

*République Algérienne Démocratique et Populaire Ministère de
l'Enseignement supérieure et de la Recherche Scientifique
Université Salah Boubnider Constantine 3*



*Faculté de Médecine
Département de Médecine*



*Thèse pour l'obtention du Doctorat en Sciences
Médicales en Dermatologie*

*Enquête sur l'activité de consultations en
dermatologie entre le secteur public et privé*

Présentée par Docteur Lamia HASSANI

*✚ Directrice de Thèse
Professeur HOURIA SAHEL*

Jury:

✚ Présidente du jury:

Professeur ASSYA DJERIDANE. Faculté de Médecine. Alger.

✚ Membres du jury:

Professeur AICHA SALHI. Faculté de Médecine. Alger.

Professeur ALI OURAMDANE BELKACEM. Faculté de Médecine. Tizi Ouzou.

Professeur ABDERRACHID BOUAKKAZ. Faculté de Médecine. Alger.

Dédicaces

A

Mon défunt Père

Que Dieu l'accueille

Dans son vaste Paradis

A
Mama Chérie
A qui je souhaite santé et
longue vie

A

Ma très chère Famille

Que je porte dans mon cœur

A

Soumeya Baghou

Je dédie ce modeste travail

« Je ne perds jamais

Soit je gagne

Soit j'apprends »

Nelson Mandela

Remerciements & Collaboration scientifique

✚ *Je remercie en premier, Allah tout puissant, qui m'a ouvert les portes de sa miséricorde, sans qui, ce travail n'aurait vu le jour ;
Al hamdoulillah.*

✚ *Je tiens à exprimer ma profonde gratitude et reconnaissance envers le Professeur H. SAHEL, qui a eu l'amabilité d'accepter de m'encadrer.*

Je la remercie également pour sa disponibilité et tous les conseils qu'elle m'a apporté pour l'élaboration de ce travail.

✚ *A la Présidente de jury,
Madame le Professeur Assya Djeridane.
Je vous remercie très sincèrement de me faire l'honneur de présider ce jury. Recevez l'expression de mon profond respect.*

✚ *A Madame le Professeur Aïcha SALHI.
Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.
Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.*

✚ *Mes collègues, Professeur Ali Oramdan Belkacem et Professeur Rachid Bouakkaz.
Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Je tiens à vous exprimer mes sentiments les plus respectueux.*

✚ *Merci à mes Maitres et Professeurs qui m'ont transmis leurs savoirs et m'ont appris à aimer la dermatologie :*

* *Le défunt Professeur I. Benkaidali.*

* *Professeur A. Ammar Khodja.*

* *Professeur B. Bouadjar.*

* *Professeur D. Bouharrati.*

* *Professeur F. Ait Belkacem.*

✚ *Je remercie particulièrement :*

* *Pour m'avoir encouragé et soutenu, le défunt Professeur Mostefa Hassani.*

* *Pour les précieux conseils qu'il m'a prodigué et le temps qu'il m'a accordé, Professeur A. Lakhel. Service d'épidémiologie et de médecine préventive, CHU Docteur Benbadis. Constantine.*

* *Mon amie et collègue Karima pour son soutien infailible.*

* *Pour leurs collaborations de près ou de loin dans la réalisation de l'enquête, mes collègues et amis:*

▪ *Dans le secteur public :*

* *Dr A. Bariout, Pr T. Mansoul et tous les résidents du Service de Dermatologie et de Vénérologie. CHU Docteur Benbadis. Constantine.*


* *Dr A. Titi, Dr S. Ahcene-Djaballah. Service de Dermatologie. CHU Docteur Dorban. Annaba.*

* *Le personnel paramédical des Services de Dermatologie CHU Docteur Benbadis (Constantine) et Docteur Dorban (Annaba).*

▪ *Dans le secteur privé :*

* *Dr M. Nafir ; Dr Y. Aouisset ; Dr H. Ghorab. (Constantine).*

* *Dr H. Keniza ; Dr L. Bornaz ; Dr M. Hadibi. (Annaba).*

 *Je ne peux manquer d'exprimer mes vifs et chaleureux remerciements
aux staffs scientifique et administratif de la faculté de médecine de
Constantine en particulier :*

* *Monsieur le Doyen de la faculté de Médecine.*

* *Madame le vice doyen chargée de la post graduation et de la Recherche
Scientifique.*

* *Monsieur le président du conseil scientifique de la faculté de médecine.*

* *Monsieur le chef de département de médecine.*

Liste des abréviations :

ATCD : Antécédents.

CASNOS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non-Salariés.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CIDAG : Centres d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit.

CIM : Classification Internationale des Maladies.

CNAS : Caisse Nationale des Assurances Sociales.

DA : Dermatite Atopique.

DALYs: Disability-Adjusted Life Years.

DBAI : Dermatoses Bulleuses Auto-Immunes.

DRG: Diagnosis-Related Group.

EADV: European Academy of Dermatology and Venereology.

EPSP : Etablissement Public de Sante de Proximité.

FMC : Formation Médicale Continue.

GHM : Groupes Homogènes de Malades.

Hb : Hémoglobine.

HTA : Hypertension Artérielle.

IST : Infections Sexuellement Transmissibles.

NU : Nations Unies.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONS : Office National des Statistiques.

PDT : Photothérapie Dynamique.

PIB : Produit Intérieur Brut.

PRG : Pityriasis Rosé de Gibert.

PV : Pityriasis Versicolr.

Liste des abréviations

RDV: Rendez-vous.

TBC: Tuberculose Cutanée.

UK: United Kingdom.

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund.

USA: United States of America.

USD: US Dollar (dollar Américain).

TABLE DES MATIERES

Sommaire

I INTRODUCTION	p1
II PROBLEMATIQUE	p3
III BIBLIOGRAPHIE	
A/ Introduction	p6
B/ Evolution du système de sante algérien	p6
1/ Durant la colonisation.....	p6
2/ Après l'indépendance.....	p7
3/ La période entre 1973 à 1986.....	p8
4/ La période entre 1987 à 2003.....	p8
5/ La période entre 2004 à 2014.....	p9
6/ La période entre 2014 à 2023.....	p9
C/ Organisation du système de sante dans les autres pays du Maghreb (Maroc et Tunisie)	p10
D/ La consultation médicale	p10
1/ Introduction-Définition.....	p10
2/ Intérêt de l'activité de consultation.....	p11
E/ Les motifs de consultation à la lumière des études réalisées	p12
1/ De quoi les dermatologues sont sollicités.....	p12
a- En situation d'urgence.....	p12
b- En consultation post urgence.....	p14
2/ Identifier les problèmes posés et évaluer les pratiques professionnelles.....	p15
a-Lorsque les motifs de consultation incitent à des actions de formation médicale continue.....	p15
b- Evaluer nos pratiques et identifier les problèmes posés en consultation liaison.....	p16
c- Typologie des maladies dans un centre pénitentiaire femmes.....	p17
d- Le rôle d'un service de dermatologie dans la gestion des pathologies cutanées.....	p17
d1- Le rôle dans la prise en charge des tumeurs cutanées.....	p17
d2- Faut-il garder un service de dermatologie.....	p18

F/ IMPACT SUR LA SANTE PUBLIQUE ET SUR L'ECONOMIE.....	p20
1/ Lorsque la couleur de la peau prend une dimension socioculturelle et devient un problème de santé publique.	p20
2/ Lorsque la morbidité cutanée incite à revoir le système de santé.....	p23
3/ Lorsque les motifs de consultation nous amènent à revoir ou à réévaluer les particularités épidémiologiques de certaines dermatoses.....	p24
a- Pour des raisons raciales voire racistes.	p24
b- Pour des raisons sociales et géographiques.	p25
4/ Les motifs de consultation pour suivre l'évolution épidémiologique d'une maladie ou d'un groupe de maladies.	p26
5/ Lorsque les motifs de consultation constituent un moyen de dépistage Précoce d'une maladie.	p27
6/ L'analyse des caractéristiques des consultants pour améliorer les messages de prévention.	p29
7/ Les motifs de consultation pour évaluer le cout de la prise en charge d'une pathologie.....	p30
8/ Les motifs de consultation pour identifier et quantifier la pertinence d'une association pathologique.....	p31
a- En situation physiologique et selon le terrain.....	p32
a1- Chez le sujet âgé.	p32
a2-Chez la femme.	p33
b- En situation pathologique.	p34
9/ Lorsque les motifs de consultation peuvent nous aider dans le choix de la structure de soins adaptée.	p36
IV MALADES ET METHODES	
1/ Type de l'étude.	p39
2/ Source des données et description du terrain de l'étude.	p39
a- Constantine.....	p39
b- Annaba.....	p41
3/ Population d'étude.	p43
a- Critères d'inclusion	p43
b- Critères de non inclusion.....	p43

