

DERMATOLOGIE TROPICALE

Dermatologie et santé publique dans les pays en voie de développement.

A. Mahé (1), O. Faye (2) & S. Fanello (3)

(1) Institut d'hygiène sociale, Dakar, Sénégal.

(2) Centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM), Bamako, Mali.

(3) Département de santé publique, UFR de médecine d'Angers, France.

Correspondance et demandes de tirés à part : A.Mahé, BP 16705, Dakar-Fann, Sénégal. E-mail: mahe@refer.sn

Manuscrit n°2472/DT 2. "Dermatologie tropicale". Reçu le 25 septembre 2002. Accepté le 26 novembre 2002.

Summary: Public health and dermatology in developing countries.

Recently some common skin diseases (SD) (i.e. pyoderma, scabies, and superficial mycosis) received special interest in terms of public health assessing their significance in developing countries (DC). The importance of this problem has been established through several kinds of studies: studies from specialized dermatology centres, where the main reasons for consulting were common infectious skin diseases; prevalence studies in the general population pointing out very high prevalence rates for common infectious SD; and studies conducted in non-specialized health centres, where those SD represented about 10% of the total number of consultations. Classical complications of common infectious SD, such as post-streptococcal nephritis, appear rather unusual. However, the costs related to SD have been established as significant; this is partly due to the low efficiency of the health agents when trying to manage SD, and to their usual lack of training. So far, SD have been considered as having a very low priority level, due to their low lethality rate, and therefore have been ignored by health authorities. However, it seems unwise to ignore a health problem for which such a demand of the populations is expressed. Health policies aiming at the improvement of this situation have to be aware of the economic and health system context in DC, and should take into account every step of the health system. The following actions have been proposed: definition of SD priorities; training of non-specialized health agents to a basic management of SD priorities; promotion of use and availability of low-cost "essential dermatologic drugs"; education of the populations regarding measures to prevent certain SD. The feasibility and the impact of such a "public health dermatology" programme remain to be evaluated.

public health
skin disease
dermatology
developing country

Résumé :

L'intérêt s'est récemment porté sur l'importance en terme de santé publique que pouvaient prendre dans les pays en développement (PED) certaines maladies de peau (MDP) " banales " : gale, pyodermes et mycoses superficielles. L'ampleur du problème a pu être documentée par plusieurs types d'études: enquêtes en milieu dermatologique spécialisé, retrouvant une large prépondérance de ces infections cutanées superficielles; enquêtes de prévalence menées dans la population générale, ayant mis en évidence des prévalences souvent très élevées des MDP infectieuses; enfin, enquêtes au sein de centres de santé non spécialisés, où les mêmes MDP représentaient environ 10 % du nombre total des consultations. Par ailleurs, si les complications classiques de ces MDP, comme la glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique, apparaissent relativement rares, le coût en rapport avec ces affections semble non négligeable; ceci est dû notamment à la médiocrité de la prise en charge de ces affections par des agents de santé pour la plupart non formés dans ce domaine. Jusqu'à présent, ces affections, pour l'essentiel non létales, ont été considérées par les autorités sanitaires comme ayant un faible niveau de priorité, et de ce fait ont été abandonnées à une initiative individuelle inadéquate. En fait, il ne semble pas raisonnable de laisser orphelines de recommandations des affections pour lesquelles une demande de la population s'exprime aussi franchement. Les mesures proposées pour améliorer la situation prévalant actuellement pour ce problème doivent tenir compte du contexte sanitaire et économique global des PED, et s'intéresser à tous les niveaux du système sanitaire: définition de priorités dermatologiques; formation des agents de santé non spécialisés à une prise en charge élémentaire des MDP les plus courantes; activation du réseau de distribution de " médicaments essentiels dermatologiques " ayant un faible coût; et éducation des populations visant à prévenir certaines MDP. La faisabilité et l'impact de telles actions de " dermatologie de santé publique " restent toutefois à évaluer.

santé publique
maladie de peau
dermatologie
pays en développement

*"Alors Job prit un tesson pour se gratter, et il s'installa parmi les cendres..."
(Job, 2.8, La Bible, traduction oecuménique).*

