont parfois profondes : par exemple, pour des raisons culturelles, les garçons de certains villages maliens ne doivent pas utiliser de savon. Par contre, une cosmétologie féminine est habituelle : le beurre de karité est le composé le plus utilisé mais on emploie également certains produits manufacturés peu coûteux. Ceci montre clairement qu'un souci d'hygiène et de santé de la peau existe chez certains individus. Une hygiène individuelle défectueuse est un facteur favorisant la survenue de pyodermites : dans un même village ou dans une même concession, les enfants les plus propres présentent moins souvent ce type de pathologie.

### Hygiène familiale

L'hygiène familiale joue également un rôle important, par exemple la propreté de la cour. La promiscuité semble déterminante dans la transmission de la gale (partage de la même literie, surpeuplement des concessions), mais également des pyodermites, teignes et pédiculoses. Les échanges entre communautés villageoises favorisent la dissémination de maladies épidémiques (gale).

### Comportements

Ces données sur l'hygiène sont intéressantes à souligner car elles permettent d'envisager un certain contrôle des maladies de peau au travers d'interventions sur les comportements individuels ou familiaux, interventions peut-être plus simples que celles visant des facteurs communautaires, car ceux-ci sont très dépendants de données économiques et culturelles et sont a priori difficiles à modifier. Elles soulèvent également certaines difficultés prévisibles d'ordre thérapeutique comme par exemple le traitement communautaire d'une épidémie de gale.

A côté de l'hygiène, il faut également approfondir la prise en charge spontanée par les familles des différentes dermatoses. On sait que le recours aux centres de santé est en général faible mais que l'auto-médication, à base de produits traditionnels d'origine végétale ou animale ou de produits manufacturés à efficacité douteuse,

\* A. Mahé, A. Prual

est l'attitude la plus fréquente. Les poudres antibiotiques déconditionnées à partir de gélules ou de flacons sont d'usage courant et illusoire alors qu'un antiseptique d'un coût semblable serait efficace. Des produits franchement agressifs sont parfois utilisés (huile de vidange). Il existe donc une volonté indiscutable, malheureusement inadaptée, de traiter les dermatoses : là encore, une éducation élémentaire serait susceptible d'être à la fois bien acceptée et bénéfique.

## DERMATOSES LES PLUS FREQUENTES\*

Cinq groupes d'affections représentent à eux seuls 90 % de la pathologie dermatologique observée dans les pays en voie de développement. Il s'agit des pyodermites, des ectoparasitoses (gale et pédiculose du cuir chevelu), des dermatophyties, des viroses cutanées (*molluscum contagiosum*, verrues) et des différentes formes d'eczéma. De plus, à la fin de ce chapitre, nous aborderons certains états de la peau à la limite du pathologique, réponses quasi-physiologiques à des conditions climatiques extrêmes.

### PYODERMITES

Le terme de «pyodermite» est relativement imprécis puisqu'il recouvre des états aussi différents que l'impétigo et sa variante profonde, l'ecthyma, la pathologie infectieuse à topographie pileaire (furoncles, folliculites), les cellulites infectieuses, les suppurations et les surinfections des autres dermatoses (le plus souvent sur le mode d'une impétiginisation).

#### L'impétigo

L'impétigo (Cf. photo 6) est caractérisé par une évolution en deux temps : bulleuse dans un premier temps, sous forme de bulles superficielles flasques rapidement rompues, au contenu clair ou louche ; sur les sites de ces bulles, reconnaissables à leur forme parfaitement ronde, se constituent secondairement des croûtes à l'aspect mélicérique («ayant la couleur du miel») caractéristique.

Il existe deux formes d'impétigo : l'impétigo primitif, épidémique, siégeant volontiers sur le visage, notamment au pourtour des orifices nasaux ou buccaux, et l'impétiginisation qui consiste en la surinfection d'une autre dermatose (en particulier de la gale). En pratique, si le diagnostic clinique d'impétigo est en général évident, il faut savoir l'évoquer aussi devant des lésions bulleuses et rechercher systématiquement une dermatose sous-jacente.

#### L'ecthyma

L'ecthyma est la forme ulcéreuse de l'impétigo. Il se présente sous la forme d'une ulcération creusante aux bords abrupts, au fond sanieux souvent recouvert par une croûte, siégeant au niveau des membres inférieurs (Cf. photo 7).

A côté de ces pyodermites bien caractérisées, la majorité des lésions infectieuses est représentée par des plaies négligées et surinfectées siégeant souvent au niveau des membres inférieurs. Sur un enfant dénutri, certaines pyodermites peuvent prendre un aspect destructeur très impressionnant («pyodermite tropicale»).

#### Bactériologie

Sur le plan bactériologique, l'impétigo peut être d'origine streptococcique, staphylococcique ou le plus souvent mixte. Cliniquement, il n'y a pas de moyen fiable de prévoir le type de germe en cause. Les formes streptococciques dues à certaines souches néphritigènes de streptocoques bêta hémolytiques du groupe A comportent un risque bien documenté de gloméruloné-

\* A. Mahé

phrite aiguë. L'impétigo secondaire, en particulier à une gale, comporte le même risque néphrologique qui alors peut prendre des allures épidémiques.

Ce risque est à la base des recommandations de traitement systématique des impétigos streptococciques par antibiothérapie générale. Cependant, il faut savoir que ce risque est relativement faible (3 à 4 % seulement des impétigos streptococciques en contexte d'épidémie de glomérulonéphrite se compliquent de cette façon).

De plus, certains impétigos, peut-être la majorité, sont dus à des souches non néphritogènes de streptocoque, en particulier d'un groupe différent du groupe A (groupe G notamment). Le staphylocoque doré est souvent présent, en particulier dans les formes d'évolution prolongée. Ces faits rendent difficile l'élaboration de recommandations standardisées pour le traitement des impétigos en l'absence de données locales sur les germes responsables. L'antibiothérapie générale ne doit et ne peut être systématique. Quand elle est indiquée, les macrolides sont l'antibiotique de choix, mais leur coût en limite l'emploi.

L'existence d'une pyodermite chez environ 10 % des enfants des pays en voie de développement impose une économie de prescription. Ainsi, une antibiothérapie générale ne devrait être réservée qu'aux formes les plus graves (en dehors du contexte éventuel, rare en pratique, d'une épidémie due à un streptocoque néphritigène). On peut conseiller l'attitude suivante :

- pyodermite minime (quelques éléments de petite taille) : antiseptie simple (permanganate de potassium, polyvidone iodée) ;
- pyodermite sévère (éléments disséminés, creusants, fièvre, altération de l'état général...) : antiseptie et antibiothérapie générale, qui dépendront des disponibilités locales. Par ordre décroissant de préférence, on citera macrolides (érythromycine), ou pénicilline V orale, ou pénicilline retard parentérale (une injection unique).
- pyodermite intermédiaire : on agit comme pour les formes minimales, avec éventuellement l'addition d'une antibiothérapie locale (pommade à l'auréomycine, surtout intéressante en cas de croûtes) ; en cas d'échec, on passe à une antibiothérapie générale.

La pathologie infectieuse pileaire (folliculite, furoncle) se rencontre essentiellement chez l'adulte. Les cellulites infectieuses sont dominées par l'érysipèle. Celui-ci se caractérise par un oedème chaud, douloureux et rouge, localisé au niveau d'un membre (la jambe le plus souvent) ou le visage (un bourrelet périphérique est alors caractéristique). L'étiologie bactériologique est streptococcique, mais au niveau du visage il faut discuter une staphylococcie maligne, très voisine cliniquement si ce n'est l'altération sévère de l'état général, l'absence de bourrelet, ainsi que la mise en évidence dans ce cas d'un furoncle médiofacial, souvent endo-nasal, et auto-manipulé.

(1) Cf. le chapitre concernant la thérapeutique pour le détail des soins antiseptiques et antibiotiques.

Le traitement de l'érysipèle repose sur la pénicilline (une injection unique de pénicilline retard peut suffire). Celui de la staphylococcie maligne repose sur les antistaphylococciques (pénicilline M, synergystines).

D'autres germes plus inhabituels sont parfois rencontrés. Certains rapports font état de la présence de cas de diphtérie cutanée, qu'on peut suspecter devant un aspect nécrotique et creusant à l'emporte-pièce, avec fausse membrane escarrotique et adhérente et qui comporte un risque de complications générales (myocardite, neuropathie).

Le charbon se rencontre parfois en milieu rural et est caractérisé par une ulcération croûteuse noire s'accompagnant d'un anneau périphérique vésiculeux évoluant vers un oedème qui peut être monstrueux («pustule maligne»), pouvant conduire au décès par le biais d'une dissémination septicémique.

L'ulcère du Buruli est dû à *Mycobacterium ulcerans* et se rencontre dans les contrées humides et marécageuses ; il se caractérise par une ulcération du tronc ou des membres étendue, à bords sous-minés.

Les suppurations collectées ou fistulisées ne seront pas détaillées. Signalons cependant la fréquence des infections des sites de percement d'oreilles, volontiers «épidémiques» lorsqu'une même aiguille a servi pour toutes les petites filles d'une même tranche d'âge ; l'infection est entretenue par le matériel étranger qu'est la boucle et la retirer représente le premier et principal temps du traitement.

La gale est due à *Sarcoptes scabiei hominis*, parasite dont la transmission uniquement interhumaine se fait à l'occasion de contacts intimes d'ordre familial. Plus ou moins endémique sur tout le continent africain, mais également en Amérique du Sud et en Asie, il s'agit d'une maladie de la promiscuité. Des épidémies spectaculaires sont occasionnellement rapportées, certainement beaucoup plus courantes que ne le laisse supposer leur déclaration officielle. La gale est de diagnostic clinique en général évident.

En pays Bambara au Mali, la gale est désignée par le terme «Korossa-Korossa», mot qui reproduit phonétiquement le bruit d'un grattage féroce et désigne une affection prurigineuse familiale : ceci paraît être un résumé minimaliste mais tout à fait pertinent des symptômes de la gale.

Le prurit est donc le principal symptôme ; à prédominance nocturne, il intéresse de façon caractéristique certaines régions : les fesses (sillons sous-fessiers), les poignets, les espaces interdigito-palmaires, et respecte le visage chez l'enfant de plus de deux ans. Une diffusion est possible au niveau des coudes, des genoux et du tronc. Chez le nourrisson, la topographie caractéristique est palmo-plantaire. L'extrémité céphalique est pratiquement toujours respectée, sauf chez le nourrisson (Cf. photos 1,2,3,4,5).

## ECTOPARASIToses

### La gale

Conduite à tenir (1)

Pathologie infectieuse pileaire

Erysipèle

L'examen retrouve des vésicules interdigitales et des papules excoriées au niveau des sites sus-cités. La surinfection est très fréquente ; elle est pratiquement constante chez le nourrisson chez qui la constatation de pustules palmo-plantaires permet de diagnostiquer la gale. Il ne faut pas, pour étayer le diagnostic, s'appuyer sur la recherche du sillon car il est rare sur peau noire et noyé dans la surinfection. Ceci est de toute façon inutile car le diagnostic est en règle générale facilement affirmé sur les symptômes sus-cités ainsi que sur l'autre élément sémiologique fondamental et constant : le caractère familial du prurit. L'affection concerne en effet plus ou moins sévèrement les membres d'une même famille, quoique tous ne soient pas touchés. L'hygiène individuelle est très variable et détermine pour chacun la fréquence et la gravité de la surinfection. La gale touche aussi bien les adultes que les enfants, mais les sujets les plus âgés hésitent parfois à mentionner des symptômes intéressant les régions intimes du corps.

Le chapitre du diagnostic différentiel est bref. La «gale filarienne» de l'onchocercose peut chez un individu donné simuler une gale sarcoptique. Le contexte épidémiologique est cependant bien différent : foyer connu d'onchocercose, proximité d'un cours d'eau, atteinte préférentielle des adultes (pour ce qui est des symptômes cutanés), contexte de cécité villageoise. Les symptômes cutanés de l'onchocercose évoluée sont différents de ceux de la gale (pachydermie, kystes). Un prurigo parasitaire peut être plus difficile à distinguer. En cas d'hésitation, plus qu'une recherche aléatoire de parasite dans le produit de grattage des lésions, il faut faire un test thérapeutique (au benzoate de benzyle par exemple).

Parmi les différents agents antiparasitaires, notre préférence va au benzoate de benzyle qu'on peut se procurer prêt à l'emploi (Ascabiol<sup>®</sup>), ou plus économique en solutions concentrées (à 90, voire 100 %) à diluer. La concentration optimale du benzoate de benzyle est de 10 à 20 % selon les auteurs (chez le nourrisson, il est plus prudent de ne pas dépasser 10 %). La solution mère n° 7 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comporte de la benzocaïne, inutile et allergisante. L'association à l'alcool éthylique dans certaines préparations comporte un risque toxique chez le nourrisson.

Une application unique sur tout le corps, à l'exception de l'extrémité céphalique, à laisser en place 24 heures chez l'adulte et 12 heures chez l'enfant de moins de deux ans, suffit le plus souvent dans notre expérience. La désinfection du linge et de la literie avec du lindane en poudre (Aphtiria<sup>®</sup>) est souhaitable, mais peut-être pas indispensable. On peut souvent se contenter d'un simple nettoyage. Le traitement des sujets contacts (membres de la famille), même ceux qui ne se grattent pas et sont potentiellement en phase d'incubation, semble plus important mais difficile à programmer.

(1) Cf. le chapitre concernant la thérapeutique pour le détail des différents traitements antiparasitaires.

En cas de gale très surinfectée, il faut faire précéder le traitement antiparasitaire par celui de la pyodermite. En cas d'épidémie villageoise, plusieurs études ont montré les difficultés qu'il y avait à éradiquer la gale dans une collectivité importante. Des succès ont été obtenus avec des protocoles lourds et coûteux comportant des agents sentinelles traitant dès le début les quelques nouveaux cas qui ne peuvent manquer d'apparaître. En s'inspirant de ce programme, nous conseillons de traiter le maximum de sujets atteints et contacts et de laisser à disposition de la population une réserve de benzoate de benzyle afin de traiter les cas ultérieurs inéluctables. Une coopération active de la population est la règle indispensable.

## Les poux

Les poux (*Pediculus capitis*) n'offrent que peu de particularités épidémiologiques ou cliniques par rapport aux pays développés. Leur diagnostic repose sur la constatation de lentes, petits sacs adhérent latéralement aux cheveux, en particulier au niveau de la nuque. Les filles sont plus atteintes que les garçons du fait de la protection que représente pour ces derniers le rasage, très largement pratiqué en Afrique. Il faut noter la fréquente auto-médication de cette pathologie à l'aide de produits plus ou moins agressifs, parfois efficaces (DDT non médicalisé, bombes insecticides, huile de moteur, etc.). Sur le plan de la conduite à tenir, on peut conseiller de raser la tête. S'il y a refus, en particulier de la part des filles, on utilise de la poudre de lindane, une application nocturne sur le cuir chevelu répétée une semaine plus tard.