4/ Recueil des données.	p43
5/ Saisie et traitement des données.....	p46
6/ L'analyse statistique.	p46

V RESULTATS

1/ - Etude descriptive de la population de l'étude.	p48
2/- La répartition des patients selon le sexe.....	p49
3/- La répartition des patients selon l'âge	p49
4/- La Répartition du sexe selon les classes d'âge.....	p50
5/- La répartition des patients selon les wilayas d'origine.....	p52
a- La répartition des patients consultant à Constantine selon les wilayas d'origine.....	p52
b- La répartition des patients consultant à Annaba selon les wilayas d'origine.	p53
6/ Répartition des patients en fonction des catégories socioprofessionnelles.....	p54
a- La population globale.....	p54
b- La répartition des catégories socioprofessionnelles en fonction du secteur public/privé.	p54
7/- La répartition selon les ATCD pathologiques.	p56
8/- La répartition des principaux groupes de pathologies pris en charge.....	p58
a- La population globale.	p58
b- Les groupes de pathologies par secteur public/privé.	p59
c- Les groupes de pathologies cutanées par région, Constantine/Annaba.	p61
9/- Les résultats par groupes de pathologies cutanées.....	p63
a- Les infections cutanées (mc4).	p63
b- Dermatoses inflammatoires (mc2).	p68
c- Les pathologies des annexes (mc6).	p69
d- Les tumeurs cutanées (mc1).	p70
e- Immunodermatologie et Médecine Interne (mc5).	p71
f- Troubles pigmentaires (mc11).	p72
g- Dermatoses topographiques (mc10).	p73
h- Dermatoses par Agent Physique (mc8).	p73

Table des matières

10/- Les motifs de consultation en fonction du sexe.	p74
11/ Les motifs de consultation par classes d'âge.....	p76
a- La répartition des groupes de pathologies selon les classes d'âge.	p76
b- Evolution des groupes de pathologies dans les classes d'âge.	p78
12/ Le délais en jours pour avoir un rendez-vous de consultation.....	p80
a- La population globale.....	p80
b- Le délais en jours pour avoir un rendez-vous de consultation par secteur public/privé	p80
13/- La présence d'un médecin de famille.....	p80
a- La population globale.....	p80
b- La présence d'un médecin de famille par secteur de consultation public/privé.....	p81
14/- La répartition des patients selon la première consultation et les consultations antérieures	p82
a- La population globale :.....	p82
b- La répartition des patients selon la première consultation et les consultations antérieures par secteur public/privé.....	p83
15/- Les critères de choix du secteur de consultation (public/privé) selon le malade.....	p84
a- La population globale	p84
b- Les critères de choix du patient par secteur (public/privé).....	p85
16/ La répartition en fonction de l'affiliation du patient à une assurance maladie.....	p86
a- La population globale	p86
b- Le type d'affiliation à une assurance maladie selon le secteur public/privé	p87
VI DISCUSSION	
A/-Etude descriptive de la population de l'étude.	p90
1/ La répartition selon le sexe.	p90
2/ La répartition selon l'âge.	p90
3/ La répartition selon les wilayas d'origine	p91
4/ La répartition selon les ATCD pathologiques.....	p91

Table des matières

B/- La répartition des principaux groupes de pathologies pris en charge.	p93
1/-- La population globale.	p93
2/- Répartition des groupes de pathologies par classes d'âge et par sexe.....	p113
3/- Les variations par secteur d'activité Public/Privé.....	p120
C/-Les facteurs influençant le choix entre les deux secteurs Public/Privé.....	p122
VII Force et limite de l'étude.	p128
VIII Recommandations.....	p129
IX Conclusion.....	p132
X Annexes :	
➤ Annexe 1 : Questionnaire Malade.	p137
➤ Annexe 2 : Catégories professionnelles selon la codification de l'ONS.	p139
➤ Annexe 3 : Code des motifs de consultation.	p140
➤ Annexe 4 : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé CIM-11.Section : maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.	p141
XI Références et Bibliographie.....	p148
XII Résumés.....	p171

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Nombre total des patients par région.	p48
Tableau 2 : Nombre total des patients par secteur d'activité.	p48
Tableau 3: Répartition des patients en fonction du sexe.....	p49
Tableau 4 : Répartition des patients selon les classes d'âge.....	p49
Tableau 5 : Répartition du sexe selon les classes d'âge.....	p50
Tableau 6 : les Wilayas d'origine pour les patients consultant à Constantine.....	p52
Tableau 7: Les Wilayas d'origine pour les patients consultant à Annaba.....	p53
Tableau 8 : Répartition des patients en fonction des catégories socioprofessionnelles.....	p54
Tableau 9 : Répartition des catégories socioprofessionnelles dans les deux secteurs public/privé.....	p55
Tableau 10 : Présence ou non d'ATCD pathologiques.....	p56
Tableau 11 : Répartition en fonction du type d'ATCD pathologique.....	p57
Tableau 12 : Répartition selon les groupes de pathologies.....	p58
Tableau 13 : Répartition des groupes de pathologies par secteur public/privé.....	p59
Tableau 14 : Groupes de pathologies par région, Constantine/Annaba.....	p61
Tableau 15: Répartition selon le type d'infection cutanée.....	p63
Tableau 16 : Répartition selon le type de dermatose topographique.....	p73
Tableau 17 : Répartition selon le type de dermatose par Agent Physique.....	p73
Tableau 18 : Répartition des motifs de consultation en fonction du sexe.....	p75
Tableau 19 : Répartition des groupes de pathologies dans les classes d'âge.....	p77
Tableau 20 : Présence ou pas d'un médecin de famille.....	p80
Tableau 21 : Présence d'un médecin de famille par secteur de consultation public/privé.....	p81
Tableau 22 : Répartition des patients selon la première consultation et les consultations antérieures.....	p82

Tableau 23 : Répartition des patients selon la première consultation et les consultations antérieures par secteur public/privé.....	p83
Tableau 24 : Répartition selon le choix du secteur de consultation public/privé par le patient.....	p84
Tableau 25: Répartition selon le choix du patient par secteur public/privé.....	p85
Tableau 26 : Répartition selon l'affiliation à une assurance maladie.....	p86
Tableau 27: Répartition selon le type d'affiliation à une assurance maladie par secteur (public/privé).....	p87
Tableau 28 : Comparaison des principaux groupes de pathologies selon les études.....	p96
Tableau 29 : Comparaison des taux des principales infections mycosiques selon les études.....	p98
Tableau 30 : Comparaison des taux des verrues selon les études.....	p101
Tableau 31 : Comparaison des taux de la gale selon les études.....	p102
Tableau 32 : Comparaison des taux du psoriasis selon les études.....	p105
Tableau 33 : Comparaison des taux d'acné selon les études.....	p108
Tableau 34 : Comparaison des taux des nævi selon les études.....	p112

Liste des figures :

Graphe1 : Répartition du sexe selon les classes d'âge.p51

Graphe 2 : Répartition des catégories socioprofessionnelles entre le secteur public/privé.....p55

Graphe 3: Répartition en fonction du type d'ATCD pathologique.....p57

Graphe 4: Répartition des groupes de pathologies par secteur public/privé.....p62

Graphe 5: Répartition des groupes de pathologies par région, Constantine/Annaba.....p62

Graphe 6: Répartition selon le type d'infection cutanée.....p63

Graphe7: Répartition selon le type d'infection mycosique.....p64

Graphe8 : Répartition selon le type d'infection virale.....p65

Graphe9 : Répartition selon le type d'infection bactérienne.....p66

Graphe10 : Répartition selon le type d'infection parasitaire.....p67

Graphe 11 : Répartition selon le type de dermatose inflammatoire.....p68

Graphe 12 : Répartition selon le type de pathologies des annexes.....p69

Graphe 13 : Répartition selon le type de tumeur cutanée.....p70

Graphe 14: Répartition selon le type de maladie de système dans le groupe Immuno-dermatologie et Médecine Interne.....p71

Graphe 15: Répartition selon le type de trouble pigmentaire.....p72

Graphe 16: Répartition selon le type de dermatose par Agent Physique.....p74

Graphe 17 : Répartition des motifs de consultation en fonction du sexe.....p75

Graphe 18 : Répartition des groupes de pathologie dans les classes d'âge.....p78

Graphe19 : Evolution de la répartition des groupes de pathologies dans les classes d'âge.....p79

Graphe 20 : Présence d'un médecin de famille par secteur de consultation public/privé.....p81

Graphe 21 : Répartition de la première consultation et des consultations antérieures par secteur public/privép82

Graphe22 : Répartition de la première consultation et des consultations
antérieures par secteur public/privé. p84

Graphe 23 : Répartition selon le choix du patient par secteur
public/privé.....p86

Graphe 24: Répartition selon le type d'affiliation à une assurance
maladie par secteur (public/privé).....p88

INTRODUCTION
PROBLEMATIQUE

I. INTRODUCTION :

L'OMS définit la santé dans sa constitution de 1946, comme "un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas uniquement en une absence de la maladie ou d'infirmité" (1).