Historiquement, la dermatologie tropicale s'est surtout consacrée à l'étude de maladies infectieuses spécifiquement tropicales ayant une expression cutanée riche, telles la lèpre ou les tréponématoses endémiques. Cet intérêt était justifié par la gravité potentielle de ces affections, par une endémicité

initialement préoccupante, mais sans doute aussi par leur caractère "exotique" et de ce fait "intéressant", d'un point de vue médical occidental. Plus récemment, l'attention s'est plus particulièrement portée sur des thèmes nouveaux: complications cutanées de l'infection par le VIH ou l'HTLV-I, autres maladies "émergentes" (dengue, ulcère de Buruli,...). Cependant, à côté de ces affections classiques ou modernes, il devient de plus en plus manifeste que d'autres maladies, spécifiquement

cutanées et qu'on pourrait qualifier de "banales" du fait de leur diffusion, de leur caractère non spécifiquement tropical, et de leur bénignité (en pratique, essentiellement la gale, les pyodermites et certaines mycoses superficielles), sont à l'origine d'une gêne notable pour une partie importante de la population de ces régions; on assiste à une certaine prise de conscience de l'importance que peuvent prendre ces maladies de peau (MDP) courantes pour la collectivité, susceptible de leur conférer, malgré leur bénignité, un statut de "problème de santé publique" authentique (1, 37). Dans cet article, nous avons voulu faire le point sur les données concernant cette question, en faisant plus particulièrement référence aux travaux que nous avons pu mener sur ce thème au Mali (18-21).

Données descriptives : quelle est l'ampleur du problème représenté par les maladies de peau "banales" dans les pays en développement ?

Pour répondre à cette question, on dispose aujourd'hui de données relativement abondantes, quoique de qualité hétérogène.

Données provenant de centres de santé spécialisés en dermatologie

Il s'agit des données numériquement les plus abondantes (environ une quinzaine d'études de ce type disponibles à ce jour). Ces études ont consisté à recenser les motifs de consultation au sein de centres spécialisés en dermatologie, le plus souvent au niveau du seul centre de référence pour cette spécialité au sein du pays concerné. Nous avons reporté, dans le tableau I, les résultats d'études représentatives de cette catégorie (11, 16, 19, 40); les résultats des études conduites dans d'autres régions sont comparables (10, 31).

Tableau I.

Principales dermatoses recensées en milieu dermatologique spécialisé dans plusieurs pays tropicaux.
Main skin diseases registered in dermatology centres in tropical areas.

pays (réf.)	année d'étude	nb total de consultations	principales affections (en % de nb)				
			gale	pyodermites	mycoses	eczéma	maladies infectieuses tropicales
Kenya (40)	1965-67	3168	5,6 %	2,5 %	9,2 %	21,7 %	3,9 %
Amérique du Sud ¹ (11)	1972-73	3140	20,6 %	8,5 %	13,2 %	25 %	-
Inde (16)	1990	808	15,6 %	9,3 %	6,3 %	24,5 %	-
Mali (19)	1993	10889	16,6 %	5,6 %	13,6 %	20,4 %	1 %

¹ Enquête menée sur 8 pays d'Amérique du Sud

Il est frappant de constater l'homogénéité des résultats d'un centre à l'autre, s'exprimant notamment :

- d'une part, par la rareté relative des motifs de consultation spécifiquement tropicaux : à Bamako, sur 10 889 motifs de consultation et en excluant les cas de lèpre (maladie pour laquelle le centre étudié faisait office de centre de référence), 1 % seulement des consultations étaient en rapport avec une pathologie infectieuse spécifiquement tropicale; ce fait affirme une donnée qui semble relativement méconnue si l'on se réfère à la littérature consacrée au sujet, à savoir le caractère non-spécifique de la plus grande partie de la pathologie cutanée observée en milieu tropical: il est vraisemblable que le caractère "extraordinaire" de la pathologie tropicale ait été, de tout temps, quelque peu exagéré (40).

- et, d'autre part, par la prépondérance de certaines maladies infectieuses "banales" :

pyodermites, gale et mycoses superficielles; "l'eczéma" représente en général une autre catégorie diagnostique numériquement importante.

Il importe toutefois de souligner que les renseignements apportés par les études de ce type ne peuvent qu'être de portée restreinte, du fait d'un biais méthodologique fondamental lié à la situation "de référence" des centres où elles ont été menées, tout particulièrement dans un contexte de pays démunis où l'accès à des spécialistes, très peu nombreux, apparaît limité à certaines tranches de la population. Ces données prendront en fait toute leur valeur par leur confrontation à d'autres données, moins abondantes mais méthodologiquement plus valables, obtenues à partir de centres de santé non spécialisés ou en population générale.