## DERMATOPHYTIES

### Les teignes

Les teignes ou dermatophyties du cuir chevelu sont fréquentes, et dans la majorité des cas sont bénignes et guérissent spontanément à la puberté. Ce préalable donne la mesure de cette pathologie, certes parfois spectaculaire, mais non invalidante. Sur le plan mycologique, on distingue les teignes microsporiques, ectothrix, des teignes trichophytiques, endothrix. L'épidémiologie de ces différentes formes est assez mal connue dans les pays en voie de développement. Les garçons sont plus souvent atteints que les filles. Les agents dermatophytiques responsables varient suivant la zone géographique. Ainsi, *Microsporum langeronii* prédomine en zone guinéenne forestière et soudano-guinéenne ; *Trychophyton soudanense* se rencontre plus au nord ; *T. violaceum* se rencontre surtout au Sahel. *T. schoenleinii*, agent du favus, se rencontre classiquement essentiellement en Afrique du Nord, mais des cas ont été rapportés en Afrique noire ; ce dernier agent semble toutefois en régression, en particulier en milieu urbain.

Le diagnostic de teigne peut être dans la grande majorité des cas purement clinique : il s'agit de plaques squameuses du cuir chevelu au niveau desquelles les cheveux sont cassés très court (ce qui constitue une «pseudo-alopécie»). La taille et le nombre des plaques permettent théoriquement d'orienter le diagnostic d'espèce : aux grandes plaques peu nombreuses correspondent les teignes microsporiques, aux petites plaques multiples les teignes trichophytiques. En fait, il apparaît que cette distinction basée sur la taille des plaques est souvent prise en défaut. Les teignes

caractérisées par un aspect desquamatif prédominant, où l'alopécie est discrète, simulant un état pelliculaire, sont de diagnostic plus difficile (Cf. photo 8).

**kérion** Le kérion est une forme inflammatoire de teigne, caractérisé par un macaron en relief, inflammatoire et pustuleux (Cf. photo 9).

**favus** Le favus doit être décrit à part du fait de sa gravité. La lésion élémentaire est le «godet favique», croûte-squame en cupule, centré par de rares cheveux de longueur normale. «L'odeur de souris» est classique. Tout le cuir chevelu, à l'exception d'une fine collerette périphérique, est progressivement atteint. En l'absence de traitement, la maladie continue à évoluer chez l'adulte. L'alopécie cicatricielle est définitive, ce qui fait la gravité de cette pathologie. Une atteinte unguéale associée est possible, comme dans toutes les mycoses, mais ici elle constitue un réservoir de champignons d'éradication difficile.

**Conduite à tenir  
avant une teigne**

Dans la majorité des cas, l'abstention est la meilleure attitude car la guérison est quasi-systématique à la puberté. Si la demande thérapeutique est forte ou si l'on se trouve devant une indication particulière (favus), on utilise de la griséofuline, 10 à 20 mg/kg/j per os pendant 4 à 8 semaines et on rase la tête aseptiquement. Des pyodermes sévères du cuir chevelu «épidémiques», source éventuelle d'alopécie définitive, ont pu être observées après un rasage en chaîne avec un matériel souillé.

**Dermatophyties  
de la peau glabre  
des plis**

Il faut bannir du langage médical les termes «eczéma marginé de Hébra» - qui n'est pas un eczéma - et «herpès circiné» - qui n'est pas dû à un herpès virus -, à l'origine de confusion chez de nombreux non spécialistes. Les dermatophyties de la peau glabre se caractérisent par des lésions arrondies, d'extension centrifuge à partir de leur bordure vésiculeuse, prurigineuses, souvent hyperpigmentées. Au pire, on trouve des lésions pluriannulaires concentriques. Elles peuvent s'accompagner ou non d'une teigne du cuir chevelu.

Les intertrigos sont relativement rares chez l'enfant. On distingue :

- l'intertrigo du siège du nourrisson, à point de départ souvent péri-anal, volontiers accompagné d'un muguet d'origine candidosique ;
- l'intertrigo interdigito-plantaire au niveau du IV<sup>ème</sup> espace, dermatophytique, favorisé par la macération chez l'enfant plus âgé ;
- l'intertrigo des grands plis axillaires ou inguinaux, dermatophytiques, qui est rare chez l'enfant.

Le traitement repose sur l'application bi-quotidienne d'un agent antimycosique pendant 3 à 4 semaines .

Cette affection due à un pox virus se caractérise par de petites élevures hémisphériques de couleur chair, typiquement ombilicées en leur centre. Elles peuvent siéger sur toutes les parties du corps, mais intéressent souvent le visage (Cf. photo 10). Les lésions sont en général localisées dans un même territoire, témoignant du caractère auto-innoculable de cette dermatose. Dans la

majorité des cas, cette pathologie est bénigne et connaît une guérison spontanée, comme l'atteste notamment la diminution de la prévalence de cette dermatose avec l'âge. Toutefois, certains cas posent problème, soit du fait d'une surinfection (en rapport souvent avec une auto-médication inappropriée), soit du fait d'une multiplicité des lésions, inesthétique et susceptible de surinfection.

Conduite à tenir : dans la très grande majorité des cas, il vaut mieux s'abstenir ; si la demande thérapeutique est forte ou la multiplicité des lésions importante, il faut pratiquer une ablation aseptique à la curette.

**Verrues**

Elles ne posent pas de problème en pratique et semblent de toutes façons assez rares en milieu rural. Les papillomes viraux buccaux, siégeant électivement sur le versant muqueux des lèvres, nous semblent être plus fréquents. Toutes ces lésions sont dénuées de gravité et peuvent être négligées.

**ECZEMA,  
ECZEMATIDES,  
PRURIGO**

L'eczéma sera traité en détail dans le chapitre suivant. Disons simplement ici qu'il semble plus fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural.

Les eczématides (encore appelées darts) sont des petites plaques hypochromiques et légèrement squameuses, sèches, pouvant siéger sur toutes les régions du tégument. Un caractère folliculaire, sous forme de petites élevures centrées par les poils, est souvent net. Un prurit discret est parfois noté. Ces lésions, extrêmement fréquentes et parfaitement bénignes sont à connaître car il existe un diagnostic différentiel parfois difficile à faire avec une lèpre indéterminée. L'absence de troubles de la sensibilité (difficiles à rechercher chez l'enfant et inconstants dans la lèpre, à ce stade), la multiplicité des lésions (qui ferait classer le patient, s'il s'agissait d'une lèpre, en tant que multibacillaire, donc susceptible d'être confirmée par une bacilloscopie), la présence d'une fine desquamation et le caractère capricieux sont les meilleurs éléments diagnostiques en faveur des eczématides. On peut y ajouter l'efficacité (inconstante) d'un traitement «émollient» (c'est-à-dire qui graisse la peau, par exemple le beurre de karité ou la simple vaseline). L'association à une parasitose du tube digestif est classique.

Le prurigo est défini par sa lésion élémentaire : papule prurigineuse surmontée d'une vésicule souvent excoりée par le grattage, hyperpigmentée sur peau noire. Il faut toujours dans un premier temps évoquer une gale. Mais à côté de cette ectoparasitose bien définie, il existe des prurigos isolés prédominant sur les membres, d'origine non univoque : piqûres d'insectes par analogie avec le classique prurigo strophulus, ectoparasites d'animaux de compagnie, atopie, ou éventuellement parasitose interne.

La conduite à tenir (empirique) consiste en un déparasitage digestif avec crotamiton et protection à l'égard des piqûres d'insectes.

A la limite du physiologique, en réaction à des conditions climatiques qu'on peut qualifier d'extrêmes, plusieurs dermatoses peuvent se développer : la bourbouille ou sudamina ou miliaire, se

**MODIFICATIONS  
DU TEGUMENT**

**ROSES  
MUTANEES**

**Colluscum  
mutagiosum**

## La bourbouille

rencontre à la saison chaude, surtout si elle est humide, et se caractérise par un semis de petites élevures inflammatoires plus ou moins prurigineuses, dont le contexte de survenue (sudation intense, surtout à l'occasion d'une fièvre) et la topographie (plis, décolleté et, chez le petit enfant, visage) permettent facilement le diagnostic. Il faut toutefois se garder de confondre cette pathologie avec un eczéma, ce qui conduirait à la prescription inappropriée et contre-indiquée de corticoïdes locaux. L'évolution de la bourbouille est dans la grande majorité des cas bénigne, mais elle peut occasionnellement se surinfecter. La miliaire profonde résulte de l'extension du processus en profondeur et est cliniquement plus papuleuse que vésiculeuse.

En pays chaud et sec comme le Sahel, la peau est souvent sèche, «xérotique», ce qui est bien connu des mamans qui graissent régulièrement le peau de leur enfant avec du beurre de karité, dont il faut ici signaler la très bonne tolérance. Des kératodermies plantaires, volontiers fissulaires, sont observées en cas de marche pieds nus ou mal chaussés, sur terrain constitutionnellement pré-disposé. Elles peuvent être très gênantes du fait de la constitution de fissures talonnières. Leur prise en charge est difficile dans le contexte rural : on conseille la vaseline salicylée à 5 % sur les zones épaisses et la pommade Dalibour dans les fissures.

## Bibliographie

Canizares O, Harman R. Clinical tropical dermatology. Oxford : Blackwell Scientific Publications ; 1992, 2d ed.

Canizares O. A manual of dermatology for developing countries. Oxford Medical Publications, 1993.

## DERMATOSES D'INTERET PARTICULIER\*

À côté des dermatoses infectieuses qui représentent la grande majorité des motifs de consultation, d'autres dermatoses sont rencontrées avec une fréquence qui n'atteint pas les proportions d'un problème de santé publique, mais qui peuvent être source de gêne pour les malades et de difficultés de prise en charge pour les agents de santé. De plus, pour certaines d'entre elles, leur survenue sous les tropiques est à l'origine de particularités importantes à connaître bien qu'habituellement non signalées dans les manuels courants.

On connaît deux grandes formes d'eczéma : l'eczéma atopique et l'eczéma de contact.

### ECZEMA

#### *Eczéma atopique*

L'eczéma atopique s'observe chez le petit enfant : il commence généralement entre 3 mois et 2 ans. La lésion élémentaire est la vésicule ; elle est plus ou moins facilement mise en évidence selon le stade évolutif : stade initial de suintement où les vésicules rompues laissent sourdre une sérosité, puis stade constitué de placards érythémateux (plus foncés que la peau normale sur peau pigmentée) et squameux où il faut rechercher les vésicules en périphérie, enfin stade de lichénification, avec peau épaissie. À tous les stades, le prurit est intense et la surinfection très fréquente. La topographie des lésions est caractéristique de l'atopie : joues, convexités (en particulier face antérieure des jambes chez le petit africain), sillons rétro-auriculaires chez le jeune enfant, plis de flexion des coudes et poplités chez le plus grand.

En principe, les antécédents d'atopie (eczéma atopique, asthme, rhume des foins) sont fréquents dans la famille, mais en pratique ces données sont souvent difficiles à interpréter. La peau est très souvent sèche, «xérotique», facteur contre lequel il faudra lutter pour éviter les rechutes. Le diagnostic différentiel est important dans la mesure où poser un diagnostic d'eczéma atopique signifie également pronostiquer une affection chronique qui va durer plusieurs années. Il faut donc se garder de porter ce diagnostic, coûteux au propre et au figuré pour une famille d'un pays en voie de développement, d'une part devant des dartses (ou eczématides) qui sont des zones de peau sèche, peu ou pas prurigineuses, légèrement hypochromiques, siégeant sur le visage ou le tronc, ou d'autre part devant des sudamina (bourbouille) qui peuvent également intéresser le visage et les plis de flexion : ce serait une faute de prescrire une corticothérapie locale.

#### *Eczéma de contact*

L'eczéma de contact se voit en principe chez l'enfant plus grand. Il fait suite à l'application d'une substance d'origine très variable à laquelle le patient se sensibilise. Les lésions d'eczéma siègent au niveau de la zone où le produit a été appliqué, ce qui peut rendre le diagnostic évident (cuir de chaussures, nickel d'un bouton de jean, bague) ou plus délicat lorsqu'il s'agit d'un allergène occa-

\* A. Mahé

sionnel. Les substances en cause sont multiples ; il peut s'agir de cosmétiques (et en Afrique plus particulièrement le composé connu sous la dénomination de «Baume chinois», dont l'élément allergisant semble être le Baume du Pérou), de médicaments - produits mercuriels, poudres antibiotiques déconditionnées (pénicilline), crèmes antihistaminiques à la phénothiazine (crème Phénergan<sup>®</sup>) - mais aussi d'allergènes vestimentaires comme cuir, colorants, caoutchouc (pneus découpés souvent utilisés en tant que semelles), nickel (boutons métalliques, montres, bijoux) ou des substances végétales (traitements traditionnels, mangues, citron vert). Le beurre de karité est dans notre expérience un composé toujours très bien toléré. Les étiologies professionnelles se rencontrent chez l'adulte (ciment, peinture). L'enquête étiologique est souvent difficile en l'absence de tests épicutanés et en pratique il faut convaincre le patient d'effectuer des essais d'éviction des produits suspects.

Sur le plan thérapeutique, les principes sont les mêmes dans les deux formes d'eczéma, l'eczéma de contact s'accompagnant de plus de l'éviction définitive de l'allergène. Une remarque apparaît fondamentale : les corticoïdes locaux sont normalement très efficaces mais leur emploi doit toujours être très prudent en milieu tropical du fait du risque important de surinfection que leur utilisation comporte. La constatation d'une surinfection, qui est très fréquente, est une contre-indication formelle à leur emploi car l'action anti-inflammatoire de ces composés provoque en effet une extension rapide du processus infectieux. Par conséquent, il est le plus souvent recommandé de prescrire durant un certain temps le traitement suivant, sans utilisation de corticoïdes : antiseptie (permanganate de potassium très dilué, au 1/20 000, de préférence en bains puis maintenu au contact des lésions suintantes à l'aide de compresses), antibiothérapie générale large (systématique en cas d'eczéma atopique), pâte à l'eau, corps gras sur les lésions les plus sèches. Après quelques jours de ce traitement (parfois suffisant pour les eczémas de contact), si la surinfection est guérie, on peut associer une corticothérapie locale. Dans l'eczéma atopique, le sevrage en corticoïdes devra être progressif (application initiale deux fois par jour, puis une fois par jour, puis tous les deux jours, etc.) et s'accompagner d'un graissage de la peau (vaseline, éventuellement additionnée d'urée à 10 %).