Dans chaque pays, la santé occupe une place importante dans sa politique socio-économique. Elle constitue un enjeu déterminant dans le développement humain et par voie de conséquence sur celui du pays. Pour atteindre cet objectif, l'état traduit sa politique sanitaire, selon ses ressources, par un système de santé.

Dans l'ancienne loi sanitaire Algérienne, le système de santé était défini comme étant "l'ensemble des activités et des ressources humaines, matérielles et financières, destinées à assurer la protection, la promotion, l'amélioration, l'évaluation, la surveillance ainsi que le maintien ou le rétablissement de la santé de la population" (2).

Dans d'autres pays comme la France, le système de santé est défini par "l'ensemble des moyens et activités dont la fonction est la production de santé dans le sens promouvoir, prévenir l'apparition des facteurs de risque ou de maladies, guérir, réduire les conséquences des maladies sur le plan professionnel et social" (secteur curatif, préventif et médico-social) (3).

Ainsi, les trois grands axes ou actions que doit cibler tout système de santé sont :

- **Une action préventive :**

Prévenir la survenue des maladies ou diminuer leurs complications.

- **Une action curative :**

Assurer les moyens pour lutter contre les maladies.

- **Une action sociale :**

Assurer pour tout individu, les ressources pour qu'il puisse améliorer dans la dignité sa santé et sa qualité de vie.

Ces actions ne peuvent être efficaces et avoir l'impact socio-économique escompté que si elles sont associées à une bonne orientation des ressources humaines et financières, selon des objectifs sanitaires prédéfinis (4).

Le nouveau projet de loi sanitaire adopté est venu pour renforcer cette vision en définissant désormais le système de santé par "l'ensemble des objectifs arrêtés, des ressources mobilisées, ainsi que l'organisation des institutions et organismes publics et privés qui assurent la protection et la promotion de la santé" (5).

Concernant les ressources financières, le total des dépenses de santé d'un pays, représente la somme des dépenses engagées dans les secteurs publics et privés. Il englobe la prestation de services de santé (préventifs et curatifs), les activités de planification familiale, les activités ayant trait à la nutrition et à l'aide d'urgence réservée à la santé (6). Ces dépenses varient au fil du temps et dépendent de nombreux facteurs démographiques, sociaux et économiques, mais aussi des structures de financement et d'organisation du système de santé (7).

En 2019, avant l'onde de choc causée par la COVID 19, les dépenses de santé en Algérie étaient estimées à 6,2% du produit intérieur brut (PIB) soit 248US\$ par habitant et par année (8). Si ce taux paraît acceptable comparativement à ceux de nos voisins Maghrébins, dont les dépenses sont estimées à 7 % du PIB en Tunisie, 5.3 % au Maroc, 3.3 % en Mauritanie pour la même année et 4.3% en Libye (2013) , il reste très loin des pays développés en l'occurrence les Etats Unies d'Amérique (USA) avec 16.8 % de son PIB, l'Allemagne avec 11.7 % et la France avec 11.1 % (7).

Les ressources financières à elles seules, ne peuvent pas résoudre tous les problèmes de la santé. Elles doivent être orientées par une politique sanitaire, basée sur des indicateurs épidémiologiques fiables, qui permettent d'identifier les problèmes de santé au sein de la population, en fonction des pathologies les plus fréquentes, de les quantifier, de détecter les déficiences et les inégalités territoriales de l'offre et de la demande de soins (9).

Il est donc nécessaire pour l'état de disposer d'un système d'information fiable et pertinent, qui serait en mesure de le tenir informé de façon continue sur la situation sanitaire des citoyens. Ceci va lui permettre de :

- ⊖ Faire des choix stratégiques et de décider avec sérénité et clairvoyance, de l'affectation des ressources humaines et financières adéquates.
- ⊖ Investir des programmes d'action de santé publique dont l'impact sera par la suite évalué sur la population.

II. PROBLEMATIQUE :

Les maladies de la peau sont universelles et courantes affectant des millions de personnes dans le monde entier (10). Plus de 3 000 affections dermatologiques ont été recensées dans la littérature (10,11). Elles figuraient parmi les principales causes de morbidité mondiale dans le rapport Global Burden of Disease 2013 (12).

Les pathologies cutanées étaient au 18^e rang dans le classement des maladies responsables de DALYs (Disability Adjusted Life Years) et la quatrième cause d'invalidité dans le monde. L'acronyme DALYs, signifie l'espérance de vie corrigée de l'incapacité. C'est une unité de mesure utilisée par l'OMS (13) pour évaluer l'impact négatif sur la santé et correspond au nombre d'années « perdues » à cause de la maladie, d'un handicap ou d'une mort précoce. Ainsi, le nombre total de DALYs causées par les maladies cutanées et sous-cutanées est passé de 1.21 % en 1990 à 1.76 % en 2017 (14).

Les pathologies de la peau sont donc une cause majeure d'invalidité et peuvent de ce fait représenter un fardeau économique considérable (15-20).

Aux Etats Unies d'Amérique (USA), on estimait qu'une personne sur quatre, tous âges confondus (85 millions d'individus), a été traitée pour au moins une maladie dermatologique, ce qui a entraîné des coûts de santé directs de 75 milliards de dollars (USD) et des coûts indirects de 11 milliards (21,22). Ces dépenses étaient comparables ou supérieures à celles d'autres maladies qui posaient d'importants problèmes de santé publique, telles que les maladies cardiovasculaires et le diabète dans ce pays (21).

En Europe, d'après une enquête sur la charge de morbidité des maladies de la peau (23), près d'un Européen sur deux (47.9%) âgé de plus de 18 ans déclarait au moins une maladie dermatologique au cours des 12 derniers mois précédant l'étude. Rapporté à la population européenne, cela signifiait qu'environ 185 millions de personnes étaient touchées selon la même source.

Les maladies dermatologiques pèsent lourdement sur l'état de santé et la qualité de vie des patients. Une étude évaluant l'importance des problèmes de peau en France a conclu que 16 millions de Français étaient atteints de maladies cutanées dont 54% souffraient d'anxiété et de dépression tandis que 45.2% étaient gênées par leur dermatose dans leur vie personnelle et 39.2% étaient gênées par leur dermatose dans leur vie professionnelle (24).

Il existe une relation entre le statut socio-économique et la charge géographique des morbidités cutanées courantes (25).

Dans une étude évaluant l'impact du statut socio-économique sur la prévalence des maladies cutanées en Asie, les pays asiatiques à revenu élevé, présentaient une fréquence élevée de dermatoses inflammatoires (acné, pelade, DA, dermatite de contact, psoriasis) alors que les dermatoses infectieuses étaient plus importantes dans les pays à faible revenu (26). En effet, le fardeau socio-économique dépend en partie des modèles de prestation de soins de santé, de la disponibilité des thérapies pour les maladies de la peau et du coût des médicaments (27).

Les résultats de ces études mettent donc en évidence l'impact des maladies de la peau sur les patients et sur le système de santé et ne peuvent être ignorés. Comprendre la configuration des maladies prévalentes de la peau est une étape précieuse dans l'élaboration d'interventions mesurables, influentes et durables pour réduire la morbidité aussi bien dans les pays riches en ressources que dans les pays pauvres en ressources (15,28).

Le poids des maladies cutanées varie d'un pays à l'autre. A notre connaissance, mis à part les deux études PsoMag (29) et EPIMAG (30) réalisées en 2010 par le Board Maghrébin sur la prévalence du psoriasis au Maghreb (Algérie, Tunisie et Maroc), on dispose de peu de données en Afrique du Nord et en Algérie plus particulièrement sur la prévalence des dermatoses dans la population générale et leur impact sur la santé publique.