Données provenant de centres de santé non spécialisés

Ce type d'étude apparaît particulièrement intéressant, car il reflète plus fidèlement la demande de la population générale vis à vis d'un problème de santé. Des "places" ont pu être attribuées par certains aux motifs de consultation dermatologiques au sein de ces centres: la "quatrième" (17), la "cinquième" (6), classements qu'on peut estimer artificiels, qui plus est difficiles à admettre tel quel du fait de l'absence de données chiffrées objectives les étayant. En fait, seules deux évaluations objectivement quantifiées de ce paramètre sont à ce jour disponibles (4, 21). A partir de l'étude de registres, il a pu être établi que les motifs de consultation dermatologiques représentaient environ 10 % de l'ensemble des consultations dans ce type de centre. Une analyse plus détaillée des motifs de consultation spécifiques apparaît plus délicate, du fait de carences diagnostiques probables; toutefois, il existait, ici aussi, une nette prépondérance des consultations en rapport avec les mêmes MDP infectieuses qu'au sein des centres spécialisés.

Enquêtes de prévalence

Une douzaine d'études, menées dans des régions relativement diverses, ont porté sur ce thème. On doit souligner ici les insuffisances méthodologiques de certaines études, liées surtout à une représentativité douteuse des échantillons étudiés. Dans le tableau II sont reportées les principales caractéristiques méthodologiques et les résultats d'études qu'on peut considérer comme significatives (5, 6, 12, 13, 20, 23). Malgré les réserves techniques concernant certaines d'entre elles, on ne peut que noter, ici encore, la remarquable homogénéité des résultats, avec pratiquement dans toutes les populations étudiées des prévalences des MDP extrêmement élevées, avec prépondérance des mêmes maladies infectieuses. Certaines études ont permis l'acquisition de renseignements supplémentaires; au Mali (20), on a tenté d'évaluer de façon objective la gravité des MDP: un quart des pyodermites observées, correspondant à une prévalence de 2,5 % dans la population étudiée, pouvaient être considérées comme "sévères"; la gale,

Tableau II.

Enquêtes de prévalence des maladies de peau menées dans des pays tropicaux.
Prevalence studies of skin diseases conducted in tropical countries.

pays (réf.)	année d'étude	milieu	population cible	modalités d'échantillonnage	nb ¹	prévalence des maladies de peau				
						globale	pyodermites	gale	teignes/poux	
Tanzanie (23)	1973	urbain et rural	enfants	non aléatoire	1855	-	6,9 %	16,6 %	-	-
Ghana (6)	1975	rural	tous âges	aléatoire	3770	-	19,4 %	-	-	-
Brésil (5)	1975	urbain et rural	enfants	enfants scolarisés	9955	74 %	12 %	3 %	6,2 % ²	50 %
Vanuatu (13)	1989	île	tous âges	exhaustif	18223	-	12 %	16 %	-	-
Mali (20)	1993	rural	enfants	aléatoire	1817	34 %	12,3 %	4,3 %	9,5 %	4,7 %
Tanzanie (12)	1994	rural	tous âges	exhaustif (deux villages)	1114	26,9 %	1,6 %	4,5 %	1,2 %	-

¹ nb = nombre de sujets examinés; ² teignes et autres dermatophyties

Figure 1.*

Cas de gale surinfectée évoluant depuis plusieurs mois chez deux enfants au cours d'une épidémie villageoise au Mali.
Superinfected long-lasting cases of scabies in two children during an epidemic in a Malian village.



souvent très surinfectée et d'évolution prolongée, apparaissait comme la plus grave des MDP (figure 1). Dans la même étude, le nombre et le type de recours thérapeutiques employés par les familles vis à vis de ces MDP ont été recueillis; les recours étaient particulièrement fréquents et variés pour la gale et les pyodermites sévères, s'opposant ainsi à des MDP "négligées" comme les teignes ou les molluscum contagiosum, ceci malgré des prévalences similaires.

Situations épidémiques

Complétant ces études qui décrivent une situation de base apparemment assez répandue, d'autres rapports ont fait état de situations paroxystiques épidémiques (9, 32, 39); il s'agissait surtout en l'occurrence d'épidémies de gale. Outre que les prévalences et incidences signalées atteignaient ici des proportions assez considérables (33 % de la population de l'île de San Blas, Panama) (39), plus de 12000 cas de gale répertoriés en 18 mois dans une population de 200 000 habitants au Malawi (17)), ces études témoignaient du problème manifestement important posé par ces situations pour la collectivité. Lors d'une enquête de morbidité ressentie menée dans un village malien confronté à une épidémie de gale, cette affection était désignée par la communauté comme constituant son problème sanitaire prioritaire (données personnelles non publiées). Il est par ailleurs vraisemblable que ces situations épidémiques sont beaucoup plus fréquentes que ne le suggère le petit nombre de rapports dont la littérature fait état.