Les ulcères de jambe sont fréquents en milieu tropical. L'origine la plus commune est un traumatisme secondairement surinfecté, parfois de façon «phagédénique», c'est-à-dire d'évolution rapidement extensive qui se pérennise du fait de l'absence ou de la non adéquation des soins. Un facteur favorisant général (drépanocytose homozygote, malnutrition, anémie) est parfois associé ; il devra dans la mesure du possible être combattu.

Il ne faut pas négliger ces ulcères de jambe, portes d'entrée de multiples infections (à commencer par le tétanos) et susceptibles en cas d'évolution prolongée de cancérisation ; en effet, l'ulcère de jambe cancérisé est le principal cancer cutané en Afrique.

Les principes thérapeutiques de l'ulcère de jambe sont très monomorphes. Les premiers soins doivent être effectués par un

agent de santé puis dans le meilleur des cas pourront être assurés par les familles. Le traitement est le suivant :

- des bains antiseptiques sont un préalable constant ; le permanganate de potassium, correctement dilué sinon il devient caustique (au 1/10 000 ou 1/20 000), paraît le moins coûteux ;

- la détersion est la première étape et consiste en l'élimination des dépôts nécrotiques et fibrineux qui compromettent la cicatrisation. Elle sera surtout manuelle et aseptique. Dans les cas difficiles, nous conseillons l'imbibition permanente par de l'eau permanganatée, à l'aide de compresses renouvelées ;

- une fois la phase de détersion réalisée commence la phase de recherche du bourgeonnement. Celui-ci est obtenu à l'aide de corps gras (pommade auréomycine, pommade Dalibour, voire simple vaseline). En cas de bourgeonnement excessif, il faut utiliser prudemment le bâton de nitrate d'argent ;

- la phase d'épidermisation se confond avec la précédente. Au début, les soins sont quotidiens puis quand la cicatrisation est amorcée, ils peuvent être effectués tous les deux ou trois jours.

Des mesures générales associées sont indispensables :

- la vaccination antitétanique doit être systématique ;

- la renutrition, la correction d'une anémie sont des mesures importantes ;

- une surinfection importante nécessite une antibiothérapie générale avec de la pénicilline retard (en cas d'érysipèle, dont les signes sont jambe chaude, rouge, douloureuse, augmentée de volume et s'accompagnant de fièvre). Il est préférable d'utiliser l'érythromycine, mais cet antibiotique est plus cher. Les formes récidivantes d'érysipèle pourront nécessiter une prophylaxie au long cours par pénicilline retard. On n'omettra pas de traiter une mycose interdigitale associée représentant une porte d'entrée cachée fréquente.

En cas d'oedème chronique non inflammatoire, en général d'origine veineuse, éventualité relativement rare dans les pays en voie de développement (les ulcères d'origine veineuse sont les plus fréquents dans les pays développés), il faut conseiller de surélever les pieds du lit ou du couchage et prévoir une contention élastique de la jambe dont l'observance est un peu illusoire en climat chaud.

L'ulcère de jambe, même apparemment désespéré, mérite qu'on s'y intéresse : nous avons observé des guérisons surprenantes d'ulcères négligés pendant de longues années.

## TROUBLES DE LA KERATINISATION

### Psoriasis et pityriasis rubrapilaire

Psoriasis et pityriasis rubrapilaire (PRP) sont des affections déjà beaucoup plus rares. Elles se présentent sous la forme de placards squameux épais sous lesquels existe un érythème (rougeur) plus ou moins facile à mettre en évidence. Les sièges de prédilection sont les coudes, les genoux, la région lombaire, le cuir cheveu-

traitement

## ULCERES DE JAMBE

traitement

lu, les paumes et les plantes. Dans le PRP, on observe en périphérie des placards de papules cornées folliculaires.

Le traitement est symptomatique, composé de vaseline salicylée, réducteurs et corticoïdes locaux (ces derniers composés sont à utiliser uniquement pour le psoriasis).

L'ichtyose consiste en une sécheresse exagérée de la peau, qui en phase grave forme des «écaillés» justifiant la comparaison avec une peau de poisson ou de lézard. La cause en est génétique. Le traitement est symptomatique.

Pour tous ces troubles de la kératinisation, on signalera que la phrynodermie, ensemble des manifestations cutanées liées à la carence en vitamine A, est décrite comme constituée de papules cornées folliculaires sur fond xérotique. Les rapports de cet état avec la vitamine A sont en fait très discutés, et il n'y a pas actuellement suffisamment d'arguments pour recommander la prescription systématique de vitamine sur la simple constatation de ce signe.

Sur peau noire, l'urticaire se présente sous forme de papules oedémateuses, prurigineuses, mobiles d'une heure à l'autre, éventuellement accompagnées d'oedème muqueux. Les causes en sont multiples, souvent difficiles à déterminer même dans un environnement disposant de moyens médicaux importants. Voici les causes les plus utiles à connaître :

- l'urticaire toxidermique survient à la suite d'une prise médicamenteuse ; précoce (quelques heures, voire minutes), il témoigne d'une anaphylaxie éventuellement mortelle (voir plus loin la conduite à tenir devant une réaction cutanée médicamenteuse) ;
- l'infestation parasitaire digestive doit être systématiquement combattue, éventuellement à l'aveugle. Le traitement symptomatique de l'urticaire repose sur les antihistaminiques oraux.

Le lichen plan est fréquent dans les pays en voie de développement, et ce pour une raison inconnue ; il se manifeste par des papules fermes, prurigineuses, brillantes, violacées et pigmentogènes. Le traitement repose sur la corticothérapie locale.

Les toxidermies sont des réactions cutanées secondaires à la prise par voie générale de médicaments et sont très polymorphes :

- urticaires, éruptions («rash») simulant une rougeole ou une scarlatine ;
- érythème pigmenté fixe : macule pigmentée, arrondie et fixe, subissant des poussées inflammatoires, volontiers bulleuses, lors de chaque prise du médicament auquel le patient est sensibilisé ;
- érythème polymorphe : lésion en cocarde ;
- bulles, au maximum syndrome de Lyell : décollement bulleux généralisé, apparentant le malade à un grand brûlé. Il est de très mauvais pronostic.

Leur diagnostic est parfois facile car l'éruption survient à la suite d'une prise médicamenteuse unique bien répertoriée, mais souvent il est complexe (interrogatoire peu précis, prises médicamenteuses multiples, simulation d'une autre dermatose, etc.). Il ne saurait être question ici d'envisager toutes les finesses du diagnostic d'une toxidermie. Il nous semble surtout important de signaler que certains médicaments sont plus fréquemment générateurs de ces réactions, d'autant qu'ils sont souvent pris en auto-médication. On peut citer les sulfamides, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (y compris l'aspirine), les dérivés de la pénicilline, etc.

Le pronostic d'une toxidermie est toujours potentiellement sévère, par conséquent il ne faut jamais tenter un test de réintroduction : une toxidermie bénigne la première fois peut lors d'une prise ultérieure du même médicament être léthale.

Hormis les réactions oedémateuses des muqueuses qui justifient une corticothérapie générale, et l'anaphylaxie qui doit être traitée par adrénaline, le seul traitement des toxidermies est l'arrêt définitif du médicament incriminé. Ceci doit être clairement signifié au patient et on doit lui remettre un certificat.

Il s'agit de dermatoses d'origine génétique.

L'albinisme est une pathologie relativement méconnue sur le plan médical, alors qu'il s'agit d'une affection non exceptionnelle : environ 1 pour 2 000 naissances dans certaines régions d'Afrique, soit une prévalence d'un ordre de grandeur voisin de celui de la lèpre.

En Afrique sub-saharienne, la situation sociale de ces sujets est particulière et explique peut-être en partie le manque d'intérêt à leur égard. D'essence magique dans plusieurs doctrines animistes, les albinos étaient autrefois les victimes occasionnelles lors de cérémonies religieuses, de sacrifices. Ceci explique la relative exclusion dont ils sont l'objet dans certaines régions, en particulier en zone rurale.

Sur le plan génétique, il s'agit d'une maladie autosomique récessive. La survenue d'enfants dépigmentés issus de parents à la peau noire connaît souvent des interprétations symboliques traditionnelles. Par contre, deux parents albinos n'auront que des enfants albinos. Cette maladie se définit par l'absence génétique de mélanine au niveau de la peau, des cheveux et de la rétine. Chez certains sujets, la persistance d'une faible activité pigmentante s'exprime par une légère pigmentation diffuse et par la survenue progressive de taches étoilées disgracieuses sur les régions découvertes. Les individus atteints d'albinisme présentent une très grande sensibilité à la lumière solaire : coups de soleil sévères, vieillissement prématuré de la peau, survenue précoce de cancers cutanés, photophobie, acuité visuelle diminuée (parfois appréciable). Un nystagmus est constant.

Il faut éduquer l'enfant et sa famille sur la nécessité d'une protection solaire : éviter de sortir aux heures les plus ensoleillées, port d'un chapeau, de lunettes de soleil, de manches longues. Ceci est

## GENODERMATOSSES

### L'albinisme

tyose

DERMATOSES  
D'ORIGINE  
IMMUNOLOGIQUE

urticaire

lichen plan

toxidermies

plus facile en milieu urbain que rural. A l'école, on tiendra compte des troubles visuels éventuels (mise au premier rang, prescription de lunettes). Chez l'adulte, on effectuera une surveillance systématique à la recherche de kératoses pré-épithéliomateuses (petites élevures rugueuses) qu'il faudra détruire (au mieux à l'azote liquide). L'exclusion sociale doit être combattue.

Le xeroderma Pigmentosum est une affection autosomique récessive qui se rencontre essentiellement dans le Maghreb avec souvent une notion de consanguinité. Si la pigmentation est ici normale, l'intolérance aux rayons du soleil est sévère, liée à un déficit dans la réparation des altérations de l'acide désoxyribonucléique (ADN) des cellules épidermiques d'origine solaire. Un état poikilodermique - c'est-à-dire associant de façon caractéristique les lésions élémentaires d'atrophie, hyper et hypo-pigmentation et télangiectasies - typique de la peau est rapidement constitué. La survenue précoce dans l'enfance de cancers cutanés graves est quasi-inéluctable en milieu tropical.

Pour ces différentes génodermatoses, un conseil génétique doit être proposé ; cependant dans notre expérience cela est difficile à faire accepter.

Le Kwashiorkor, témoignant théoriquement d'une carence d'apport protidique alors que l'apport calorique est relativement suffisant, en fait résulte probable de carences plus complexes, s'accompagne parfois de signes cutanés. Cheveux défrisés, raréfiés et éclaircis, pâleur de la peau alternant avec des zones hyperpigmentées, et surtout aspect spécifique de la peau «en peinture écaillée», avec par endroits (siège) des décollements en lambeau, sont très caractéristiques. L'œdème hypoprotidique, le comportement «grincheux» et le cri rauque complètent le tableau. Le pronostic est sévère et le traitement ne se conçoit qu'en milieu hospitalier.

Le noma survient souvent sur terrain malnutri mais ce n'est pas une règle. Il s'agit d'une ulcération monstrueuse du visage, parabuccale, constituée en quelques jours. Les destructions osseuses sont importantes, laissant des séquelles pouvant compromettre l'alimentation. Le point de départ semble être une infection péri-dentaire à germes anaérobies. Un traitement antibiotique dirigé contre ces germes est donc indiqué (pénicilline, métronidazole) mais apparemment toujours trop tardif, l'affection, une fois commencée, continue à évoluer pour son propre compte. La réparation des séquelles relève de la chirurgie plastique lourde.

Basset A, Liautaud B, N'Diaye B. Dermatologie de la peau noire. Medsi, 1986.

## GRANDES ENDEMIES A EXPRESSION DERMATOLOGIQUE\*

Ici nous présenterons sur ces grandes endémies le point de vue d'un dermatologue. Il paraît difficile de ne pas aborder dans un tel travail les grandes endémies classiques comportant des manifestations cutanées, ces dernières n'ayant en général en elles (-mêmes) que peu ou pas de gravité, mais permettant facilement l'identification de la maladie générale dont elles sont le symptôme le plus évident. Nous nous intéresserons à ces pathologies, déjà abondamment traitées dans la plupart des ouvrages de pathologie tropicale, sous un angle essentiellement sémiologique, dermatologique et de reconnaissance. Les problèmes de prise en charge individuelle ou globale ne seront que rapidement abordés, le lecteur intéressé n'ayant aucun mal à se procurer des ouvrages plus complets sur le sujet.

### LEPRE

La prévalence de la lèpre active est d'environ 1/1 000 habitants dans les pays les plus touchés. Même si l'objectif «d'éradication de la lèpre en l'an 2000» semble très optimiste, la plupart des pays concernés ont mis en œuvre des programmes énergiques de prise en charge de cette maladie. Le volet «formation» de ces programmes est en général conséquent. Si la reconnaissance de cette pathologie est en principe facile pour un agent spécialisé, il en est tout autrement pour un agent travaillant dans un poste de santé périphérique pour qui la lèpre constitue une maladie rare, qu'il devra identifier parmi les consultations tout-venant, en particulier celles motivées par des maladies de peau. C'est dans cette optique que nous aborderons le problème de la reconnaissance de la lèpre.

### SEMILOGIE

La lèpre est une maladie extrêmement polymorphe, parfois trompeuse, constituant à notre sens une seconde «grande simulatrice», la «première» étant classiquement la syphilis. Le spectre anatomoclinique de la maladie est en effet très étendu, allant des formes pauci-bacillaires à «bonne» immunité, aux formes multi-bacillaires, à immunité déficiente de façon spécifique vis-à-vis de *Mycobacterium leprae*. Schématiquement, plus on se dirige vers le pôle multibacillaire et plus les lésions sont cliniquement nombreuses et mal limitées.

Avant de détailler les principales formes cliniques de la maladie, nous voudrions d'emblée insister sur les éléments essentiels de leur diagnostic. En effet, il est admis qu'il est possible de résoudre la majorité des problèmes grâce à deux types d'arguments. Le premier est clinique, par la recherche d'un trouble de la sensibilité superficielle qui est très fréquent au cours des lèpres pauci-bacillaires, et l'autre est para-clinique, par la mise en évidence de bacilles, dans les formes multibacillaires. Un autre argument clinique important est la mise en évidence d'une atteinte des gros troncs nerveux (hypertrophie nerveuse, paralysie, anesthésie),

\* A. Mahé



mais ces complications sont déjà relativement tardives. En cas de suspicion de lèpre, il faut par conséquent systématiquement évaluer les points suivants :

- sensibilité superficielle de la lésion suspecte : examen méthodique, en se gardant d'influencer le patient et en étudiant les différentes composantes de la sensibilité (piqûre, toucher, sensibilité thermique) ;
- palpation des gros troncs nerveux ;
- examen de la motricité et de la sensibilité commandées par ces troncs nerveux (nerfs cubital, médian, radial, sciatique poplité externe, tibial postérieur, facial) ;
- et, lorsqu'on suspecte une forme multibacillaire, il faut pratiquer une bacilloscopie et alors référer le patient à un technicien compétent.