En réponse à des changements relatifs à l'évolution démographique de la population, aux traitements innovants de plus en plus chers et pas toujours accessibles, aux facteurs environnementaux dans lesquels on évolue, notre système de santé a besoin de disposer d'informations actualisées sur les maladies afin de fournir une évaluation complète de leur prévalence, leur mortalité et des coûts économiques induits directs et indirects .

A partir de là, on s'est intéressé à identifier les maladies cutanées les plus fréquentes dans notre région à travers l'étude des motifs de consultation dans les deux secteurs public et privé de deux villes de l'Est Algérien.

1- Notre objectif principal était de :

- ☛ Décrire la typologie des pathologies cutanées prises en charge en consultation externe dans les deux secteurs public et privé.

2- Les objectifs secondaires étaient de :

- ☛ Comparer cette demande entre les deux secteurs.
- ☛ Définir le rôle du dermatologue dans la prise en charge des pathologies cutanées.

Evaluer les motifs de consultation peut constituer, une base de données précieuse pour identifier les besoins en ressources humaines et financières et investir, par des études épidémiologiques ultérieures, les variations régionales (des affections les plus fréquentes), ou la prévalence des maladies. En effet, des facteurs culturels, environnementaux, génétiques peuvent influencer l'épidémiologie des dermatoses et l'identification des affections les plus fréquentes, dans un territoire géographique bien particulier, peut orienter vers des actions de santé publique.

III. BIBLIOGRAPHIE :

A/ INTRODUCTION :

Réfléchir sur les motifs de consultation en dermatologie dans le contexte actuel de la croissance démographique, de l'augmentation de maladies dites chroniques, du besoin de disposer de données sur les maladies prévalentes, va sûrement améliorer nos prestations de soins, nous guider vers une meilleure orientation des ressources financières et humaines et enfin orienter les recherches et les études épidémiologiques permettant ainsi des actions de santé publique ciblées.

L'Algérie est confrontée à de nombreux défis sanitaires depuis son indépendance jusqu'à nos jours. Pour répondre à ces défis, l'état a déboursé une enveloppe financière conséquente pour l'équipement des hôpitaux, la formation médicale continue et a ouvert le champ aux privés dans un souci d'améliorer la carte sanitaire du pays (31). Malgré les efforts fournis et les grands chantiers de réformes qu'a connu le secteur de la santé, ce dernier n'arrive toujours pas à satisfaire ni les citoyens, ni les professionnels de santé ni les responsables de ce secteur.

Ce tour d'horizon sur l'évolution du système de santé Algérien n'a pas pour objectif de porter un œil critique ou d'apporter des solutions, mais pour comprendre l'utilité de l'étude à la lumière des nouveaux besoins en santé.

B/ EVOLUTION DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN :

Le système de santé de notre pays est passé par plusieurs périodes depuis l'indépendance jusqu'à nos jours. Schématiquement, les périodes phares qui ont marqués son évolution étaient les suivantes (4) :

1/ DURANT LA COLONISATION :

Les Algériens autochtones étaient soumis à une loi particulière régie par les militaires Français dite de "l'indigénat" (32). Par cette loi, ils étaient confinés dans des zones reculées, privés de leurs droits. Leur liberté de déplacement était restreinte, et la moindre effraction, les exposait à des peines particulièrement lourdes pouvant aller jusqu'à l'internement, l'emprisonnement, des amendes, la séquestration de leurs terres...etc.

BIBLIOGRAPHIE

De plus, le droit aux soins était réservé aux colons Français puisque les Algériens étaient exclus du droit français (4). La pauvreté, l'exclusion et l'isolement dans des zones rurales dépourvues de toute couverture sanitaire, ont fait que les problèmes de santé des Algériens étaient essentiellement en rapport avec la malnutrition, et les maladies infectieuses transmissibles. La peste, le choléra, la variole et le typhus figuraient parmi les épidémies les plus courantes qui ont frappé l'Algérie pendant la période coloniale et avant coloniale (33).

2/ APRES L'INDEPENDANCE :

La situation n'a pas beaucoup changé. Le départ des colons des grandes villes a été accompagné d'un afflux massif vers ces villes de la population, victime d'un isolement prolongé dans des campagnes ravagées par la guerre de libération (34). Durant cette période, l'Etat devait faire face à deux problèmes majeurs :

- L'absence de professionnels de santé qualifiés. En effet, le départ massif de ces derniers, en majorité des Français (35, 36) a laissé un grand vide dans les hôpitaux et les structures de soins de proximité, rendant ainsi insuffisant voire impossible de prendre en charge et en urgence les problèmes sanitaires posés par la population. En septembre 1962, il ne restait plus en Algérie que cinq cents médecins, deux cents pharmaciens et cent chirurgiens-dentistes (37).
- L'absence de ressources financières suffisantes pour répondre aux problèmes sanitaires posés (4).

Dès lors il a fallu :

- Mettre en place un programme de lutte et de prévention des maladies infectieuses transmissibles notamment le choléra, la typhoïde, la tuberculose,...des maladies liées à la malnutrition et de la mortalité materno-infantile, des campagnes de vaccination organisées avec l'aide de l'institut Pasteur, de l'OMS et de l'UNICEF en particulier (38).
- Faire appel à des professionnels de santé (mille médecins venus de l'extérieur, dont trois cent cinquante Français) dans le cadre d'une coopération étrangère, pour répondre aux besoins les plus urgents de la population et initier la formation locale de cadres de la santé tant des médecins eux-mêmes que des

BIBLIOGRAPHIE

auxiliaires médicaux de tous ordres. L'Institut national de la santé publique a joué sur ce point un rôle important (38).

3/ LA PERIODE ENTRE 1973 à 1986 :

A été marquée par :

- L'instauration de la médecine gratuite en janvier 1974 (39), pour tous les Algériens quel que soit leurs niveaux socio-économiques.
- La mise en œuvre d'une politique de réforme de l'enseignement supérieur (40), pour :
 - Améliorer la qualité de l'enseignement en médecine, en pharmacie et en chirurgie dentaire.
 - Combler le déficit causé par le départ massif des colons et réduire le recours à la coopération étrangère.

4/ LA PERIODE ENTRE 1987 à 2003 :

La politique de la médecine gratuite dans les établissements publics a beaucoup pesé sur le budget de l'Etat. Cet état de fait était aggravé par, l'explosion démographique, le retard pris dans le développement d'autres secteurs sociaux, mais surtout à cause de la crise du pétrole qu'a connu l'Algérie durant cette période (41).

Ne pouvant plus répondre à une demande croissante de soins, accentuée par une pénurie en produits pharmaceutiques et en consommables, et face à l'insatisfaction des citoyens et des professionnels de santé, la seule alternative alors était de, s'ouvrir sur le secteur privé et de l'impliquer dans la prise en charge médicale des citoyens (42).

Cette mesure n'a, malheureusement pas été suivie d'une réglementation adéquate. En conséquence, la contribution de la sécurité sociale au remboursement des frais de soins pour les assurés dans le secteur privé était très minime voire dérisoire. De ce fait, les frais de soins dans le secteur privé étaient à la charge des ménages. Dans les pays Européens, pour exemple, en France, les patients n'ont à leur charge que (7 %) des dépenses totales de santé, (5 %) aux Pays-Bas, et (10 %) au Royaume-Unis (43).

5/ LA PERIODE ENTRE 2004 à 2014 :

Encore une fois, l'embellie financière qu'a connu le pays grâce à la hausse des revenus pétroliers a rafraîchi le secteur de la santé qui a vu son budget de fonctionnement et d'équipement augmenter (44).

En conséquence, les réformes entamées étaient les suivantes :

- Révision des statuts particuliers de tous les professionnels de santé, mais également de ceux des autres travailleurs relevant de la fonction publique.
- Equipement des hôpitaux essentiellement en imagerie médicale.
- Faciliter, améliorer et humaniser l'accès aux soins des malades dans les structures de santé publique.

6/ LA PERIODE ENTRE 2014 à 2023 :

En dépit des grands chantiers de réformes, notre système de santé est resté en deçà des espérances des citoyens et des professionnels de santé car il manquait d'efficience (45). Dans le domaine des soins de santé, on entend par « efficience » le rapport entre ce que l'on a investi dans le système et les résultats obtenus, qui peuvent prendre la forme d'un gain d'années de vie, d'un gain de qualité de vie, d'une expérience positive pour le patient, d'une baisse de l'absentéisme, d'une réduction des inégalités en matière de santé, etc. (46)

Elle est en fait la résultante de trois facteurs :

- L'efficacité clinique (l'obtention d'un bon résultat).
- La qualité de la prise en charge (satisfaction des malades).
- La performance médico-économique.