Conséquences du problème

Complications médicales :

La seule complication générale relativement courante qu'on peut craindre en pratique devant une de ces MDP est la glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique (GNA). Plusieurs épidémies de GNA, secondaires à des pyodermites, ont été rapportées (15, 44), notamment dans la Caraïbe (28), dont l'une elle-même secondaire à une épidémie de gale (36). En dehors de ces quelques rapports, cette complication ne semble toutefois pas représenter un problème sanitaire majeur. Il convient de rappeler ici que le risque de GNA au décours

d'une pyodermite est statistiquement faible, estimé globalement à 4 % des cas d'impétigo (22). Par ailleurs, tous les streptocoques ne présentent pas le même risque rénal: dans une même région, le changement d'un sérotype particulièrement néphritigène pour un autre streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SBHA) dans la responsabilité des cas d'impétigo s'est accompagné d'une chute importante de l'incidence des cas de GNA (26). De plus, le rôle classiquement prépondérant des SBHA dans la bactériologie des pyodermites en milieu tropical (38) est en fait remis en question, plusieurs rapports faisant état de l'implication fréquente, souvent même prépondérante, d'autres streptocoques (6) ou de *Staphylococcus aureus* (23, 35). Regrettons ici la rareté des données documentant la bactériologie des pyodermites en milieu tropical, dont il serait pourtant essentiel de disposer dans une optique thérapeutique.

Données de coût:

Malgré leur bénignité, les MDP suscitent donc une demande de soins relativement importante, que celle-ci s'exprime par l'automédication, le recours à la médecine traditionnelle ou la sollicitation des structures sanitaires en place. Le coût en rapport avec ces démarches a pu être chiffré. De ces études, il ressort que ce coût est non négligeable, que ce soit en termes d'achat de médicaments (par exemple, 131 à 529 US \$ pour 100 habitants par an pour un revenu moyen annuel de 113 US \$, lors d'une étude menée en milieu rural en Inde) ou de durée d'incapacité de travail (12 jours en moyenne pour la gale) (41). Fait notable, ce coût semblait souvent relativement injustifié, la plupart des recours thérapeutiques se soldant par une efficacité faible, y compris en cas de sollicitations de la médecine moderne (14). La faible efficacité des centres de santé non spécialisés dans la prise en charge de ces affections, qui ne s'exprime pas seulement par le recours à des médicaments coûteux mais également par des carences diagnostiques, apparaît ainsi la norme, ceci s'expliquant notamment par l'absence de formation des agents de santé à la reconnaissance et à la prise en charge de ces affections.

Données étiologiques

Même s'il est bien établi qu'un climat chaud, surtout humide, peut favoriser la survenue des pyodermites et des infections mycosiques (29, 38), les prévalences considérables des MDP dont il est fait état résultent avant tout, manifestement, du sous-développement et de ses conséquences. On peut rappeler que des endémicités analogues étaient autrefois signalées dans les pays du Nord, pour citer également les épidémies de gale européennes contemporaines des deux guerres mondiales du XX^e siècle. Une analyse plus détaillée des facteurs en cause apparaît plus délicate, étant donné le peu d'études qui se sont intéressées spécifiquement à la question. L'hygiène, individuelle et collective (20, 38), constitue un facteur de risque bien établi des pyodermites; l'accès à l'eau, quantitatif plus que qualitatif, pourrait être ici prépondérant (42). Il semble toutefois excessif de faire de toutes les MDP, ainsi qu'il a été classique de l'avancer (43), des *water-washed diseases*. En ce qui concerne la gale, et sans doute également les teignes, il semble s'agir ici plus d'un problème de promiscuité que d'hygiène, une hygiène déficiente favorisant cependant la surinfection de ces affections (3).

Synthèse

En première analyse (27), les MDP courantes constituent un problème sanitaire se caractérisant par une ampleur importante,

* iconographie en couleur sur notre site: <http://www.pasteur.fr/socpatex/pages/dermato.html>

contrastant avec une gravité faible, touchant l'ensemble de la population mais ayant une prédilection pour les enfants, catégorie vulnérable par excellence. Il convient surtout de resituer cette problématique dans celle plus générale de la santé dans un contexte de pays en développement (PED). Cette perspective explique en fait le peu d'intérêt exprimé par les différentes instances sanitaires, nationales et internationales, vis à vis de ces affections; les seules références spécifiques à des MDP dont on trouve trace au sein des nombreuses monographies de l'Organisation mondiale de la santé, concernent ainsi le muguet du nourrisson, l'infection ombilicale néonatale (24) et la gale (cette dernière affection au sein du document consacré aux infections sexuellement transmissibles (IST), alors que l'on peut considérer ce mode de transmission comme secondaire dans les PED) (25).