Sur le plan sémiologique, la lèpre est essentiellement une maladie papuleuse. Lors de l'examen dermatologique, une fois les diagnostics les plus courants éliminés (molluscum, verrue, urticaire...), la constatation de papules doit en général alerter le clinicien sur une pathologie inhabituelle, au premier rang desquelles la lèpre.

Un autre élément de diagnostic peut être intéressant : il s'agit du défaut de sudation qui est parfois manifeste au niveau des formes pauci-bacillaires. Enfin, un signe négatif important est l'absence de prurit.

Forme de début, la lèpre indéterminée se voit surtout chez l'enfant. Elle se manifeste par une tache hypochromique, c'est-à-dire incomplètement dépigmentée, siégeant en un point quelconque du tégument. Les troubles sensitifs sont inconstants.

Le diagnostic différentiel se fait avec le vitiligo qui lui est typiquement achromique, c'est-à-dire caractérisé par une dépigmentation complète, pouvant de plus s'accompagner d'une dépigmentation caractéristique des poils, puis avec les naevus achromiques qui sont congénitaux et le pityriasis versicolore, finement squameux, siégeant sur la partie supérieure du tronc et souvent au niveau du visage. A notre avis, il faut surtout le différencier des eczématides que nous avons déjà détaillées. La plupart de ces pathologies sont, il faut le noter, plus fréquentes que la lèpre.

Le diagnostic de certitude peut n'être qu'histologique, à partir d'infiltrats péri-nerveux et péri-sudoraux. Quand on ne dispose pas de cette technique, le diagnostic peut donc être très difficile, en particulier avec de simples eczématides. L'attitude qui consiste à porter par sécurité un diagnostic de lèpre peut parfois être justifiée. Si l'on a la certitude de pouvoir suivre l'enfant, une surveillance «armée» nous semble une attitude raisonnable, mais il faut savoir que la lèpre indéterminée guérit souvent spontanément.

## PRINCIPALES FORMES CLINIQUES

### Lèpre indéterminée

## Lèpre tuberculoïde

Dans la lèpre tuberculoïde, les lésions sont peu nombreuses et bien limitées, hypochromiques, cuivrées et plus ou moins papuleuses. Les troubles sensitifs sont nets, de même que l'hyposudation. On recherchera par ailleurs une hypertrophie nerveuse à la périphérie de la lésion. Les diagnostics différentiels sont multiples et les plus difficiles nous semblent être, avec la leishmaniose dans sa forme lupôide, avec les tréponématoses endémiques, les dermatophyties de la peau glabre lorsqu'elles ont été abusivement traitées par des applications locales de corticoïdes qui entraînent une dépigmentation trompeuse. Il faut aussi penser au granulome annulaire et sa forme actinique africaine, le granuloma multiforme de Leiker et enfin à la sarcoïdose qui est de diagnostic toujours très difficile en région d'endémie lépreuse.

## Lèpre lépromateuse

La lèpre lépromateuse est plus rare chez l'enfant. Les lésions sont multiples, mal limitées et ne sont pas le siège de troubles de la sensibilité. Il s'agit de macules (taches) hypochromiques nuageuses, difficiles à apprécier (regarder la peau à jour frisant), et de petites élevures nodulaires, les lépromes, qui peuvent siéger en un point quelconque du tégument (notamment au niveau du pavillon de l'oreille). Le visage peut être déformé («faciès léonin») ou être le siège d'un oedème trompeur, de même que les membres inférieurs. L'alopécie des sourcils est un signe classique. La bacilloscopie est positive.

Sur le plan du diagnostic différentiel, il ne faudra pas confondre une lèpre lépromateuse avec une sclérodermie systémique (acrosclérose, dépigmentation mouchetée, oedème infiltré du visage).

## Lèpres borderlines

A côté de ces formes dites «polaires», stables immunologiquement, il existe des formes intermédiaires susceptibles de connaître des changements brutaux de la réaction immune de l'hôte, responsables d'épisodes dits «réactionnels». La sémiologie de ces formes borderlines est extrêmement variée et trompeuse, schématiquement intermédiaire entre celle des deux pôles tuberculoïdes et lépromateux (lésions annulaires, aux contours bizarres). Les réactions dites «de réversion» se manifestent par une poussée inflammatoire au niveau de lésions préexistantes et s'accompagnent souvent de névrite nécessitant une prise en charge médico-chirurgicale spécialisée urgente.

## Erythème noueux lépreux

L'érythème noueux lépreux s'observe chez les lépromateux en général traités et se caractérise par une fluorescence de petits nodules inflammatoires s'accompagnant de manifestations systémiques (fièvre, arthralgies...).

## PRISE EN CHARGE

Cette prise en charge est standardisée selon les schémas thérapeutiques recommandés par l'OMS (tableau 2).

Tableau 2  
Traitement de la lèpre (recommandations de l'OMS)

	Rifampicine	Dapsone	Clofazimine	Durée du traitement
Lèpre PB	mensuelle (supervisée)	quotidienne	—	6 mois
Lèpre MB	mensuelle (supervisée)	quotidienne	mensuelle (supervisée) + quotidienne	24 mois*

\* au mieux : jusqu'à négativation bactériologique  
PB = pauci-bacillaire, MB = multi-bacillaire  
Posologies chez l'enfant : rifampicine (10 mg/kg/j), dapsone (1,5 à 2 mg/kg/j).

Le traitement des réactions relève de la responsabilité d'agents de santé spécialisés : corticothérapie générale complétée éventuellement par une décompression chirurgicale des gros troncs nerveux pour les névrites. Dans l'érythème noueux lépreux, on utilise la thalidomide qui est bien entendu formellement contre-indiquée chez la femme en période d'activité génitale, et ne se prescrit qu'avec une supervision de la prise : ces précautions sont justifiées par l'effet hautement tératogène de ce composé.

Endémique dans de nombreuses régions tropicales, la leishmaniose cutanée connaît de multiples formes cliniques. Nous décrivons uniquement la plus fréquente et la plus classique, le bouton d'Orient. Au début, la lésion simule un furoncle. Secondairement se constitue une ulcération persistante avec des indicateurs devant aider au diagnostic : l'indolence (parfois absente en cas de surinfection à germes banals), le siège sur des régions découvertes (très variables suivant les habitudes vestimentaires). Cette ulcération peut être recouverte par une croûte adhérente ou forme sèche. L'absence de croûte définit la forme humide. Cette distinction entre forme sèche et humide est classiquement attribuée au parasite en cause (*L. major* serait responsable des formes humides et *L. tropica* des formes sèches) ainsi qu'au type de logement (urbain ou rural), qui recouperait la distinction parasitologique précédente. Les cas contredisant ces théories sont cependant nombreux. Au cours de l'évolution, l'ulcération peut se combler, aboutissant à des formes papuleuses («lupoïdes»).

Le diagnostic est parasitologique : recherche de corps de leishman dans la sérosité. Le traitement repose essentiellement sur les dérivés pentavalents de l'antimoine par voie locale dans les formes limitées de l'Ancien Monde, ou par voie générale dans les autres cas. De nombreux autres composés ont une activité supposée (kétocanazole, allopurinol) ou démontrée (pentamidine, paromomycine) sur la leishmaniose, mais la plupart sont d'accès problématique. L'abstention thérapeutique est souvent licite dans

les formes de l'Ancien Monde non défigurantes d'autant que le traitement de référence est coûteux et d'approvisionnement souvent difficile. On se contente alors d'un simple traitement antiseptique jusqu'à la guérison complète spontanée (trois mois à un an selon le parasite en cause).

## FILARIOSES

### Onchocercose

La «cécité des rivières» comporte sur le plan dermatologique des lésions secondaires au prurit qui peuvent au début simuler une gale sarcoptique. Par la suite, une lichénification importante de la peau (lombes, fesses, tibias), ainsi que des troubles pigmentaires sont associés. Les kystes sont évocateurs mais inconstants. Nous voudrions signaler que la fameuse dépigmentation en «peau de léopard» de la face antérieure des jambes n'est en aucun cas spécifique à l'onchocercose. Le diagnostic repose sur la mise en évidence des microfaires à la biopsie cutanée exsangue. Le test de Mazotti peut être utile. Le traitement curatif repose sur l'ivermectine.

### Filarioses lymphatiques

Les éléphantiasis sont précédés par des épisodes de lymphangite filarienne, qu'il est en pratique bien difficile de distinguer d'épisodes infectieux bactériens. Une participation bactérienne à ces épisodes doit être systématiquement combattue (pénicilline retard). La recherche de microfaires se fait la nuit.

### Dracunculose

La survenue saisonnière de cellulites infectieuses des membres inférieurs avec extériorisation de la filaire dans un contexte villageois impose le diagnostic. Le traitement est symptomatique : vaccination antitétanique, antiseptie, antibiotiques, drainage chirurgical des collections.

## TREPONEMATOSES ENDEMIQUES

### Pian, Béjel, Pinta

Les programmes de lutte contre ces tréponématoses (béjel, pian, pinta) ayant cessé dans certaines régions d'Afrique, la résurgence en était inéluctable.

Le pian se voit dans les régions tropicales humides, le béjel sous des climats secs (Sahel, désert), la pinta en Amérique du Sud.

Sur le plan dermatologique, on peut observer des lésions banales, proches des pyodermes (formes primaires du pian), ou surtout des lésions bizarres, papillomateuses «en fraise» (pian) ou annulaires «syphiloïdes» (béjel). Une atteinte muqueuse (ulcérations superficielles indolores, papillomes) est possible, surtout dans le béjel. La pinta se caractérise par la fréquence des troubles pigmentaires (dépigmentations vitiligoïdes séquellaires).

Des complications osseuses sont parfois observées : périostite phalangienne précoce (pian), déformation des tibias ou des os propres du nez tardive (pian et béjel). Les complications viscérales sont exceptionnelles (l'aortite, très rare dans le béjel).

Le diagnostic repose sur la sérologie tréponémique. Le traitement consiste en une injection unique de pénicilline retard du cas index et des sujets contacts. L'éradication des tréponématoses endémiques par des campagnes de traitement de masse est théoriquement possible mais nécessite des efforts importants qui ne semblent plus d'actualité.

## LEISHMANIOSE CUTANÉE

### Bouton d'Orient

### Traitement

*philis vénérienne  
ingénitale précoce*

La syphilis vénérienne congénitale précoce se manifeste dans les premiers mois de la vie par une éruption bulleuse palmo-plantaire, une rhinite sanglante, des rhagades (fissures) péribuccales, des manifestations osseuses (ostéochondrite des os longs «pseudo-paralytique») et une hépato-splénomégalie.

**autres cas**

Lors d'autres parasitoses, on peut rencontrer des manifestations cutanées.

*ilharziose*

La bilharziose, qu'elle soit digestive ou urinaire, peut comporter des manifestations cutanées par migration aberrante d'oeufs. L'aspect est très caractéristique : il s'agit d'un bouquet de papules pigmentées siégeant sur le tronc. Des lésions papillomateuses vulvaires peuvent être observées chez la petite fille.

*mibiase*

Lors d'amibiase, de vastes ulcérations péri-anales sont possibles.

*arva migrans*

Migration en impasse parasitaire d'ankylostome canin, larva migrans se manifeste par un cordon serpiginieux et prurigineux se déplaçant de quelques centimètres par jour au niveau d'une région ayant été en contact avec des déjections canines. Il peut y avoir plusieurs parasites en même temps. Le grattage est susceptible d'entraîner une surinfection au sein de laquelle le sillon caractéristique peut être difficile à mettre en évidence. Le traitement repose sur le thiabendazole en application locale (3 comprimés dans 20 g de vaseline). L'ivermectine est également efficace chez le grand enfant.

**ibliographie**

Basset A, Liautaud B, N'Diaye B. Dermatologie de la peau noire. Medsi, 1986.

Basset A, Malleville J, Basset M, Liautaud B. Dermatoses infectieuses et parasitaires sur peau noire. Editions Pradel, 1988.

Gentilini M, Duflo B. Médecine tropicale. Paris : Flammarion Médecine Sciences, 1986.

# APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE DE PROBLEMES DERMATOLOGIQUES\*

Pour l'essentiel, le traitement d'une affection dermatologique est semblable en Afrique, en Europe ou en Asie. En effet, les connaissances et thérapeutiques médicales s'appliquent à des pathologies définies par des critères biologiques largement indépendants des contextes socio-culturels rencontrés.

Par contre, l'interprétation de la maladie, les attitudes et les conduites de soins des patients, les modes de vie où certains troubles trouvent leur origine varient selon les sociétés. Ils ne peuvent être compris sans tenir compte de données sociales définissant spécifiquement chaque collectivité humaine. Cette diversité culturelle est cependant susceptible d'être comprise et ordonnée. Pour cela, bien qu'appliquée à des objets d'études par définition singuliers, la démarche anthropologique doit être rigoureuse. L'observation des pratiques ou le recueil et l'analyse des représentations sociales de la maladie obéissent donc à certaines règles scientifiques qui, pour être cohérentes, doivent respecter un certain nombre d'étapes. Sans prétendre ni à l'exclusivité d'une méthode ni à l'exhaustivité d'une étude, nous proposerons ici quelques repères anthropologiques susceptibles d'aider à la mise en place d'actions sanitaires dans le domaine de la dermatologie. Nous illustrerons nos propos par des matériaux d'enquêtes recueillis dans diverses populations.

## NOMMER SYMPTOMES ET MALADIES

Nombre d'actes médicaux se présentent comme des dialogues abordant divers thèmes. Ainsi, l'interrogatoire d'un malade sur son identité et sa manière de vivre, l'anamnèse clinique, l'explication d'un traitement ou de mesures préventives engagent deux ou plusieurs interlocuteurs décrivant et évoquant tour à tour leur point de vue sur une même maladie. Cette relation est dissymétrique puisque là où le patient décrit sa douleur et le ressenti de ses symptômes, le soignant recherche et identifie des signes cliniques lui permettant d'évoquer une pathologie et une étiologie et d'y associer un traitement. Bien que fort banale, une telle remarque ne va cependant pas sans entraîner quelques conséquences que nous allons préciser.