Un nouveau projet de loi sanitaire est désormais finalisé. Ce dernier devrait tenir compte des lacunes de l'ancienne loi. En effet, l'un des points essentiels soulevés par les experts dans les anciens projets était : "le manque d'un système d'information cohérent et fiable qui soit une véritable aide à la décision" sur lequel sera érigée une politique sanitaire, qui reconnaîtra les moyens nécessaires et déterminera le niveau d'investissement selon ses ressources, pour répondre aux besoins de santé de la population (45,47).

C/ ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE DANS LES AUTRES PAYS DU MAGHREB (MAROC ET TUNISIE) :

En plus de leur proximité géographique, le Maroc et la Tunisie, partagent avec l'Algérie la même langue et la même religion. D'autre part, ces pays ont connu la même période coloniale par l'empire Français et ont hérité sur le plan sanitaire tous les problèmes qu'a connu l'Algérie.

Après leurs indépendances et malgré les efforts déployés, ces pays restaient confrontés aux défis liés à une forte croissance démographique, à la détérioration de l'environnement, à l'inégalité de l'offre de soins et à l'émergence de maladies dites chroniques : diabète, HTA et les complications qu'elles engendrent, cancers, insuffisance rénale,(4).

Les experts s'accordent à dire que malgré la particularité et la spécificité de chaque pays, les systèmes de santé adoptés par chacun d'entre eux, restent fortement axés sur une politique de "distribution des soins" (4) et non sur une politique de "recherche orientée sur la santé publique" (4), de formation continue des professionnels de santé, et prenant en compte les déterminants de la santé à savoir : l'éducation, la nutrition, l'habitat et l'environnement.

D/ LA CONSULTATION MEDICALE :

1- Introduction- Définition :

Les structures de soins publiques ou privées fournissent de nombreuses prestations au citoyen parmi lesquelles, la consultation. En Algérie, la demande de consultation dans les différentes disciplines en général et en dermatologie en particulier est mal évaluée et peu valorisée. Elle est pourtant importante en terme de services rendus aux patients et mobilise des moyens humains et matériels importants à savoir, un local propre et aéré qui respecte l'intimité du malade, un équipement par un matériel selon le type de pathologie présenté, un matériel d'hygiène et de protection, un personnel paramédical et un staff administratif...etc.

BIBLIOGRAPHIE

Par définition, une consultation médicale est un examen d'un patient réalisée dans le cabinet d'un médecin généraliste ou spécialiste, qui peut conduire à des actes techniques, d'investigation, d'éducation ou de prévention (48).

Cette demande de consultation peut se traduire soit par (49) :

- La délivrance d'un traitement lorsque le diagnostic a été posé, et éventuellement en cas de maladie chronique, à préparer une relation médecin-malade à long terme.
- Des investigations si le diagnostic est douteux.

2- Intérêt de l'activité de consultation :

Il en ressort d'après la définition de la consultation, un intérêt incontestable.

En effet, elle permet :

- Un accès direct aux soins.
- Etablir une relation malade-professionnel de santé (médecin spécialiste, généraliste, paramédical) qui permettra par la suite, de délivrer des messages d'éducation au patient, vis-à-vis de sa maladie et d'éviter ainsi certains comportements à risque, dans le cadre de la santé publique.
- Mettre en évidence la perception que les malades ont de leurs affections.
- Faciliter l'accès à des soins spécialisés et plus orientés.
- Orienter les actes médicaux et les investigations afin d'éviter les gestes inutiles, l'iatrogénie et le gaspillage.
- Mobiliser des moyens humains et matériels importants : actes techniques et investigations (biologiques et imageries) dont les retombées socio-économiques sont importants.
- Recueillir des informations et constitue de ce fait, une source d'information sur les maladies les plus fréquentes pouvant ultérieurement inciter à effectuer des études épidémiologiques de prévalence dans la population.

E/ LES MOTIFS DE CONSULTATION A LA LUMIERE DES ETUDES REALISEES :

De nombreux travaux ont été réalisés traitant des différents aspects de la spécialité.

Le but de ses études était de :

- Décrire de quoi les dermatologues sont sollicités.
- Evaluer les pratiques des dermatologues.
- Identifier et quantifier les problèmes à résoudre de la peau.
- Evaluer l'impact des problèmes de peau sur la santé publique.
- Inciter à des études de prévalence des dermatoses.

Cela avait comme impact final, d'établir des plans d'action de santé publique et d'affecter les ressources nécessaires.

1/- De quoi les dermatologues sont sollicités :

a)- En situation d'urgence :

L'urgence vraie, pouvant engager le pronostic vital est rare en dermatologie. Le concept lui-même d'urgence dermatologique a été à mainte fois revu et ne fait pas l'objet de consensus.

D'une façon plus générale, l'urgence peut être définie par des dermatoses pouvant entraîner des complications vitales mais aussi celles qui par leurs symptômes invalidants ou l'angoisse qu'elles génèrent peuvent retentir sur la vie sociale ou professionnelle des patients (50).

Face à une demande croissante des malades souhaitant être vus par un dermatologue dans les quarante-huit heures et leur insatisfaction des rendez-vous donnés de plus en plus éloignés, et en raison de l'impossibilité de répondre à la totalité de cette demande, trois études ont été réalisées en France (50-52).

Les auteurs de ces études ont fixé comme objectifs :

- Vérifier l'urgence réelle.
- Quantifier cette demande.
- Préciser les motifs d'appel et définir des critères sélectifs associés à l'urgence vraie afin de les détacher de la demande dite programmée ou de confort.

Les auteurs ont conclu que :

- La demande était importante aussi bien en exercice libéral qu'en hospitalier.
- Cette demande n'était pas toujours justifiée dans les délais souhaités par les malades, c'est-à-dire dans les 48 heures.
- Aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, l'urgence vraie nécessitant des soins immédiats sous peine de graves conséquences pour la santé voire sur la vie était rare (50).
- La définition de critères d'urgence vraie ou relative n'était pas facile, et leur utilisation n'était pas simple (50).
- Il était difficile d'établir ou de définir une liste exhaustive de pathologies correspondant aux urgences dermatologiques (52).
- Le grand problème dans la demande urgente est due au fait qu'elle est motivée dans la plus part des cas, par des signes ou de syndromes inquiétants pour le médecin adressant (dans la majorité des cas un généraliste) ou le malade demandeur de la consultation.

En effet, certains signes cutanés peu inquiétants ou discrets peuvent être un marqueur ou un signe d'alarme d'une maladie grave nécessitant une prise en charge urgente. Pour exemple, un érythème périnéal aussi banal soit-il, peut orienter chez l'enfant vers une maladie de Kawasaki (53,54). D'autre part, une éruption spectaculaire d'origine virale le plus souvent et spontanément régressive, ne demande qu'à réassurer le patient et dédramatiser la situation.

En dépit de la difficulté à établir des critères d'urgence, certains auteurs ont proposé de mettre à la disposition du médecin adressant qui est le plus souvent un généraliste, un outil type « questionnaire préétabli » portant sur : la date de début des signes, leur étendu, le retentissement de la maladie sur la vie socioprofessionnelle au quotidien (absentéisme au travail, gêne de l'activité,...) et la présence de signes fonctionnels (douleur, prurit, insomnie,...) (51).

Ces critères, peu dermatologiques mais plus généraux (51), pourraient être un outil pour cerner les urgences vraies de celles relevant d'une consultation de confort.

Le rôle du dermatologue est primordial. C'est lui qui doit établir un lien entre les symptômes cutanés, cause de la détresse vitale ou fonctionnelle et le pronostic de l'affection sous-jacente. Ce qui permettra, une prise en charge rapide du patient et éviter par conséquent, les retards de diagnostics, les explorations inutiles, l'encombrement des lits d'hospitalisation et faire de l'économie.

b)- En consultation post urgence :

Certaines dermatoses vues dans le cadre de l'urgence, peuvent nécessiter un suivi à court terme soit pour réévaluation clinique ou thérapeutique en cas de doute diagnostic, soit pour un suivi évolutif.

La création d'une consultation post urgence dans un service de dermatologie en France, a permis de (55) :

- Réduire le taux d'un second passage aux urgences et donc de désengorger le service d'urgence.
- Mieux cerner les pathologies qui nécessitaient des consultations ultérieures (maladies inflammatoires et infectieuses), afin de mieux les prendre en charge.
- Mise en place d'un suivi adapté ultérieur.