Dans un contexte de ressources consacrées à la santé limitées, il apparaît de fait sensé de réserver celles-ci à l'approche des problèmes les plus sévères, tels ceux à l'origine d'une mortalité importante. Cette position, qui prévaut donc actuellement largement, souffre toutefois du défaut de prise en compte d'une donnée qui fait toute l'originalité de la problématique des MDP: la demande exprimée par une partie importante de la population pour une prise en charge de ces affections, faisant de ces MDP un authentique "besoin sanitaire" (27), à la fois ressenti et exprimé. Au regard des données disponibles, on est en droit de penser que le coût actuel des MDP, financier et humain, ne serait-ce qu'en termes de non-satisfaction de la population vis à vis du système de soins en place, n'est pas négligeable. La participation des populations à l'élaboration des politiques sanitaires les concernant est actuellement encouragée par tous, ce qui paraît pour le moins licite d'un point de vue éthique, mais semble également vecteur d'une meilleure adhésion aux actions proposées. En définitive, il n'apparaît ni éthique, ni rentable dans une logique purement comptable, de se désintéresser totalement de ce problème, en l'abandonnant tel qu'actuellement à une initiative individuelle mal structurée. A condition de proposer des mesures à la fois raisonnables et garantes d'une certaine efficacité, il paraît en définitive licite de tenter une approche organisée de cette problématique, qui soit plus rationnelle qu'elle ne l'est actuellement.

Modalités de lutte

L'abord d'un problème sanitaire dans un contexte de ressources limitées se doit de répondre à certaines exigences incontournables (27, 37): une économie de moyens, aussi bien en ce qui concerne le coût global d'un éventuel "programme" que de celui qui sera supporté par les ménages, le coût de la santé dans les PED restant essentiellement à la charge de ces derniers; une efficacité des actions envisagées qu'on souhaite franche; une bonne faisabilité de ces mêmes actions; une intégration dans le système général de soins, toute organisation verticale faisant craindre une désorganisation de celui-ci; et l'adhésion des populations concernées. Ces contraintes apparaissent particulièrement importantes à respecter pour un problème sanitaire "secondaire", tel celui des MDP: il serait tout à fait excessif de promouvoir des mesures perfectionnistes, qui ne pourraient en pratique être appliquées qu'au détriment de problèmes sanitaires plus prioritaires. A ce stade de la discussion, un constat s'impose toutefois: la pauvreté en données bibliographiques concernant une telle approche des MDP. Nous avons déjà noté l'absence de recommandations des différentes instances sanitaires vis-à-vis de ces affections.

La littérature médicale ne fait, quant à elle, état que de rares tentatives de prise en charge des MDP selon une telle optique, et qui restent finalement de peu de portée pratique (2, 34). C'est dire qu'il faut ici, manifestement, innover.

Par analogie avec ce qui a été proposé pour d'autres problèmes sanitaires observés dans un contexte de PED, un programme de lutte contre les MDP courantes a pu être proposé (18, 30). En pratique, un objectif réaliste pourrait être d'améliorer la situation existant actuellement pour les MDP les plus sévères, en tentant avant tout de rationaliser la réponse à la demande de soins exprimée au niveau des centres de santé. Il importe également d'aborder la question de façon globale: en tenant compte du contexte économique et sanitaire général, ainsi que nous l'avons déjà souligné; en s'attendant à tous les niveaux accessibles du système sanitaire (et pas seulement à celui de la formation); et en planifiant soigneusement et de façon coordonnée les différentes activités requises. Les principales actions à mener peuvent en définitive être les suivantes:

- l'identification de "priorités dermatologiques": la dermatologie se caractérisant par un nombre considérable d'entités, un choix opérationnel s'avère indispensable. La gale et les pyodermites semblent des affections-cibles électives, du fait de leur fréquence, de leur gravité objective, du coût qu'elles occasionnent et de la simplicité (relative) de leur prise en charge (8);
- la formation des agents de santé de premier recours (infirmiers, sages-femmes, médecins généralistes...) à la prise en charge de ces MDP. Cette formation doit au mieux s'inspirer de méthodes ayant fait leurs preuves pour d'autres maladies dans un contexte de PED, telles les IST (25): approche syndromique plus que nosologique, standardisation du diagnostic et des recommandations thérapeutiques, économie en moyens diagnostiques et en médicaments coûteux... La définition de protocoles thérapeutiques pour les MDP prioritaires, peu coûteux mais efficaces, s'avère un enjeu essentiel;
- la promotion de l'usage d'un nombre restreint de "médicaments essentiels dermatologiques" (MED), de façon que ceux-ci soient disponibles sous forme générique, jusqu'au niveau le plus périphérique du réseau de distribution des médicaments (1 ou 2 antiseptiques de base, 1 ou 2 antibiotiques oraux, 1 scabicide, 1 antiparasitaire local...);
- même si on sait qu'il est difficile de modifier des comportements, il paraît également sensé de promouvoir auprès des populations certains messages préventifs qu'on peut espérer "rentables", tels des conseils pour l'amélioration de l'hygiène, ou de dissuasion vis-à-vis de certaines pratiques néfastes (manœuvres septiques, éponges abrasives utilisées collectivement ("njampe"), utilisation de corticoïdes à visée dépigmentante...), en tenant compte des représentations culturelles locales (figure 2).

Un tel programme pourrait ainsi constituer un compromis équilibré entre ce qui est souhaitable ("la santé cutanée pour tous") (33) et ce qui est faisable (la "réalité du terrain"...). Un projet pilote de lutte contre les maladies de peau s'inspirant directement des principes énoncés, est actuellement en œuvre au Mali¹. L'évaluation de ce projet, portant sur sa faisabilité et son impact (en termes notamment d'adéquation des diagnostics et des prescriptions des agents de santé, de disponibilité en MED, de prévalence des MDP, de satisfaction de la population...), s'avèrera, on l'espère, déterminante pour ce qui est de la validité d'une telle approche.

¹ Projet pilote pour un programme de lutte contre les maladies de peau courantes au Mali (projet soutenu par la Fondation internationale de dermatologie)

Figure 2. *

Affiche diffusée dans les centres de santé de Bamako visant à promouvoir certains comportements bénéfiques en matière d'hygiène cutanée ("Projet pilote pour un programme de lutte contre les maladies de peau courantes au Mali", soutenu par la Fondation internationale de dermatologie).

Educative poster aiming at improving hygiene knowledges of the population in Bamako ("Pilot project in Mali of a programme of fight against common skin diseases", supported by the International Foundation of Dermatology)



Conclusion

En définitive, il s'avère que, malgré leur bénignité, la fréquence de certaines MDP courantes, la gêne objective dont elles sont responsables et la demande de soins qu'elles suscitent, confèrent à ces affections un statut de problème sanitaire authentique. On peut penser que les individus et la collectivité gagneraient à une approche organisée de ce problème. Encore faut-il "proportionner la défense à l'attaque" et éviter de proposer des moyens de lutte qui ne soient disproportionnés avec le contexte économique et sanitaire général.

Ainsi, alors que certaines endémies tropicales historiquement préoccupantes sont en voie d'être contrôlées, voire pour certaines "éliminées" (lèpre) ou même éradiquées (filariose, tréponématose endémique, ...), et qu'une aspiration des populations à la prise en compte de leurs besoins ressentis, mêmes ceux considérés habituellement comme "mineurs", se fait jour, le visage de la dermatologie tropicale se transforme. En ce qui concerne plus particulièrement la lutte contre la lèpre, il devient manifeste que, si l'on souhaite que les agents sanitaires de base jouent un rôle actif dans la phase de "post-élimination" où nous nous trouvons actuellement, une formation minimale de ceux-ci à une dermatologie élémentaire est indispensable: une certaine communauté d'objectifs avec un programme de lutte contre les MDP courantes émerge; ceci pourrait ouvrir la voie à des actions jointes.

Pour finir, notons que l'identification récente de ce problème des MDP banales n'est aucunement due à une émergence soudaine et spectaculaire de ces affections, mais bien à la prise de conscience d'un problème ancien (7), jusqu'à présent lar-

gement ignoré. Cette reconnaissance du poids des MDP résulte en fait de l'application, à la spécialité dermatologique, de principes "de santé publique", démarche novatrice et, de notre point de vue, fructueuse. Ce type de démarche apparaît certes éloigné des conceptions classiques de la dermatologie, mais semble à bien des égards incontournable dans un contexte de pays démunis; il serait à notre avis souhaitable que cette approche s'enrichisse, du fait des nombreuses carences théoriques et pratiques soulignées plus haut. Dans cette démarche, l'expertise des dermatologues apparaît incontournable: encore faut-il que leur intérêt se porte sur des maladies "banales" et s'accommode d'une simplification (apparente) de leur spécialité, aussi bien nosologique que pratique. Il est même possible de penser que cette évolution de la dermatologie constitue une chance à saisir pour cette spécialité, si celle-ci veut quitter l'image parfois véhiculée, à bien des égards peu valorisante - tout particulièrement dans le contexte de pays démunis - de médecine "contemplative" ou "esthétique de nantis".