Il importe en premier lieu de souligner que cet échange d'informations sanitaires implique toujours une traduction entre un vocabulaire technique médical utilisé par le médecin et un ensemble de représentations profanes de la maladie permettant au patient de présenter sa demande de soin. Cette différence de système de

\* Y. Jaffré (1)

(1) La rédaction conseille de se reporter au texte de Jon Cook «Reconnaissance de la maladie par les familles : le système de santé et les décisions de recours aux soins», qui présente un modèle d'approche anthropologique à l'étude des systèmes de santé.

référence est à l'origine de bien des difficultés d'intercompréhension entre soignants et populations. Ceci d'autant plus que dans nombre de pays la langue scientifique (le plus souvent l'anglais ou le français) diffère de celle utilisée quotidiennement par le plus grand nombre pour s'exprimer. Dans ce cas, le dialogue sanitaire impose de multiples interprétations et adaptations entre des termes présentés par exemple dans une langue africaine et d'autres dans un langage scientifique articulé en langue française. Ce dialogue peut être alors décrit comme la confrontation de deux codes opérant des classifications différentes des pathologies.

De ce fait, certaines maladies distinguées par le discours médical peuvent être appréhendées par les patients comme ne constituant qu'une seule entité morbide. Mais réciproquement, divers signes cliniques définissant un seul syndrome médical peuvent être distingués par les populations comme autant de maladies différentes.

Ces différences d'interprétations peuvent s'expliquer par l'impossibilité de percevoir sous la diversité des symptômes l'action d'un seul agent pathogène. Les populations zarma (ou djerma) du Niger distinguent ainsi le chancre génital (cantu) de l'expression cutanée (cirey) de la syphilis. De même, pustules, vésicules ou macules seront le plus souvent désignées du seul terme de fiteize (petit bouton). Le prurit, véritable symptôme d'appel, peut évoquer pour le spécialiste diverses ectoparasitoses (gale, poux de tête, phthiriose, etc.), endoparasitoses (oxyurose, anguillulose, onchocercose, etc.), des dermatoses (urticaire, lichen plan, etc.) ou diverses affections générales. Par contre, au Niger en pays zarma, la sensation de démangeaison (kajiri) est rapportée à une origine étiologique unique susceptible d'entraîner, selon son mode d'expression, diverses pathologies.

*Un villageois nous présente ainsi cette pathologie ressentie : tout organisme porte en lui du kajiri. Si ton sang le réclame, ça t'attrape.*

*Un autre évoque les «transformations» de cette même maladie : le kajiri c'est comme de petites éruptions. Parfois ça sort sur tout le corps. Pour moi, ça a commencé par des démangeaisons des mains et des pieds, ensuite c'est entré dans ma tête et dans mes yeux.*

Cette classification populaire peut être ainsi présentée (cf. tableau 1).

Dans cet exemple, le terme de kajiri recouvre essentiellement la notion de démangeaison. Cependant, par contiguïté et analogie, il en vient à désigner des lésions de grattage puis des taches de couleur cuivrée et peut ainsi s'appliquer à des pathologies non prurigineuses comme la lèpre. La traduction n'est donc pas une simple translation de termes mais implique une transposition linguistique et culturelle mêlant les complexités de l'expression cli-

Tableau 1  
Pathologies et définitions populaires

Origine de la maladie	Expressions possibles de la maladie	Pathologies médicales évoquées
Kajiri (lit : démangeaison)	kajiri kayna (lit : démangeaison petite).	Gale, eczéma, etc.
	kajiri bero (lit : démangeaison grande). C'est la grande forme du kajiri qui coupe les doigts.	Lèpre lépromateuse
	kajiri laalo (lit : démangeaison grave). C'est un kajiri très dangeureux qui peut donner la lèpre (jiray).	Gale, lèpre, urticaire, eczéma etc.
	kajiri biyo (lit : démangeaison noire). Il fait simplement des taches noires sur la peau.	Dermatophytose, dermatophytie de la peau glabre, etc.
	kajiri cira (lit : démangeaison rouge)	Diverses dermatoses, syphilis secondaire, etc.
	moo kajiri (lit : œil démangeaison). Les yeux démangent et deviennent douloureux, ça retourne les paupières.	Conjonctivite  Trachome
	korokoro : c'est une forme de kajiri avec des taches sur la tête qui détruisent les cheveux.	Teigne

nique des pathologies et des interprétations profanes. Ainsi, les Angbandi du Zaïre classent-ils les affections cutanées selon différents principes (Bibeau, p. 299) :

- nga poro parce que c'est une maladie (nga) de la peau (poro) ;
- nzibo parce que la peau de la personne malade ressemble à celle d'une certaine espèce de porc courante dans des lieux inhabités par les Angbandi ;
- sara qui signifie qu'ils se démangent (sara) ;
- nga so parce que ces dermatoses sont supposées être causées par la sueur (so) ;

- nga nzapa parce que cette maladie est interprétée soit comme naturelle, soit comme causée par un esprit (nzapa) ;

- nga wa bi quand ce peuple réfère la maladie à une cause surnaturelle comme la sorcellerie (wa bi signifie homme de la nuit).

En fait, sous une apparence hétéroclite, cette classification - bien que n'utilisant pas les mêmes critères que la biomédecine pour ordonner les pathologies (anatomopathologie, sémiologie, etc.) - obéit à des distinctions logiques : la localisation, la ressemblance, la représentation, l'étiologie, la thérapeutique et les raisons socio-culturelles (Bibeau, p. 300).

Bien évidemment lors des consultations, à juste raison scientifique, la démarche médicale est d'abord orientée vers l'identification du référent morbide (partie du corps, symptômes, lésions, etc.). De ce fait, le soignant peut éliminer par l'observation la plupart de ces ambiguïtés linguistiques et, en transformant le «symptôme ressenti» en signe d'une réalité physiologique, identifier la pathologie présentée.

Cependant, l'action sanitaire ne se limite pas à cette action strictement curative. En amont de la consultation se posent des problèmes de prévention et d'accès aux services de santé, en aval de compréhension et d'observance du traitement. Pour l'ensemble de ces actions de santé publique, la connaissance et la compréhension des diverses interprétations des pathologies est fondamentale.

Dans la relation médicale, le patient est avant tout conçu comme celui qui porte et présente une maladie, le médecin devant quant à lui l'identifier et la traiter. Bien que ce dispositif fasse quotidiennement la preuve de son efficacité, il ne va pas sans poser quelques problèmes. Il est courant notamment d'observer que si la consultation se termine la plupart du temps sur une bonne prescription, elle se clôt souvent aussi sur les incompréhensions du patient.

En effet, pour le médecin la prescription concerne une pathologie scientifiquement identifiée. Par contre, pour le patient, elle s'applique à une pathologie représentée et nommée dans sa langue. Dans l'exemple précédent, si la maladie est ressentie comme étant du kajiri, le traitement reçu peut logiquement s'appliquer à toute autre maladie indexée sous le même terme. L'automédication et l'échange de traitements entre malades obéissent à cette logique interprétative. Ces pratiques préjudiciables à la santé et à la crédibilité du système sanitaire s'expliquent par une défaillance de l'acte médical : consulter n'est pas uniquement prescrire mais doit aussi être une occasion d'information et d'éducation sanitaire.

Les populations associent une cause ou tout au moins une interprétation à chacune de ces maladies ressenties. Bien que diverses, ces causalités ou «étiologies sociales» s'ordonnent le plus souvent autour de quelques raisons imputées comme étant à l'origine du mal (déséquilibre alimentaire, contamination par un animal, persécution par des entités «surnaturelles», agression par



1



2



3

## ACCES ET UTILISATION COHERENTE DES SERVICES DE SANTE

### Compréhension de l'acte médical - information du patient

### Etiologies populaires et itinéraires de soins



4



6



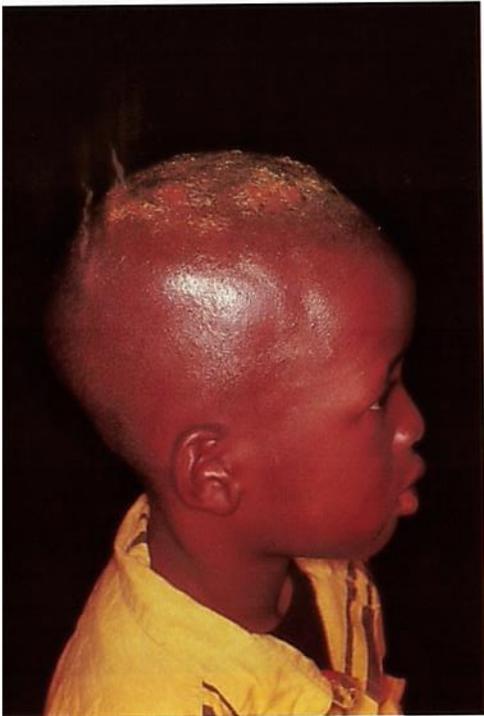
7



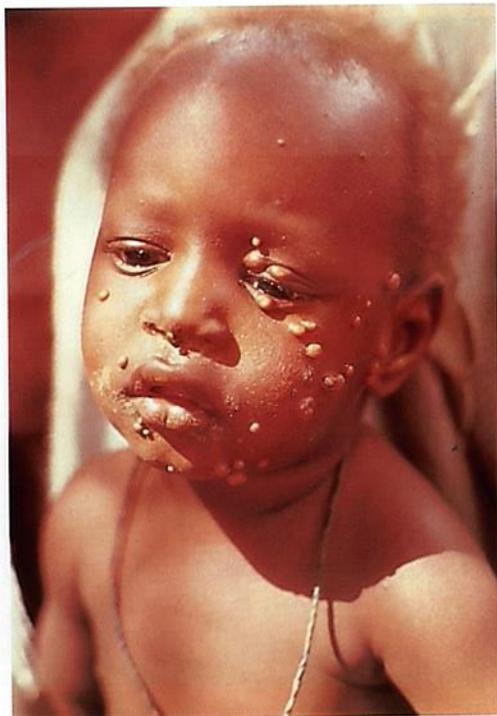
5



8



9



10

un proche, etc.). S'il est souvent impossible dans des sociétés orales de faire correspondre strictement une entité pathologique ressentie à une étiologie, il est cependant indispensable de connaître ces systèmes d'interprétations et de les évoquer lors des consultations ou des séances d'information sanitaire. En effet, ils influent sur les modalités d'accès des malades aux services de santé et sur l'observance des traitements. Écoutons à ce propos un paysan zarma de la vallée du Niger :

*C'est par un point sur ma cuisse que ma maladie a commencé. A l'époque, j'avais 16 ans. Lorsque la maladie can nwa ga cindi (lit : la souris mange le reste ; correspondant souvent à la teigne ou à une dermatophytie de la peau glabre) est apparue, on a cherché des morceaux de poterie pour gratter la tache. Il n'y a pas eu d'amélioration. Après, on m'a recommandé de prendre le lait d'une génisse ayant mis bas d'une femelle, de le mélanger avec le sable d'une termitière et d'appliquer cette mixture sur la tache. J'ai fait cela en vain. Ensuite, un guérisseur a égorgé une chèvre. Il m'a dit d'en manger sans broyer les os qu'il a enfouis dans un trou. Tous ces soins ont échoué. Des zima (responsables de cultes de possession zarma) ont dit que c'était une maladie des génies (ganji). On m'a aussi conduit chez un peul qui m'a fait des scarifications pour y mettre des produits. Les gens disaient que c'était un sort qu'on m'avait envoyé parce que j'étais un cultivateur exceptionnel. J'ai passé deux années dans ces traitements. Ce sont des infirmiers qui m'ont dit que j'avais la lèpre. Mes doigts étaient déjà coupés.*

Loin d'être des communautés consensuelles, les villages se présentent plutôt comme des collectivités où coexistent de multiples «savoirs». Certains sont endogènes (guérisseurs, responsables des cultes païens, etc.), d'autres exogènes (cultes monothéistes, hygiénistes, colporteurs de produits pharmaceutiques officieux, etc.). L'interprétation d'une maladie se présente donc le plus souvent comme le résultat d'un véritable «conflit d'interprétations» déterminant de multiples pratiques de soins et d'itinéraires de santé dont la longueur est en général synonyme d'aggravation.

#### Information sanitaire

Bien que non suffisante puisque se posent aussi des problèmes économiques et de disponibilité des médicaments, l'information sanitaire est nécessaire pour pallier ces problèmes. Sans distinguer le préventif du curatif lors de la consultation ou de campagnes d'éducation pour la santé, la transmission des connaissances médicales doit obéir à quelques règles simples.

Ainsi que nous l'avons souligné, les nosographies médicales et populaires (à l'exception de quelques pathologies présentant des symptômes pathognomoniques) ne coïncident que très rarement. En terme linguistique, leurs champs sémantiques ne sont pas isomorphes. Il est donc nécessaire de «partir des symptômes». Une description sémiologique précise dans la langue de l'interlocuteur ou de la collectivité visée permet d'éviter les écueils interprétatifs précédemment évoqués. Ce partage d'un même langage ayant le corps comme référent assure les équipes sanitaires et les popula-

tions d'utiliser les mêmes mots pour désigner les mêmes choses. Par exemple, puisque «la démangeaison» est un symptôme d'appel majeur, il est possible de préciser ce terme, de le qualifier et de le différencier en fonction de sa localisation corporelle puis d'en proposer un traitement et des préventions. Dans la plupart des situations, ce dialogue éducatif se présente comme un véritable travail de réorganisation des terminologies et conceptions locales. Dans notre exemple, une première séance éducative consistera à affecter d'autres significations au signifiant kajiri, en fonction de la localisation la plus fréquente des symptômes visibles ; en fait, il s'agit de comparer une classification locale (tableau 2) à une taxinomie «médicale». Cette démarche peut être grandement facilitée par l'utilisation de schémas «plainte/traitement» présentés dans divers ouvrages médicaux (Mazer et Sankalé, 1988) ou de vulgarisation (Mazer et Sankalé, 1991). Il reste cependant à l'éducateur à adapter ses formations aux contextes linguistiques et socio-culturels rencontrés.

Tableau 2  
Taxinomies médicale et locale

Symptôme d'appel	Localisation	Evoque médicalement	Contenu d'apprentissage curatif et préventif
Démangeaison	Tête (gratte seulement par endroits et par plaques)	Teigne	Traitement par alcool iodé. Séparer les instruments de coiffure, peignes et brosses à cheveux ; le malade doit se savonner les mains, les ongles doivent être coupés court, etc.
	Poignets, main (entre les doigts), fesses, mamelons.	Gale	Traitement antiscabieux. Toute la collectivité doit être traitée : vêtements et linges doivent être bouillis ou mis pendant 4 jours dans des sacs plastique avec Aphotiria, etc.
	L'aîne, la peau des bourses, les aisselles, entre les doigts de pied	Mycose	Traitement par alcool iodé. Eviter les vêtements trop serrés, toilette avec eau et savon, exposition des linges au soleil, etc.
	Bas-ventre ou pubis	Phtiriase	Utilisation d'Aphotiria, etc.