2/- Identifier les problèmes posés et évaluer les pratiques professionnelles :

L'évaluation des pratiques professionnelles dans une discipline donnée est possible en répondant à des questions comme (56) :

- Par quoi on est sollicité ?
- Quelle est la typologie des pathologies auxquelles on est confronté ?
- Somme-nous en mesure de résoudre les problèmes posés ?
- Quel est le poids socio-économique des problèmes posés ?

Et permet par conséquence de :

- Aboutir à des actions de formation initiale et de FMC (56).
- S'adapter à des recommandations pour la pratique clinique et de mieux répondre à la prise en charge des patients en adéquation avec les progrès de la science et des avancées thérapeutiques (56) .

a)- Lorsque les motifs de consultation incitent à des actions de formation médicale continue :

Une étude réalisée en consultation de dermatologie générale, au sein d'un service hospitalier Tunisien, s'est intéressée à la demande de consultation chez les enfants d'âge préscolaire (c'est-à-dire de moins de 6ans), sur une période de 5ans (57).

Les auteurs ont constaté à travers cette étude que, la majorité des enfants consultant provenaient des zones rurales. La pathologie infectieuse était prédominante avec en premier lieu les viroses, les infections bactériennes et enfin les infections mycosiques (57). Ces résultats ont été imputés à la précarité du niveau socio-économique des enfants vivants en zones rurales.

Concernant les autres motifs de consultation tels que, les eczémas et en particulier l'eczéma atopique habituellement fréquent à cet âge, il était retrouvé chez 7,5% des consultants (57), un taux moins fréquent comparativement aux pays développés de l'Europe du Nord, où la fréquence de l'affection est estimée à 25% (57) et où le haut niveau de vie et l'industrialisation sont corrélés à une incidence plus élevée de la maladie.

Dans un autre volet, comme il s'agissait d'une consultation de deuxième et de troisième ligne, les auteurs ont noté que, les diagnostics retenus par le médecin adressant, vu en première ligne, qui était soit un généraliste soit un pédiatre, n'étaient pas concordants avec celui du dermatologue dans 69,4% des cas (57) soit dans plus de la moitié des cas.

Ce constat a incité les auteurs à réfléchir pour organiser des formations médicales continues en dermatologie pédiatrique destinées aux médecins généralistes, afin de permettre ultérieurement, une prise en charge adéquate des enfants et d'éviter par conséquent, des retards de diagnostic, des prescriptions erronées et donc des dépenses inutiles.

b)- Evaluer nos pratiques et identifier les problèmes posés en consultation liaison :

Au-delà de la consultation classique, le dermatologue peut être amené à donner des avis spécialisés pour des malades pris en charge par d'autres services, dans le cadre de la consultation liaison.

Cette activité hospitalière comporte, en plus des actes directement axés sur le malade à savoir : poser un diagnostic, orienter vers des explorations, proposer un traitement,... d'autres actes, cette fois ci, axés sur le personnel soignant visant à améliorer la qualité de prise en charge des patients présentant des problèmes de peau (58).

Lors d'une étude prospective, réalisée dans trois centres hospitalo-universitaires de France, évaluant l'activité de consultation liaison et recherchant les concordances entre les motifs d'appel des autres services et les diagnostics retenus par le dermatologue (58), il a été relevé que :

- Les motifs d'appel des autres services étaient dans la majorité des cas peu informatifs, faits plutôt de symptômes, pour lesquels aucun diagnostic n'a été évoqué.
- Le dermatologue assurait un rôle d'expert avec un apport diagnostique (c'est-à-dire retenir ou infirmer le diagnostic proposé par le service demandeur) dans plus de 50% des cas (58). En comparaison avec une étude américaine similaire, les taux de concordance des diagnostics étaient compris entre 48% et 78% des cas (59).
- Les motifs d'appel de ce type de consultation, différaient de ceux des patients vus en consultation externe aussi bien dans le secteur public que privé.

En effet, si la typologie des dermatoses dans ces derniers cas était dominée par les acnés, les eczémas, les verrues et la cancérologie cutanée (17,60), la demande émanant des autres services et réalisée au lit du malade, était plus centrée sur la gestion des plaies chroniques, des troubles trophiques, des toxidermies, des problèmes liés à la macération et à l'alitement (58).

BIBLIOGRAPHIE

- Dans la majorité des cas, il n'y avait pas de relation entre le problème de peau motivant la demande de consultation, les antécédents du patient et le motif initial d'hospitalisation dans le service demandeur de l'avis.

En conclusion, pour ces auteurs, la consultation liaison jouait un rôle important dans la pratique quotidienne (58). En effet, elle facilite l'accès aux soins dermatologiques à des personnes dans des situations précaires, permettant ainsi de raccourcir les délais habituels de consultation.

D'autre part, cette étude pourrait inciter à réfléchir sur une stratégie de formation du personnel soignant des autres disciplines, afin de réduire le recours parfois abusif, d'un avis spécialisé fait au lit du malade (58).

c)- Typologie des maladies dans un centre pénitentiaire femmes :

La prise en charge des détenus dans plusieurs pays est la responsabilité du service public (61,62). L'étude des motifs de consultation dans un centre carcéral de France sur une période de 6 ans a montré que la pathologie dermatologique était fréquente (63) justifiant la mise en place d'une consultation spécialisée.

Dans cette étude il en ressortait que, contrairement aux idées reçues, les motifs émanant de cette population étaient pour la plupart des cas bénins : acnés, verrues,...et que par ailleurs, les maladies infectieuses (bactériennes et mycosiques) supposées être influencées par la vie en collectivité et les conditions d'hygiène, ne paraissaient pas plus fréquentes que les autres motifs (63).

Ce constat était similaire à d'autres études réalisées dans des établissements pénitentiaires pour hommes en France (64,65) et aux USA (66).

d)- Le rôle d'un service de dermatologie dans la gestion des pathologies cutanées :

d1)- Le rôle dans la prise en charge des tumeurs cutanées :

L'analyse plus spécifique de l'activité d'un service hospitalo-universitaire d'onco-dermatologie en France, a montré que les dermatologues du secteur public étaient sollicités pour la prise en charge des mélanomes, des lymphomes et des sarcomes (67) qui nécessitaient souvent un traitement lourd et un suivi spécifique, contrairement à leurs collègues libéraux qui voyaient beaucoup plus les nævus, les lésions précancéreuses et les carcinomes (60,67).

BIBLIOGRAPHIE

Le poids de ces tumeurs sur la santé publique était important vu que leur incidence est en augmentation surtout avec une espérance de vie prolongée, le vieillissement de la population et l'apparition d'autres facteurs de risques (25).

Les auteurs ont conclu de la nécessité de développer des services spécialisés en oncologie dermatologique en leur affectant les moyens et le personnel formé adéquats (67). Il faudrait également penser à développer la chirurgie dermatologique, capable de prendre en charge les tumeurs cutanées selon les recommandations de bonne pratique propre à cette discipline, sans être obligé de recourir à des chirurgiens d'autres spécialités qui pourraient ne pas respecter les marges d'exérèse, ou ne pas prendre le bon fragment (67).

Enfin, les auteurs signalaient l'intérêt de lancer des campagnes de sensibilisation à l'égard de ces pathologies tumorales, en particuliers les mélanomes, en motivant les gens à consulter devant toute lésion suspecte, afin de réduire le taux des formes avancées, lourdes en terme de morbidité et de coût aussi bien sur la santé publique que sur l'économie (67).

d2) - Faut-il garder un service de dermatologie :

Aux USA, le nombre de services de dermatologie a connu un net recul (68). Dans beaucoup d'établissements hospitaliers, la gestion des problèmes de peau et notamment l'hospitalisation des patients atteints de dermatoses chroniques, était dédiée à des services de médecine générale et de médecine interne (68).

Le dermatologue n'intervenait que dans la consultation ou pour donner un avis sur le traitement. Les raisons de ce recul étaient nombreuses.

Ont été évoquées entre autres :

- Les progrès thérapeutiques dans le domaine de la dermatologie et en particulier, après l'avènement des biothérapies qui ne nécessitaient pas une hospitalisation prolongée des patients mais un traitement et un suivi en hôpital de jour.

BIBLIOGRAPHIE

- Le changement du mode de remboursement de l'assurance maladie depuis l'introduction en 1983 aux USA du système d'assurance-santé Medicare Diagnosis-Related Group (DRG) (20) dont l'équivalent en France est (GHM) pour groupes homogènes de malades. Dans le système DRG, l'assureur paie l'hôpital prestataire pour un service fourni ou un diagnostic plutôt que pour la durée du séjour à l'hôpital (69). Ce système avait permis de réduire considérablement le nombre de jours d'hospitalisation et d'augmenter de façon remarquable le nombre d'interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire (69).
- La situation socio-économique du pays, vu que la dermatologie était peu rentable pour les structures hospitalières aux yeux des gestionnaires (68).