Références bibliographiques

1. ANON. - Skin disease and public health medicine. *Lancet*, 1991, **i**, 1008-1009.
2. ANON. - Mexico: community dermatology in Guerrero. *Lancet*, 1991, **i**, 906-907.
3. AL-AMIN A, RASUL CH & SIDDIQUE SI - Scabies and its complications in relation to socio-economic status. *Bangladesh J Dermatol Venereol Lepr*, 1997, **14**, 13-15.
4. BADAME AJ - Incidence of skin diseases in rural Jamaica. *Int J Dermatol*, 1988, **27**, 109-111.
5. BECHELLI LM, HADDAD N, PIMENTA WPJ, PAGNANO PMG, MELCHIOR E *et al.* - Epidemiological survey of skin diseases in schoolchildren living in the Purus Valley (Acre State, Amazonia, Brazil). *Dermatologica*, 1981, **163**, 78-93.
6. BELCHER DW, AFOAKWA SN, OSEI-TUTU E, WURAPA FK & OSEI L - Endemic pyoderma in Ghana: a survey in rural villages. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 1977, **71**, 204-209.
7. BLACKLOCK B - Craw-craw in Sierra Leone. *Ann Trop Med Parasitol*, 1924, **18**, 253-263.
8. CANIZARES O - Dermatological priorities in developing countries. *Trop Doct*, 1986, **16**, 50-53.
9. CARAPETIS JR, CONNORS C, YARMIRR D, KRAUSE V & CURRIE BJ - Success of a scabies control program in an Australian Aboriginal community. *Pediatr Infect Dis*, 1997, **16**, 494-499.
10. DESAI SC - Ecologic perspective of dermatologic problems in India. *Arch Dermatol*, 1960, **82**, 701-710.
11. FAILMEZGER TC - A clinical survey of skin diseases in selected Latin American countries. *Int J Dermatol*, 1978, **17**, 583-591.
12. GIBBS S - Skin disease and socio-economic conditions in rural Africa: Tanzania. *Int J Dermatol*, 1996, **35**, 633-639.
13. HARRIS M, NAKO D, HOPKINS T, POWELL DM, KENNY C *et al.* - Skin infections in Tana, Vanuatu in 1989. *Papua New Guinea Med J*, 1992, **35**, 137-143.
14. HAY RJ, ESTRADA CANON R, ALARCON HERNANDEZ H, CHAVEZ LOPEZ G, LOPEZ FUENTES LF *et al.* - Wastage of family income on skin disease in Mexico. *Br Med J*, 1994, **309**, 848.
15. HERSCH C - Acute glomerulonephritis due to skin diseases, with special reference to scabies. *S Afr Med J*, 1967, **41**, 29-34.
16. JAISWAL AK, BHUSHAN B & BADRINATH S - Pattern of skin diseases in the Lek-Ladakh region of India. *Int J Dermatol*, 1994, **33**, 674-675.
17. KRISTENSEN JK - Scabies and pyoderma in Lilongwe, Malawi. Prevalence and seasonal fluctuation. *Int J Dermatol*, 1991, **30**, 699-702.
18. MAHÉ A - *Les maladies de peau chez l'enfant dans les pays en voie de développement: problème de santé publique ? L'exemple du Mali*. Thèse de Doctorat pour l'Université Paris 6, spécialité "santé publique et pays en voie de développement", 1999, 247 p.
19. MAHÉ A, CISSÉ IA, FAYE O, THIAM N'DIAYE H & NIAMBA P - Skin diseases in Bamako (Mali). *Int J Dermatol*, 1998, **37**, 673-676.