Cette même activité de traduction pourrait être entreprise à propos des taches, boutons, nodules, etc. Soulignons cependant que ces nouvelles connaissances ne «chasseront» pas les anciens systèmes d'interprétation de la maladie répondant à d'autres questions comme celle de l'origine du mal. Simplement cet indis-

## ACTIONS DE PREVENTION

### Définitions sociales du propre et du sale

pensable travail permet aux collectivités locales de dialoguer avec les équipes sanitaires, de distinguer des traitements s'appliquant à des maladies apparemment semblables, de comprendre la cohérence d'une démarche médicale nécessitant parfois des analyses biologiques avant l'instauration d'une thérapie, sa poursuite après la disparition des symptômes ou l'administration de soins à des personnes apparemment saines.

Il ne s'agit cependant pas uniquement d'information, de compréhension ou de volonté individuelle. Connaître les mesures préventives ne signifie pas automatiquement les accepter, ni pouvoir les mettre en œuvre. L'adoption de nouvelles conduites implique toujours une «négociation invisible» (Olivier de Sardan) entre diverses contraintes (économiques, culturelles, écologiques, etc.) et représentations. Nous allons en préciser quelques-unes directement liées aux problèmes des affections dermatologiques. Pour ce faire, il est nécessaire de passer d'une conception normative de l'hygiène (promouvoir l'hygiène, lutter contre la promiscuité, etc.) à une attitude explicative des conduites et des modes de vie, de passer d'une quantification des comportements à l'étude des significations que leur accordent leurs auteurs. Si l'autre n'a pas toujours raison de faire ce qu'il fait, sans doute ne le fait-il pas cependant sans raisons ?

Les conseils sanitaires en matière de dermatologie concernent principalement des questions d'hygiène individuelle et collective. Ils évoquent donc de nécessaires distinctions entre ce qui relève du «souillé», du «sale» ou du «propre». Ici encore chaque culture discrimine spécifiquement des notions susceptibles d'être traduites par les mots français pollution, souillure ou impureté (de Heush). Il est donc nécessaire de circonscrire les significations de ces termes selon les sociétés et leurs croyances.

Ainsi à Madagascar, «deux termes principaux ordonnent le champ de l'hygiène : akata, terme générique désignant toutes les ordures ou déchets non chargés d'un contenu de souillure «morale» ou «religieuse» et le terme hâtiva qui pourrait se traduire très approximativement par «souillure» (...). Au fond, les détritres qui encombrant le voisinage des cases n'indisposent pas vraiment les villageois. On peut songer à les enlever pour rendre le lieu plus attrayant ou parce que les autorités l'ont ordonné, mais leur présence ne suscite que de l'indifférence. Il n'en va pas de même des saletés qui peuvent produire une «souillure» (Fauroux et al).

De la même manière, les populations bambara établissent une distinction entre les deux termes désignant la «saleté» : nògò (saniya b'a la, lit : c'est une affaire de propreté) et nyama (fen juguba b'a la, lit : c'est une affaire de «chose» mauvaise), les connotant comme banals ou dangereux. Les mêmes croyances se retrouvent en milieu zarma.

On déverse les ordures à la sortie du village. Des charrettes viennent les ramasser pour les épandre sur les champs. Cependant, des enfants vont jouer sur ces ordures. Cela nous inquiète car les esprits (ganji) sont souvent installés sur ces ordures. Dans ces



lieux, le soir, les femmes évitent de s'appeler par leurs noms de peur qu'un génie ne les entende et ne les possède.

Tenir compte de ces distinctions sémantiques introduites dans le continuum de la « nuisance » permet de passer d'une définition médicale de l'hygiène à une appréhension sociale et culturelle de l'ordre et de la propreté. Ce sens vécu peut expliquer bien des pratiques ayant des implications sanitaires. Par exemple en pays bambara, la présence d'ordures sur les voies conduisant à la mosquée s'opposerait à la nécessaire pureté de l'orant (a be seli ji tinyé, lit : ça gâte l'eau de la prière). Cette préoccupation est aussi attestée au Niger en pays zarma :

*Les endroits les mieux entretenus sont la mosquée où l'on balaie régulièrement. Ce sont des femmes ménopausées qui font cela. Il y a aussi la place des palabres où les anciens se retrouvent pour parler. Là, c'est le propriétaire qui assure l'entretien des lieux.*

Par contre, certaines déjections animales sont considérées comme des signes de richesse attestant la réussite de l'éleveur. Supposées favoriser la reproduction du bétail, on évite de les balayer. De même, les selles d'enfants tant qu'elles ne sont pas « moulées » ne produisent pas de dégoût (denmisen bò don, a te fen ke, lit : ce sont des selles d'enfants ça ne fait rien). On les traite par un rapide balayage et enfouissage sous le sable. Lors de certaines caries dentaires, elles peuvent être utilisées pour enduire les dents et les gencives.

Les gestes « d'hygiène » les plus quotidiens sont donc liés à des significations culturelles. Ainsi, au Burkina Faso en pays mossi, « une femme qui a ses menstrues balaiera la maison dans le sens inverse de l'évacuation. Les détritres seront ramassés de la porte d'entrée vers l'intérieur et entassés dans le fond de l'habitation (...) » comme s'il fallait contenir la saleté, soit le sang impur qui aurait dû participer à la fécondation et à la gestation de l'enfant à naître (Poloni).

Ces préoccupations concernent aussi les soins individuels. Par exemple, baigner l'enfant n'est pas qu'une affaire de propreté, mais aussi de confiance accordée à la personne qui le lave. En pays zarma :

*C'est la mère ou la grand-mère ou sa sœur qui peut laver l'enfant. Pour laver l'enfant, il faut pouvoir avoir confiance parce que si une cercaw (sorcière) est en train de laver l'enfant, elle peut en profiter pour porter la main sur sa tête et attaquer son biya (âme, double).*

De même, les horaires des toilettes doivent être étudiés en fonction des systèmes de croyances existant dans ce milieu.

*On peut laver l'enfant à tout moment sauf au crépuscule et à midi parce qu'il fait chaud. Ce sont des moments dangereux où passent les génies (garji).*

En fait, la saleté absolue n'existe pas sinon aux yeux de l'observateur. Ainsi M. Douglas, s'interrogeant sur toute société, peut-elle affirmer que nettoyer et ranger ne peuvent être interprétés comme

### **Organisation de l'espace et acceptabilité des mesures préventives**

des gestes négatifs mais, au contraire, comme un effort positif pour organiser un cadre de vie socialement (donc arbitrairement) acceptable : « en nettoyant, nous mettons simplement un nouvel ordre dans les lieux qui nous entourent - et c'est un acte positif - nous les rendons conformes à une idée (Douglas, p. 24).

Les représentations sociales du propre et du sale jouent donc le rôle d'un cadre conceptuel où prennent place diverses pratiques. Les plus « banales » de ces gestuelles organisent l'espace du quotidien. Ainsi, « si dans certaines concessions l'impression de désordre domine, à y regarder de plus près on découvre que tous les matériaux offerts en spectacle aux visiteurs ont un caractère utilitaire. Les pailles de sorgho serviront à allumer le feu, le carton à obturer la vapeur du couscoussier (...) ; certes, la propension à rendre fonctionnel l'ensemble des matériaux de la cour contredit certains principes d'hygiène mais signe néanmoins une appropriation maîtrisée de l'environnement » (Poloni). En fait, sous l'apparent désordre se dissimulent de nombreuses règles définissant l'usage et la gestion des espaces privé et public.

*Chaque quartier a son tas d'ordures. On peut jeter des ordures en dehors de ce lieu, mais il ne faut pas en jeter là où il n'y a pas déjà des tas d'immondices.*

Bien sûr, entre normes et pratiques effectives existent de nombreux écarts. Ceux-ci s'expliquent cependant plus en fonction de l'obligation de gérer diverses contraintes sociales parfois contradictoires que d'une supposée « mauvaise volonté ». Ainsi, les tâches sont réparties en fonction des âges, des statuts et des sexes.

*Les hommes qui sont mariés, leurs femmes peuvent prendre les ordures pour s'en occuper. Mais ceux qui sont célibataires sont obligés de les disperser. Ce sont les femmes seulement qui peuvent s'occuper des ordures. Il n'y a que les femmes qui peuvent les rassembler.*

L'espace du célibataire diffère donc de celui de l'homme marié, non pas uniquement par choix individuel, mais surtout par l'impossibilité d'accomplir certains actes sans prendre le risque d'être la risée de ses pairs. D'autres contraintes sont plus économiques et répondent aux préoccupations des sociétés rurales.

*Actuellement, tout le monde veut garder des ordures à sa porte pour pouvoir les mettre dans son champ.*

C'est ainsi souligner qu'il ne s'agit pas uniquement de discours. Diverses obligations influent sur la possibilité d'appliquer certains conseils sanitaires, dont bien évidemment les importantes charges de travail des femmes.

*Les femmes balaient régulièrement l'intérieur des cases mais rarement la cour de concession. Ce sont les tâches multiples qui les empêchent de le faire.*

Comprendre les pratiques d'hygiène d'une collectivité nécessite donc de découvrir, sous l'apparente uniformité du « déchet », les

## CONTRAINTES DU TRAITEMENT

multiples lois sociales régissant les distinctions entre espaces publics et privés, attribuant des tâches en fonction des sexes et des âges, définissant les lieux selon les croyances. En fait, ces quelques exemples soulignent que «la prise en compte des normes vernaculaires est le premier pas d'un dialogue indispensable à la mise en place de n'importe quel programme d'éducation sanitaire : celui-ci doit débiter par une écoute puis par l'établissement d'une communication véritable qui permette un ajustement des discours entre les interlocuteurs» (Epelboin, 1981).

La prise en charge de nombreuses affections dermatologiques (gale, impétigo, etc.) associe bien souvent des traitements individuels et des mesures collectives. Ici encore interfèrent de nécessaires mesures médicales et des habitudes sociales. Par exemple, sous son apparente simplicité, le terme de «promiscuité» recouvre de multiples pratiques liant par exemple la socialisation de l'enfant aux manières de couchage réglées par des normes collectives. L'organisation d'une unité de résidence reflète les liens de parenté et définit une place pour chacun en fonction de son sexe, de son âge et de son statut.

*Si l'enfant n'a pas atteint la puberté, il reste avec sa mère. Après il va dans la chambre des jeunes. Même s'il y a cinq enfants, ils peuvent dormir sur la même natte. L'homme dort dans sa case, mais si sa femme «est de cuisine», elle vient le rejoindre.*

Ces différences statutaires définissant localement des normes de conduite peuvent aussi influencer sur l'observance du traitement. Ainsi, lorsque face à une épidémie de gale l'équipe soignante prescrit d'appliquer sur tout malade une solution de benzoate de benzyle, les populations se doivent malgré tout de ménager la pudeur de chacun, surtout lorsque les localisations du prurit concernent les organes génitaux.

*On ne vient que pour soigner les enfants. Certaines vieilles femmes osent dire qu'elles aussi souffrent de kurusa kurusa (en bambara : gale, prurit). Les jeunes filles ne le disent pas. Les hommes adultes viennent discrètement le soir chez l'hygiéniste, mais les jeunes femmes ne peuvent pas se déplacer ainsi.*

D'autres contraintes peuvent être encore relevées :

*Pour le bois, il faut compter 100 CFA/jour pour une famille. De plus, il faut laver les enfants. Mettre le médicament dans de l'eau et laver les vêtements avec de l'eau chaude. Il faut ensuite mettre les vêtements dans des sacs plastique pour les mettre dans un endroit propre, mais nous n'avons pas de sacs.*

Dans cet «exemple vécu» dans un village malien lors d'une action de lutte contre une épidémie de gale, trois propositions sanitaires - éviter les contacts contaminants, soigner les malades et traiter leurs linges - se trouvent confrontées à des contraintes sociales et économiques. Négociant entre la volonté de se soigner et l'obligation de respecter les règles de leur collectivité, les populations vont «désarticuler» (Olivier de Sardan) les conseils que le médecin

## CONSEQUENCES PRATIQUES

### Enquêter

présentait comme «un tout cohérent». Elles adopteront par exemple les soins, mais ne pourront laver le linge, etc. De là, bien des échecs qui obligent le soignant à mieux comprendre l'insertion de son projet sanitaire dans un «tout social» pour agir plus efficacement.

Ce travail qualitatif de santé publique concerne essentiellement deux types de problèmes : l'information des patients sur leur santé et l'accompagnement explicatif des innovations techniques susceptibles d'améliorer globalement l'état de santé d'une population. Cependant, quelles que soient les solutions proposées, la mise en oeuvre d'actions préventives et curatives de dermatologie implique de pouvoir dialoguer avec les populations supposées en bénéficier. De cette constatation découlent plusieurs conséquences. Les premières concernent essentiellement la dénomination des symptômes et les représentations de la maladie, les secondes l'applicabilité des propositions sanitaires. Pour les résoudre, il importe d'observer et de comprendre avant de proposer. Pour ce faire, quelques étapes doivent être respectées.

Les enquêtes ne sont pas uniquement un préalable à l'action mais surtout son accompagnement, permettant ainsi d'accorder les programmes sanitaires aux choix et contraintes des populations (disponibilité de savon, d'eau propre, etc.). Cette activité ne peut donc être confondue avec la passation rapide de quelques questionnaires. Il s'agit d'un travail de clarification régulier par l'interrogation des divers groupes sociaux concernés par l'action de développement. Ce travail s'applique principalement aux symptômes, maladies et systèmes de prévention (cf. fiches d'enquête), mais ne s'y limite pas. En effet, les pratiques ayant un éventuel impact sur la santé (usage de l'eau, lavage, partage des ustensiles de toilette, mode de couchage, etc.) ne sont pas, du point de vue de leurs auteurs, des conduites ayant des finalités sanitaires. Il faut donc en comprendre la cohérence interne afin de s'interroger sur leur possible interférence avec les conseils sanitaires prodigués.