Face à cette déplétion alarmante de services spécialisés dans la prise en charge des maladies de la peau, un groupe de dermatologues du département de dermatologie "Mayo clinic", ont apporté leur contribution quant à la problématique du besoin d'un service de dermatologie et de son rôle dans la prise en charge des dermatoses.

Ces derniers ont défendu leur cause, en présentant un bilan d'activité de leur clinique sur une période de dix ans (68).

Au terme du rapport établis, les auteurs ont conclu que l'activité de leur structure était importante. Elle rendait de grands services à la population et drainait des patients qui venaient des quatre coins des USA mais également d'autres pays voisins ou lointains pour traiter leurs affections dermatologiques (68).

Un service de dermatologie regroupe une équipe spécialisée dans la peau, jouant un rôle d'expert incontournable dans le diagnostic, le traitement, le suivi et les soins spécifiques aux malades atteints de pathologies cutanées.

Pourquoi un service de dermatologie et pas de médecine générale ou de médecine interne ?

Parce qu'aucun autre spécialiste, à part le dermatologue, ne pourrait prétendre résoudre tous les problèmes de la peau. Ce constat a été vérifié par cette étude et bien d'autres (58,59) notamment aux USA (70), où on a constaté que les diagnostics retenus par les médecins internistes n'étaient pertinents que dans 52% des cas comparativement à leurs confrères dermatologues, et que les traitements prescrits

BIBLIOGRAPHIE

n'étaient efficaces que dans 41% des cas (70). D'autre part, les soins infirmiers dans ces services, n'étaient pas adéquats notamment pour les malades atteints de dermatoses graves ou sévères (70).

F/ IMPACT SUR LA SANTE PUBLIQUE ET SUR L'ECONOMIE :

L'étude des motifs de consultation permet d'apprécier le poids d'une pathologie dans la population et évaluer les modalités de sa prise en charge. Ceci pourrait déboucher sur des actions ayant des répercussions sur la santé publique et sur l'économie à savoir :

- Estimer les couts induits d'une affection prévalente.
- Affecter les ressources financières et humaines adaptées.
- Rationaliser le coût et les moyens adaptés.
- Evaluer les pratiques de prise en charge ce qui aura pour conséquences, de s'adapter aux recommandations internationales et d'assurer un meilleur contrôle de l'affection.
- Etablir des programmes de formation médicale continue destinés au personnel soignant médical et paramédical afin d'éviter un surcoût lié à une prise en charge inadéquate.
- Lancer les programmes de prévention primaire et secondaire s'il ya lieu de le faire.

1/ Lorsque la couleur de la peau prend une dimension socioculturelle et devient un problème de santé publique :

L'usage des produits éclaircissants a pris de l'ampleur ces dernières années, devenant un phénomène universel (71,72).

L'engouement pour ces produits, particulièrement parmi les personnes à la peau foncée, est un véritable phénomène de société dans certains pays comme l'Afrique du Sud (71), l'Asie et le moyen orient (73,74) et d'une façon plus marquée chez les femmes que chez les hommes (75,76).

BIBLIOGRAPHIE

Les raisons de cet engouement n'ont pas été validées par des études bien menées.

En pratique clinique, les personnes qui abusent de ces produits et notamment les femmes (71), pensent que celles ou ceux avec une peau claire sont plus beaux et plus attirants (73), et ont donc, une plus grande chance de se marier, d'avoir un emploi décent et de bénéficier des privilèges sociaux comme par exemple accéder à des emplois d'habitude réservés pour les personnes à la peau claire (71).

De plus, avoir une peau blanche est l'équivalent d'appartenir à une caste plus élevée dans certaines communautés indiennes et asiatiques (73,77).

Ce complexe de couleur, a été alimenté et entretenu par les grandes firmes internationales de cosmétiques, à travers les spots publicitaires dans des médias lourds comme la télévision, et des magazines de beauté, utilisant des top-modèles ou des acteurs de cinéma de peau claire, symbole de beauté et de réussite sociale, pour la promotion de produits éclaircissants (71, 73,77). Selon les données de la littérature, 75% de la population nigérienne (78), et 52% à 67% des sénégalaises (78-80) utilisaient ces produits.

Sur le plan médical, le recours à ces produits peut être motivé par une demande thérapeutique à savoir, le mélasma, les hyperpigmentations post-inflammatoires très fréquentes chez les sujets de peau noire notamment au cours de l'acné,...(81).

En termes de santé publique, l'usage large et non contrôlé de ces produits peut exposer à des risques sanitaires à moyen et à long terme (82,83), tels que l'hypertension, le diabète, l'insuffisance surrénalienne, la néphropathie membraneuse (84,85), le syndrome néphrotique (86), l'insomnie et la perte de mémoire (87).

L'ochronose exogène est l'une des complications cutanées bien connues chez les patients de phototype foncé (88). Elle est due à l'utilisation de façon prolongée de l'hydroquinone, molécule de la famille des phénols et principal agent dépigmentant contenu dans les produits éclaircissants, à des concentrations élevées supérieures à 2%, dans le but de blanchir la peau (89). Elle se traduit par des macules pigmentées bleu ardoisées des régions malaires, temporales, mandibulaires et du cou (90).

Le traitement n'est pas aisé, faisant parfois appel à l'utilisation de faibles doses d'hydroquinone et de la photoprotection. Des traitements physiques par le laser alexandrite QS de même que la combinaison laser CO2 fractionné à la lumière pulsée ont été utilisés dans cette indication (91,92).

BIBLIOGRAPHIE

De plus, l'éclaircissement de la peau sans photoprotection adéquate dans ces pays fortement ensoleillés, en raison de la cherté et du non remboursement des produits photoprotecteurs, peut exposer à long terme, au vieillissement cutané prématuré, comme chez les peaux claires et au risque de carcinomes cutanés bien que ce dernier est peu documenté dans la littérature (93).

Autre composant pouvant être intégré dans les produits de dépigmentation, le mercure (94). L'utilisation de cet élément et de ses composés comme ingrédients dans la fabrication des savons et des produits cosmétiques est banni par l'union européenne (95,96). Le risque majeur du mercure organique est sa toxicité rénale (97,98).

Il a été noté dans une étude africaine (99) que, les femmes utilisant des crèmes éclaircissantes de la peau contenant des sels de mercure (chlorure de mercure ammoniacal) sur des périodes allant de 1mois à 3ans, avaient un fort risque de développer un syndrome néphrotique (99).

Parmi les autres effets toxiques cutanés rapportés dans la littérature, on peut citer, des éruptions cutanées, des cicatrices, une dyschromie, une diminution de la résistance aux infections bactériennes et fongiques (95,100). Les autres complications rapportées étaient d'ordre neurologique avec neuropathies périphériques et neuropsychique avec anxiété, dépression et psychoses (95,100).

Ce constat a conduit vers des actions de santé publique :

- En 1970, le gouvernement de l'Afrique du Sud, a été le premier pays à réguler la composition des produits dépigmentants en interdisant l'utilisation de mercure et ultérieurement en limitant le taux d'hydroquinone à 2% (71).
- Une deuxième action a été menée en 1980 (71), par un groupe de médecins et d'activistes (anti-apartheid) luttant contre l'utilisation de ces produits pour des raisons politiques (anti- raciale) mais également pour des raisons de santé publique. L'Afrique du Sud était devenu ainsi le seul pays à bannir des expressions comme : éclaircir, blanchir, ou décolorer dans les spots publicitaires des médias que ce soit à la télévision ou ailleurs (71).

De plus, l'identification de ces problèmes a permis de :

- Comprendre les raisons et les motivations de ce phénomène social.
- Apprécier son ampleur dans la population générale.
- Mener des campagnes de sensibilisation dans la population quant aux risques liés à l'utilisation abusive de ces produits.
- Contrôler et régulariser le marché de ces produits pour en autoriser la commercialisation que des produits conformes à la législation et aux normes internationales.

2/ Lorsque la morbidité cutanée incite à revoir le système de santé :

La pathologie dermatologique figurait parmi les cinq causes les plus fréquentes de perte de capacité de travail en Afrique Sub-saharienne (101).

Dans un pays comme le Togo, avec cinq millions d'habitants, il n'existait qu'un seul service de dermatologie avec seulement six dermatologues (102), rendant ainsi la prise en charge des problèmes de peau, difficile.