* iconographie en couleur sur notre site: <http://www.pasteur.fr/socpatex/pages/dermato.html>

20. MAHÉ A, PRUAL A, KONATÉ M & BOBIN P - Skin diseases of children in Mali: a public health problem. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 1995, **89**, 467-470.
21. MAHÉ A, THIAM N'DIAYE H & BOBIN P - The proportion of medical consultations motivated by skin diseases in the health centers of Bamako (Republic of Mali). *Int J Dermatol* 1997, **36**, 185-186.
22. MARKOWITZ M, BRUTON HD, KUTTNER AG & CLUFF LE- The bacteriologic findings, streptococcal immune response, and renal complications in children with impetigo. *Pediatrics*, 1965, **35**, 393-404.
23. MASAWA AEJ, NSANZUMUHIRE H & MHALU F - Bacterial skin infections in preschool and school children in coastal Tanzania. *Arch Dermatol*, 1975, **111**, 1312-1316.
24. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE - *Improving child health. IMCI: the integrated approach*. Division of Child Health and Development, Family and Reproductive Health, OMS1997. WHO/CHD/97.12.
25. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE - *2001 guidelines for the management of sexually transmitted infections*. OMS2001. WHO/RHR/01.10.
26. ORTIZ JS, FINKLEA JF, POON-KING T, ALI D & EARLE DP - Endemic nephritis and streptococcal infections in South Trinidad. *Arch Intern Med*, 1970, **126**, 640-646.
27. PINEAULT R & DAVELUY C - *La planification de la santé*. Montréal: Agence d'Arc Inc, 1986, 480p.
28. POON-KING T, MOHAMMED I, COX R, POTTER EV, SIMON NM *et al.* - Recurrent epidemic nephritis in South Trinidad. *N Engl J Med*, 1967, **277**, 728-733.
29. POTTER MJ - Seasonal change and its effect on the prevalence of infectious skin disease in a Gambian village. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 1979, **74**, 162-168.
30. PRUAL A & MAHÉ A - *Prise en charge communautaire. Dermatoses en milieu tropical*. Centre International de l'Enfance, Paris. 1994, n° 214-215, 55-57.
31. RATNAM AV & JARAYAJU K - Skin diseases in Zambia. *Br J Dermatol*, 1979, **101**, 449-453.
32. REID HF, BIRJU B, HOLDER Y, HOSPEDALES J & POON-KING T - Epidemic scabies in four Caribbean islands, 1981-1988. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 1990, **84**, 298-300.
33. RYAN TJ- Healthy skin for all. *Int J Dermatol*, 1994, **33**, 829-835.
34. SCHMELLER W & DZIKUS A -Skin diseases in children in rural Kenya: long-term results of a dermatology project within the primary health care system. *Br J Dermatol*, 2001, **144**, 118-124.
35. SUITE M - Cutaneous infection in Trinidad. *Int J Dermatol*, 1990, **29**, 31-34.
36. SVARTMAN M, POTTER V, FINKLEA JF, POON-KING T & EARLE DP - Epidemic scabies and acute glomerulonephritis in Trinidad. *Lancet*, 1972, **i**, 249-251.
37. TAIEB A, MAHÉ A & RYAN TJ -Eighth International Congress of Pediatric Dermatology, Paris, France, 20th May 1998. *Int J Dermatol* 1999, **38**, 941-944.
38. TAPLIN D, LANSDELL L, ALLEN AA, RODRIGUEZ R & CORETS A - Prevalence of streptococcal pyoderma in relation to climate and hygiene. *Lancet*, 1973, **i**, 501-503.
39. TAPLIN D, PORCELAIN SL, MEINKING TL, ATHEY RL, CHEN JA *et al.* - Community control of scabies: a model based on use of permethrin cream. *Lancet*, 1991, **337**, 1016-1018.
40. VERHAGEN ARHB, KOTEN JW, CHADDAH VK & PATEL RI - Skin diseases in Kenya. *Arch Dermatol*, 1968, **98**, 577-586.
41. VERMA BL & SRIVASTAVA RN - Measurement of the personal cost of illness due to some major water-related diseases in an Indian rural population. *Int J Epidemiol*, 1990, **19**, 169-176.
42. VERWEIJ PE, VAN EGMOND M, BAC DJ, VAN DER SCHROEFF JG & MOUTON RP - Hygiene, skin infections and types of water supply in Venda, South Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 1991, **85**, 681-684.
43. WHITE GF, BRADLEY DJ & WHITE AU - *Drawers of water: domestic water use in Africa*. Chicago: Chicago University Press, 1972, 306p.
44. WHITTLE HC, ABDULLAYE MT, FAKUNLE F, PARRY EHO & RAJKOVIC AD - Scabies, pyoderma and nephritis in Zaria, Nigeria. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 1973, **67**, 349-363.