### Dialoguer et former

Toute formation est dialogue. «La relation médicale s'apparente sous maints rapports à celle du pédagogue : pas moyen d'aider John à guérir si l'on ne connaît pas John. Et dans le cas d'une médecine rurale, pas moyen d'aider la communauté à mieux prendre soin d'elle-même dès lors qu'on ne la connaît pas» (Pairault). Il s'agit donc pour le formateur de savoir exploiter les matériaux recueillis lors des enquêtes afin de produire des supports didactiques adaptés et de les utiliser lors de sessions où alternent la présentation cohérente, dans les langues parlées localement, de nouvelles connaissances et l'écoute des questions que cette innovation suscite. Sur un plan pédagogique, l'usage des schémas «plainte/traitements», bien que devant être adaptés aux contextes, permettent souvent d'utiliser des référents corporels visibles et de «partir» des symptômes ressentis.

### Evaluer

Les programmes sanitaires présentent en général un ensemble de conseils et de mesures préventives cohérent sur un plan scientifique. Cependant, du point de vue des collectivités, ces proposi-

tions n'impliquent pas les mêmes coûts sociaux (*Jaffré*). De ce fait, en fonction de leur situation, les populations vont sélectionner, déformer, interpréter, etc. les conseils prodigués. Cette manière de s'appropriier l'innovation est normale. «Ce principe n'étonnera sans doute pas les médecins occidentaux eux-mêmes qui savent certainement que leurs patients ne respectent jamais à la lettre leurs ordonnances, et en usent sélectivement (tant en ce qui concerne les médicaments que les posologies) selon des lignes de pentes qui renvoient aux traditions familiales, aux sous-cultures et réseaux fréquentés, aux contraintes de type financier où relatives au rythme de vie, etc.» (*Olivier de Sardan*). Dans ce cadre, le rôle de l'anthropologie pourrait être de mesurer les réponses des populations et d'expliquer les «dérives du projet» entre objectif visé et objectif atteint : en un mot, de le resituer dans un ensemble humain.

La mise en oeuvre d'une action de dermatologie de santé publique, outre d'indispensables activités de soins, implique de prévenir les causes des pathologies et d'informer les populations considérées comme les véritables acteurs de leur santé. Faute d'un réel travail anthropologique, peut-être sera-t-il possible de soigner des malades, mais il n'est pas certain que l'on assurera le mieux-être d'une collectivité.

**Tableau 1 : Fiche standard d'enquête terminologique**

**Nom de la maladie :**

Nom/Verbe/Adjectif

**Lieu géographique du recueil du terme :**

**Traduction ou définition :**

a) **Sens commun :**

b) **Diagnostic/symptômes ressentis :**

c) **Étiologie :**

d) **Gravité :**

e) **Soins :**

**Mots associés :**

( D'après Baggioni et Diakité. Doc multigraphié, non daté, Université de Provence : Aix-en-Provence )

**Tableau 2 : Exemple du recueil d'un terme : Bagi (lèpre)**

**Nom de la maladie : bagi**

Nom

**Lieu géographique du recueil du terme :** extension dans l'ensemble de la zone mandingue.

**Traduction ou définition :** 1) lèpre nodulaire ; 2) par ext : lèpre à pustules, lèpre lépromateuse ; 3) par anal : Tissu, étoffe.

a) **Sens commun :** La maladie ainsi désignée est considérée comme une sanction divine sur terre. Les malades sont sensés bénéficier de la grâce divine dans l'au-delà car, dit-on : « on n'est pas brûlé deux fois ».

b) **Diagnostic/symptômes ressentis :** Les populations signalent les éruptions (boutons, nodules, l'épaississement des lobes auriculaires qui tendent à fermer le conduit auditif).

c) **Étiologie :** Contact avec une salamandre (filantère). L'enfant conçu à la suite d'un rapport sexuel avec une femme en menstruation est exposé à la maladie.

d) **Gravité :** Préjudice sur le statut social (le malade est victime de rejet et d'isolement).

e) **Soins (populaires) :** Boire une décoction de racines de l'arbre *ponpopogolo* (*calotropis procera*), supposée entraîner une diarrhée éliminant les signes internes de la maladie. La guérison devrait s'ensuivre en une semaine dans le meilleur des cas.

**Mots associés :** banaba (euph : grande maladie), kuna (lèpre tuberculoïde), kuru (bouton, nodule), wolo (peau), tulofara (lobe auriculaire).

( D'après Baggioni et Diakité. Doc multigraphié, non daté, Université de Provence : Aix-en-Provence ).

**liographie**

Bibeau G. «The circular semantic network in Ngbandi disease nosology». *Social Science and Medecine*, 1981 ; Vol. 15 B, 3 ; pp : 295-307.

Douglas M. De la souillure, études sur la notion de pollution et de tabou. Paris : Editions la découverte (Textes à l'Appui), 1992 : 193 p.

Epelboin A. Selles et urines chez les fulbe bande du Sénégal oriental, un aspect particulier de l'ethnomédecine. *Cahiers ORSTOM, Série Sciences Humaines* ; 1981 ; XVIII, (4) : 515-530.

Fauroux E, Le Gros B, Rasoamalalavao C. Le vocabulaire de la propreté dans les langues vernaculaires du sud-ouest de Madagascar : pour une meilleure approche des problèmes d'hygiène urbaine. *Cahiers ORSTOM ; Série Sciences Humaines*, 1991 ; 27 (3-4) ; pp : 355-366.

Heush L (de). Préface à De la souillure, études sur la notion de pollution et de tabou. Paris : Editions la découverte (Textes à l'Appui), 1992 ; pp : 1-20.

Jaffré Y. Anthropologie de la santé et éducation pour la santé. *Cahiers Santé*, 1991 ; 1 ; pp : 406-414.

Mazer A, Sankalé M. Guide de la médecine en Afrique et Océan Indien. Paris : EDICEF, 1988 ; 640 p.

Mazer A, Sankalé M. Le guide médical de la famille Afrique et Océan Indien. Paris : EDICEF, 1991.

Olivier de Sardan J-P. Sociétés et développement. In : Fassin D, Jaffré Y. Sociétés, développement et santé. Paris : Ellipses/AUPELF (Médecine Tropicale), 1990 : 28-37.

Pairault C. Approche ethno-sociologique. In : Rougement A, Brunet-Jailly J. Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux. Paris : Doin Editeurs, 1989 : 33-64.

Poloni A. Sociologie et hygiène. Des pratiques de propreté dans les secteurs périphériques de Ouagadougou. In : Fassin D, Jaffré Y coord. Sociétés, développement et santé. Paris : Ellipses/AUPELF, 1990 : 273-287.

# PRINCIPES THERAPEUTIQUES ET MEDICAMENTS ESSENTIELS\*

## ANTISEPTIQUES

Un nombre limité de produits peu coûteux permettent de résoudre la plupart des problèmes.

### *Savon de Marseille*

Le savon de Marseille (ou ses succédanés) n'a qu'un faible pouvoir antiseptique.

### *Permanganate de potassium*

Le permanganate de potassium (Kmn0<sub>4</sub>) est disponible pratiquement partout, d'un faible coût et efficace. Cependant, son emploi nécessite une préparation qui doit être bien expliquée car insuffisamment dilué il devient caustique. Les concentrations recommandées vont de 1/10 000 à 1/20 000 (soit 0,25 g ou 0,50 g pour 5 litres d'eau). Il est possible mais plus compliqué de constituer une solution mère, par exemple au 1/1 000, qu'on dilue secondairement au dixième au rythme nécessaire. Cet antiseptique est particulièrement utile en bains ou appliqué à l'aide de compresses (par exemple sur des lésions croûteuses ou suintantes).

### *Dérivés iodés*

Les dérivés iodés sont très puissants. L'alcool iodé est souvent mal toléré. La polyvidone iodée (Bétadine<sup>®</sup>) n'a pas cet inconvénient mais elle ne doit pas être appliquée sur de grandes surfaces chez le nourrisson.

### *Alcool*

L'alcool à 60 ou 70° ne saurait être qu'un antiseptique occasionnel étant donné sa mauvaise tolérance dans la plupart des dermatoses. Il doit plutôt servir à nettoyer des plaies afin d'éviter leur surinfection.

### *Dérivés mercuriels*

Les dérivés mercuriels (Mercurochrome<sup>®</sup>, Merfène<sup>®</sup>, Mercryl<sup>®</sup>...) sont souvent mal tolérés et surtout ils ne doivent jamais être associés à des produits iodés sous peine d'accidents caustiques sévères.

### *Colorants*

Les colorants (éosine, fluorescéine, solution de Millian...) n'ont qu'un faible pouvoir antiseptique et sont inutilement affichants. Ils conservent un certain intérêt du fait de leur propriété asséchante (utile dans les plis ou sur des lésions suintantes).

## ANTIBIOTIQUES

L'antibiothérapie locale est peu (voire pas du tout) efficace, éventuellement allergisante (néomycine) et est suspectée de sélectionner des souches bactériennes résistantes. Elle n'est jamais indispensable.

### *Pommade à l'auréomycine*

La pommade à l'auréomycine (à 1 et 3 %) fait partie de la liste des médicaments essentiels et tire son intérêt du vecteur gras qui y est associé (application sur des croûtes dont elle facilite l'élimination).

La sulfadiazine argentique est également bien tolérée, notamment sur les brûlures.

\* A. Mahé

### Dérivés pénicilline G

Deux groupes d'antibiotiques utilisables par voie générale sont indispensables : les dérivés de la pénicilline G (formes orales, pénicilline V ou formes retard, benzathine pénicilline) et les macrolides (érythromycine). Les premiers sont efficaces sur les streptocoques à tropisme cutané, agent prépondérant de l'érysipèle et à un moindre degré de l'impétigo. De plus, les macrolides sont efficaces contre une proportion importante de staphylocoques dorés, ce qui en fait l'antibiothérapie cutanée de référence, mais leur coût est plus élevé.

Les autres composés sont parfois utiles, voire irremplaçables, mais leur coût en limite considérablement l'emploi : pénicilline du groupe M (méthycilline, oxacilline), synergystines (pristinamycine), à actions antistaphylococciques majeures. Les sulfamides n'ont pas leur place en dermatologie, que ce soit localement (eczémas de contact à la néomycine) ou par voie générale.

### ANTIMYCOSIQUES

Les antimycosiques modernes, malgré leur coût, sont à notre sens indispensables. Cependant, le traitement d'une mycose cutanée est rarement une nécessité absolue. Parmi les médicaments essentiels, le miconazole en crème vaut les autres produits et est efficace contre les dermatophytes, candidoses et l'agent du pityriasis versicolore. Il est important pour les mycoses des plis (sillons interdigito-plantaires) d'y associer une lutte contre la macération (sécher les espaces après la toilette) et la surinfection.

#### Miconazole

#### Pommade de Whitfield

La pommade de Whitfield (acide salicylique : 2 g ; acide benzoïque : 4 g ; vaseline : 24 g) est très utilisée par les anglo-saxons, notamment pour les mycoses interdigito-plantaires.

#### Griséofuline

Dans l'état actuel sanitaire qui prévaut dans les pays en voie de développement et du fait de l'excellent pronostic de la plupart des teignes (à l'exception du favus), il n'est pas question de recommander le traitement systématique des teignes. Si l'on décide de soigner une teigne du cuir chevelu (demande de la famille, favus), il faut utiliser la griséofuline orale pendant 4 à 6 semaines (10 à 20 mg/kg/j en deux prises au cours des repas). Certains auteurs ont pu recommander un «traitement-minute» de masse des teignes (par exemple 1 à 1,5 g en une prise), mais aucune donnée publiée n'est venue documenter l'efficacité éventuelle de cette technique (faible à notre sens).

### CORTICOIDES LOCAUX

Lorsque leur indication est bien posée (eczéma atopique), les corticoïdes locaux sont irremplaçables. Ils doivent cependant être utilisés avec précaution ; par exemple, une infection locale représente en particulier une contre-indication formelle. En milieu tropical, nous conseillons leur association quasi-systématique à un antiseptique.

La forme galénique dépend de l'aspect de la lésion à traiter et de son siège. La crème est polyvalente. La pommade est à réserver aux lésions très sèches. La lotion trouve son indication dans les lésions suintantes ou au niveau du cuir chevelu ou des plis.

Les corticoïdes locaux sont répartis en quatre classes de puissance décroissante de I à IV. La classe I (propionate de clabétasole) n'a pas d'indication courante. Les classes II (bétaméthasone) et III sont les plus utilisées. La classe IV (acétate d'hydrocortisone) est indiquée pour le visage ou sur des lésions peu importantes. Si l'on ne dispose que d'une forme (en général de classe II), on peut la diluer dans un excipient (vaseline, ce qui transforme les crèmes en pommades). Les associations d'un corticoïde avec un antibiotique (en général la néomycine) ou un antimycosique (Mycolog<sup>®</sup>) au sein d'un même composé n'ont pas d'intérêt, et de plus ils majorent le risque de sensibilisation. Pour éviter un phénomène de rebond, surtout dans les dermatoses chroniques, on doit utiliser les corticoïdes selon le schéma suivant : deux fois par jour au début, puis au bout de quelques jours une fois par jour, puis tous les deux jours, puis deux fois par semaine...

### ANTIPARASITAIRES

Il s'agit principalement d'agents antiscabieus. A côté du benzoate de benzyle, dont les caractéristiques ont été détaillées au chapitre sur la gale et qui a notre préférence, d'autres agents sont efficaces : le benzochlorol<sup>®</sup> est l'un d'eux ; toutefois, ce produit est à base de DDT et il convient d'en limiter l'emploi ; il est déconseillé chez l'enfant et la femme enceinte. Le lindane est très utilisé par les anglo-saxons mais potentiellement toxique chez l'enfant et la femme enceinte : 12 heures d'application suffisent souvent. Le crotamiton (Eurax<sup>®</sup>) est trop coûteux pour la gale mais utile pour les prurigos et de façon plus générale pour toutes les dermatoses prurigineuses en tant que traitement symptomatique. Le baume du Pérou est allergisant et peu efficace. Le soufre, dilué de 2 à 10 % dans un excipient mériterait d'être redécouvert du fait de son très faible coût. Voici un exemple de préparation : soufre sublimé (5 à 10 g), huile de vaseline (10 g), vaseline (80 g). Cette préparation est à appliquer trois soirs de suite.

#### Benzochlorol

#### Lindane

#### Crotamiton

#### Soufre

### ANTIHISTAMINIQUES

Les antihistaminiques locaux (crème Phénergan<sup>®</sup>) n'ont pas d'indication justifiée. De plus, ils sont souvent allergisants (photo-allergies).

Les antihistaminiques systémiques sont largement utilisés, mais ils représentent souvent une solution de facilité. Il est préférable de poser un diagnostic conduisant à un traitement spécifique plutôt que de se contenter de prescrire ces composés devant un «prurit inexplicable».

Par ailleurs, ces composés ne sont franchement efficaces que dans les urticaires, où ils représentent un traitement symptomatique de choix. Divers composés sont disponibles : dexchlorphéniramine (Polaramine<sup>®</sup>), hydroxyzine (Atarax<sup>®</sup>). La voie orale est la meilleure. Les composés plus modernes ont un effet sédatif moindre, mais leur coût en limite l'emploi.

### COMPOSES DIVERS

La pâte à l'eau est utile sur les lésions inflammatoires (eczéma) sur lesquelles on ne peut ou ne veut appliquer des corticoïdes. La formule pour 100 g est la suivante : oxyde de zinc (25 g) + talc (25 g)

#### Pâte à l'eau

+ glycérine (25 g) + eau (25 g). Elle a l'inconvénient de se contaminer rapidement ; il faut donc renouveler les préparations tous les dix jours.

Le nitrate d'argent en solution aqueuse à 1 à 2 % est très asséchant.

La vaseline blanche est notre hydratant cutané de référence.

La pommade Dalibour est utile sur les lésions sèches ou croûteuses. Parmi les préparations magistrales, la vaseline salicylée (à 5 %) est recommandable pour les lésions squameuses (psoriasis), en particulier au niveau des paumes et des plantes.

Les réducteurs sont indiqués dans le psoriasis et les lichénifications. L'ichtyol (dans la vaseline à une concentration allant de 1 à 5 %) est en général bien toléré et largement distribué. L'Anaxéryl® est disponible en Afrique. Il s'agit d'un mélange comportant des réducteurs puissants souvent mal toléré, surtout lorsqu'il est utilisé à mauvais escient sur des dermatoses superficielles. La lotion à la calamine est antiprurigineuse, de même que le crotamiton. La pommade à l'urée à 10 % (urée : 10 g, vaseline : 100 g) est hydratante (lésions sèches, ichtyose).

Puissant A. Maladies de la peau et maladies vénériennes. Guides de thérapeutique pratique. Baillière, 1986.

## PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE\*

Les maladies de peau sont le paradigme d'un problème ressenti par les populations mais ignoré des professionnels de la santé publique. En effet, à notre connaissance il n'existe pas de programme de lutte contre les maladies de peau dans les pays en voie de développement, hormis pour la lèpre qui n'est en général pas abordée sous l'angle dermatologique. Un problème de santé devient un problème de santé publique essentiellement lorsque :

- sa prévalence et/ou son incidence sont élevées ;
- la mortalité liée à ce problème est importante ;
- son coût économique et son coût social sont élevés.

Or, dans des chapitres précédents, nous avons signalé que les données épidémiologiques sur les dermatoses étaient très rares et de plus largement méconnues des décideurs. Pourtant, les quelques enquêtes menées dans les pays en voie de développement sur des échantillons de population ont montré que certaines dermatoses avaient une prévalence très élevée (gale, pyodermite, teignes). La mortalité liée aux maladies de peau courantes est certainement très faible, encore qu'il ait été démontré un lien entre pyodermite et néphropathie. Les coûts économique et social des dermatoses courantes n'ont jamais été évalués, mais ils sont probablement relativement élevés. La gravité et l'étendue des lésions de gale et de pyodermite dans les pays en voie de développement en font des maladies fréquemment invalidantes (gêne fonctionnelle liée au prurit intense, surinfections, etc.) et des sources de complications secondaires sur des terrains dénutris. Enfin, ces dermatoses représentent une préoccupation majeure pour les populations elles-mêmes. Ceci est attesté par le chiffre élevé de consultations pour dermatoses dans les formations sanitaires, par le nombre, la fréquence et la variété des recours thérapeutiques, par les requêtes exprimées par les populations lors des enquêtes sur leurs besoins en matière de santé.

Une réponse à cette demande paraît nécessaire. Bien entendu, il n'y a pas qu'une seule réponse possible et celle-ci doit être adaptée au contexte de chaque pays ou région. La dermatologie de santé publique reste dans une grande mesure à inventer. Dans un contexte de ressources limitées comme celui des pays en voie de développement, un plan en trois étapes pourrait être proposé : formation des personnels de santé, mise à leur disposition de médicaments essentiels, éducation sanitaire.

La dermatologie n'ayant jamais été considérée comme une priorité, les programmes de formation des différents agents sanitaires (agents de santé villageois, infirmiers, sages-femmes, médecins) s'en sont ressentis. Une formation et/ou un recyclage des agents de santé sont nécessaires avant d'entreprendre toute autre action. Cette formation doit être très pragmatique et focalisée sur les prin-

### PLAN D'ACTION

#### Formation des personnels de santé

\* A. Prual, A. Mahé

principales pathologies. Elle sera bien sûr adaptée au niveau et aux responsabilités des participants.

Nous présentons ici les objectifs de ces formations.

#### *Agent de santé*

L'agent de santé villageois doit être capable de :

- diagnostiquer gale, pyodermes, teignes et pédiculoses ;
- traiter les cas de gale avec le benzoate de benzyle ;
- prévenir les pyodermes par antiseptie prophylactique des plaies ;
- traiter les pyodermes minimes par antiseptiques ;
- traiter les poux avec poudre au lindane ;
- référer les cas de pyodermes sévères.

#### *Infirmier et sage-femme*

L'infirmier et la sage-femme doivent être capables de :

- diagnostiquer les quatre dermatoses ci-dessus ;
- traiter les cas de gale avec le benzoate de benzyle ;
- dépister une épidémie de gale ;
- prendre en charge une épidémie de gale ;
- prévenir les pyodermes par antiseptie prophylactique des plaies ;
- traiter les pyodermes minimes par antiseptiques et les pyodermes sévères par antibiotiques sous forme de médicaments essentiels (deux classes d'antibiotiques) ;
- traiter les poux avec poudre au lindane ;
- traiter les teignes avec griséofuline ;
- informer les populations sur les mesures préventives à prendre (hygiène corporelle, hygiène collective, soins précoces...).

#### *Médecin*

Le médecin doit être capable de :

- mener à bien les différentes actions ci-dessus ;
- former et superviser les agents de santé de son secteur de responsabilité ;
- diagnostiquer toutes les dermatoses courantes ;
- prendre en charge les dermatoses courantes ;
- référer si besoin ;
- éduquer les populations en matière d'hygiène.

#### **Disponibilité des médicaments essentiels**

Les médicaments essentiels à visée dermatologique doivent être disponibles au niveau de toutes les structures sanitaires. La formation des agents sanitaires à leur utilisation est indispensable.

Quatre groupes de médicaments essentiels sont nécessaires :

- antiseptiques externes : permanganate de potassium, polyvidone iodée ;
- antibiotiques : pénicilline retard, érythromycine ;
- antiparasitaires : benzoate de benzyle, poudre au lindane ;
- antimycosiques : miconazole, griséofuline orale ;
- la place des corticoïdes locaux reste à définir.

Les agents de santé villageois, quel que soit le système de santé (médicaments essentiels gratuits, recouvrement des coûts...), doivent pouvoir s'approvisionner en ces composés.

#### **Education sanitaire**

L'hygiène ainsi que les comportements sociaux jouent un rôle majeur dans la transmission des dermatoses infectieuses courantes. La gale n'est pas une maladie liée à l'hygiène individuelle ou collective, mais plutôt à la promiscuité et à la pauvreté. Une éducation sanitaire visant au contrôle de cette endémie informera les populations sur les modalités de transmission, sur les recours thérapeutiques possibles et sur la prévention des épidémies par le traitement précoce des cas et leur isolement. Les pyodermes sont liées à l'hygiène individuelle, à l'hygiène collective, au manque d'asepsie de certaines pratiques traditionnelles, à la promiscuité. Leur gravité dépend de la précocité de prise en charge et du terrain (malnutrition...). Des conseils d'hygiène et une information sur les recours thérapeutiques doivent être fournis aux populations.

Nous avons placé l'éducation sanitaire en troisième étape car les changements de comportement sont toujours très difficiles et très longs à obtenir et parce que les services sanitaires doivent avant tout pouvoir répondre efficacement et à un faible coût aux demandes.

En conclusion, le plan d'action que nous proposons est basé sur les connaissances scientifiques, sur l'expérience des auteurs dans le domaine des maladies de peau dans les pays en voie de développement et... sur le bon sens. Il est certainement critiquable et incomplet, mais il a au moins le mérite d'être, à notre connaissance, le premier proposé. Nous souhaitons qu'il initie un débat sur cet important problème pour les populations des pays en voie de développement, qu'il soit étudié, testé et enfin qu'il soit amélioré.

## CONCLUSION

Les maladies de peau, de par leur prévalence très élevée et la gêne importante que certaines d'entre elles occasionnent, doivent être considérées comme un authentique problème de santé publique. De plus, l'impact favorable que pourrait avoir sur les populations concernées une réponse efficace des structures de santé à leur demande en ce domaine n'est pas à négliger ; ceci n'est actuellement que trop rarement le cas. L'accueil qui nous a été réservé lors de nos missions dans des villages, en particulier ceux confrontés à une épidémie de gale, a toujours été enthousiaste et très bénéfique pour ce qui est de la confiance et de la perception de la médecine occidentale.

Fort heureusement, la majorité des dermatoses rencontrées représentent finalement peu de diagnostics, sont de reconnaissance facile et de prise en charge relativement simple. La dermatologie courante ne saurait être l'affaire que des dermatologues, peu nombreux il faut le souligner, exerçant dans les pays en voie de développement. Une initiation de tous les agents de santé à la dermatologie courante apparaît indispensable et s'intégrerait aisément dans leurs programmes de formation, pour un coût limité, en particulier en nombre d'heures, et une rentabilité qu'on peut espérer intéressante. Nous aimerions que ce petit manuel participe à cet effort de formation.

## FICHE TECHNIQUE : GALE

### Principaux éléments du diagnostic

- prurit familial
- atteinte caractéristique des zones suivantes : fesses, espaces interdigitaux, poignets, verge (hommes et grands garçons), aréoles mammaires (femmes), paumes et plantes (enfants en bas âge). Respect de la tête

### Pièges diagnostiques : à éviter devant

- des pustules des paumes et des plantes chez un enfant en bas âge
- un impétigo intéressant les fesses, les mains, la verge
- la «gale des gens propres» chez qui les signes sont discrets

### Diagnostic différentiel

- l'onchocercose
- le traitement d'épreuve par le benzoate de benzyle est largement indiqué, notamment en contexte de prurit collectif

### Traitement

- benzoate de benzyle (concentration : 10 à 20 %) sur tout le corps à l'exception de la tête, à laisser en place 24 heures chez les adultes et les enfants de plus de deux ans, 12 heures chez les enfants de moins de deux ans (ne pas se laver durant la période du traitement, ou si lavage indispensable, réappliquer aussitôt le produit sur les zones lavées). Traiter simultanément tous les membres de la famille, même ceux ne se grattant pas
- alternatives au benzoate de benzyle : Lindane (attention à la toxicité chez le nourrisson chez qui il ne faut pas dépasser 12 heures d'application et qui est contre-indiqué chez la femme enceinte), soufre (à 5 % dans de la vaseline, applications trois soirs de suite, éventuellement irritant)
- nettoyer le linge porté les jours précédant le traitement. Si possible : saupoudrer les vêtements et la literie avec poudre au lindane à laisser en place pendant 24 heures
- en cas de surinfection : commencer par le traitement de la pyodermite, puis appliquer le benzoate de benzyle quelques jours plus tard

### Evolution après traitement

Disparition du prurit en quelques jours

### A éviter

Les applications répétées de traitement antiscabieux sur une «gale résistante». Une seule application guérit 90 % des cas et deux applications à 24 heures d'intervalle pratiquement 100 %. Si il y a persistance des signes après deux applications, il s'agit probablement d'une autre dermatose ou d'une irritation due au traitement.

### La clé du succès

Traiter tous les membres de la famille

# FICHE TECHNIQUE : IMPETIGO ET IMPETIGINISATION

## Diagnostic

Les lésions suivantes sont plus ou moins associées à :

- des croûtes jaunâtres
- des bulles superficielles et flasques
- une ulcération persistante des membres inférieurs
- la présence de pus (soulever les croûtes suspectes)

## Recherche des signes de gravité

- fièvre
- adénopathie
- altération de l'état général
- profusion d'éléments, extension en profondeur («echtyma»), zones nécrotiques ou suppurée («cellulite»)

## Penser à évoquer

- une éventuelle gale sous-jacente

## Diagnostic différentiel

- en zone d'endémie : leishmaniose (zones découvertes, bordure surélevée, caractère indolore évolution traînante)

## Traitement

- antiseptie (permanganate de potassium au 1/20 000, polyvidone iodée...)
- si signes de gravité ou échec du traitement local, on envisage une antibiothérapie générale selon disponibilités en médicaments et matériels pour injection à usage unique : érythromycine (30 mg/kg/j pendant cinq à sept jours), ou pénicilline V orale, ou benzathine-pénicilline IM (un injection unique de 600 000 à 2 400 000 U selon le poids)
- sur les croûtes : pommade (Dalibour, auréomycine)

## Erreurs à éviter

- appliquer une poudre antibiotique déconditionnée (poudre de cyclines, de pénicilline...)
- appliquer un corticoïde local
- utiliser des antibiotiques coûteux alors que des formes aussi efficaces sont disponibles e DCI

## Prévention

- antiseptie de toute plaie



## DERMATOSES EN MILIEU TROPICAL

1994 - N° 214/215

Les dermatoses restent un problème majeur de santé publique, en particulier chez les enfants vivant dans les milieux défavorisés. Les personnels de santé sont chaque jour confrontés à ces maladies de peau, motifs de très nombreuses consultations qui, dans la majorité des cas, relèvent de quelques affections seulement, de diagnostic simple et de traitement facilement standardisable.

Les programmes de formation de ces personnels s'attardent peu sur ces dermatoses et ne les préparent pas de façon pratique à leur prise en charge globale.

Les auteurs tentent, à partir de leur propre expérience de terrain, de combler ces lacunes en proposant une démarche très pragmatique des dermatoses courantes, enrichie d'une approche anthropologique des problèmes dermatologiques. Exemples à l'appui, l'auteur montre le rôle qualitatif de cette science sociale dans le dialogue avec les populations sur la dénomination des symptômes, la représentation des maladies et l'application des propositions d'amélioration.

Un autre article plus général présente un modèle d'approche anthropologique à l'étude des systèmes de santé.

---

« La petite fille du cireur de chaussures », Photo du Dr Anne-Marie MASSE-RAIMBAULT.  
Quito (Équateur).



CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE  
Château de Longchamp  
75016 Paris - France  
Tél. : (1) 45.20.79.92 • Télex 648 379 F  
Fax : (1) 45.25.73.67