Dans une étude qui s'intéressait aux motifs d'hospitalisation dans ce service, les auteurs ont soulevé trois problèmes (102) :

- Le bas revenu mensuel des patients hospitalisés.
- L'absence d'assurance maladie publique. En effet, 97% des patients n'étaient pas assurés.
- La difficulté de l'accessibilité géographique et le manque de moyens financiers, rendant ainsi difficile l'accès aux soins pour les personnes habitant des régions éloignées.

Tous ces problèmes ont fait que pour se soigner, la population togolaise recourrait souvent soit à l'automédication, soit aux tradipraticiens, appelés aussi « tradithérapeutes » ou « guérisseurs ». Ces derniers, bien connus dans certains pays d'Afrique (tels que le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Gabon, le Ghana, le Niger, le Sénégal, le Togo, le Cameroun) revendiquaient la maîtrise de "la médecine spirituelle" et de la "médecine traditionnelle" (103).

Ils utilisaient comme remède des préparations à base de plantes et d'animaux (104) alors qu'ils ne sont pour la plupart d'entre eux que des charlatans.

Les conséquences de ces pratiques étaient, une prise en charge anarchique, une augmentation de la fréquence des affections dermatologiques et de leurs complications dans la population générale (101), puisque les patients ne recouraient au spécialiste qu'à un stade tardif de la maladie. Sur le plan économique, le retentissement était un surcoût dans la prise en charge des pathologies, un absentéisme au travail et donc une baisse du rendement (101).

3/ Lorsque les motifs de consultation nous amènent à revoir ou à réévaluer les particularités épidémiologiques de certaines dermatoses :

Si des facteurs culturels, environnementaux et génétiques peuvent influencer l'épidémiologie des dermatoses (105,106), faisant que certaines d'entre elles soient plus fréquentes dans un territoire géographique bien particulier, d'autres par ailleurs, du fait de l'absence de données suffisantes, d'études ou pour des raisons variées, ont été attribués indûment à certaines populations, races ou zones géographiques.

a- Pour des raisons raciales voire racistes :

Au début du vingtième siècle, en Amérique du Nord et en Afrique du Sud de l'année 1960, des études (107,108) menées suivant une idéologie « raciale voire raciste » ont conclu que, les noirs étaient moins sensibles que les blancs à la douleur et aux substances toxiques et donc étaient à l'abri de tout effet secondaire délétère ou toxique des produits manipulés (107,108). Ceci rendait cette catégorie de la population plus exposée voire contrainte à exercer des métiers, en majorité abandonnés par les blancs, comportant des risques pour la peau en particulier (dermite d'irritation, allergie de contact) et pour la santé de manière générale.

b- Pour des raisons sociales et géographiques :

Le concept de maladies exotiques ou tropicales a été remis en question depuis 1968 (109). Des scientifiques Africains pensaient que la littérature médicale avait surévalué cette pathologie en Afrique (110).

Les résultats d'une enquête réalisée au Kenya sur les pathologies cutanées prévalentes dans ce pays avaient consolidé ce constat en concluant, que l'essentiel des motifs de consultation dermatologiques présentés par les Kényans étaient similaires à ceux vus en Europe (110).

Autre fait marquant soulevé par les auteurs de cette étude, concernait les pyodermites cutanées (110). Ces dernières constituaient un véritable problème de santé publique dans la plus part des pays sous-développés (111), en raison du coût de leur prise en charge et des complications qu'elles engendraient essentiellement des glomérulonéphrites post streptococciques (112). Or, il se trouve que dans cette étude et en dépit des mêmes conditions socio-économiques défavorables dans ce pays, les patients Kényans étaient épargnés de ce type de pathologies.

En effet, sur les hauts plateaux du Kenya situés entre 1300 et 2000 m, les pyodermites cutanées étaient retrouvées chez moins de 2% des consultants (110) suggérant ainsi le rôle non seulement du bas niveau de vie de la population, mais également celui de facteurs géographiques (109,110).

Au terme de cette étude, il a été conclu qu'on ne pouvait prétendre à une spécificité raciale ou géographique d'une pathologie que lorsqu'elle apparaît plus fréquente avec une nette différence au fil des enquêtes à des époques et dans des lieux différents, suggérant ainsi une réelle différence de fréquence (109,110). Celle-ci reste à confirmer par des études épidémiologiques rigoureuses et peut orienter ultérieurement, vers des actions de santé publique et ouvrir la voie à des perspectives de recherches.

4/ Les motifs de consultation pour suivre l'évolution épidémiologique d'une maladie ou d'un groupe de maladies :

Les enquêtes sur les motifs de consultation peuvent de façon indirecte, suivre l'évolution épidémiologique d'une maladie ou d'un groupe de maladies et évaluer leurs impacts sur la santé publique (10,13,14,28).

Ceci étant possible, à partir du moment où l'on dispose de données anciennes sur la fréquence d'une maladie et qu'on peut les comparer à celles actuelles ou récentes.

Dans le même contexte, la comparaison de la répartition des cancers cutanés vus dans un service de dermatologie de Casablanca au Maroc, entre deux périodes (1971 - 1991) et la période entre (1992 -2011), a révélé une diminution du taux global des cancers cutanés (113). Cette dernière s'est faite essentiellement au dépend des carcinomes cutanés et à moindre degré des mélanomes. Par ailleurs, il y avait une augmentation en valeur absolue du taux des lymphomes cutanés et en particulier du mycosis fongoïde (113).

Sous réserve d'extrapoler ces résultats à l'ensemble de la population à partir d'une enquête monocentrique, cette étude a permis de mettre le point sur une probable « augmentation de l'incidence du mycosis fongoïde », rapportée également dans d'autres études (114,115).

Le constat de ces résultats peut amener à réfléchir sur les moyens adéquats à mobiliser, sachant que la prise en charge de cette affection se fait strictement en milieu hospitalier, et requière une équipe pluridisciplinaire.

D'autre part, cette action peut être complétée par la réalisation d'études épidémiologiques plus ponctuelles, afin d'évaluer la prévalence réelle de cette affection au sein de la population générale, d'identifier de nouveaux facteurs de risque et de mettre en place un programme de santé adéquat (114,115).

5/ Lorsque les motifs de consultation constituent un moyen de dépistage précoce d'une maladie :

Jusqu'en 2007, la lèpre était la seconde mycobactériose mondiale après la tuberculose (116). C'est une maladie infectieuse, dont le tropisme et le potentiel destructeur des cellules nerveuses font toute la gravité de l'affection (116).

A un stade tardif, les séquelles à type de paralysies graves sensitivomotrices et de mutilations cutanées parfois historiques (117), sont socialement dramatiques pour le patient et son entourage, sans compter leurs répercussions sur l'économie et sur la santé publique (116). Or, un diagnostic précoce suivi d'un traitement adéquat, suffisent pour entraîner une guérison totale sans séquelles de la maladie (118).

L'OMS, a fixé l'objectif d'éradiquer complètement cette affection à l'échelle mondiale (119). Le seuil d'élimination déterminé estimé à 1 cas/10 000 habitants a été atteint au niveau mondial et dans de nombreux pays (116). Par ailleurs, il reste encore des zones de forte endémicité dans 14 pays d'Asie, d'Amérique latine et d'Afrique (120).

Le Mali fait partie de ces pays où l'objectif d'éradication de la maladie n'était pas encore atteint (120). Les raisons de cet échec étaient multiples. L'absence ou la défaillance d'une stratégie de dépistage semblait être la cause majeure, puisque les professionnels de santé, recensaient encore des cas de lèpre à un stade avancé voire de mutilation. Ces cas étaient dus soit à un diagnostic tardif parce que le malade n'a pas consulté à temps, soit à une erreur dans le diagnostic initial (120).

Pour remédier à cette situation et en se basant sur le fait que la lèpre est une maladie à début cutané et que les signes révélateurs sont avant tout cutanés (116), une équipe de l'institut Marchoux à Bamako, Mali, a mené une étude pour identifier les motifs de consultation ayant une plus grande valeur prédictive positive de diagnostic de lèpre parmi les nouveaux consultants et déterminer les facteurs à l'origine du retard de diagnostic (120).

BIBLIOGRAPHIE

Ainsi le motif "suspicion de lèpre", avait une forte valeur prédictive positive de diagnostic de lèpre estimé à 80% parmi les consultants (120). En effet, plus de 50% parmi eux, avaient une bonne connaissance des symptômes de la maladie du fait de leurs contacts prolongés avec un malade lépreux dans leurs entourages (120).

Les motifs de nature neurologique, étaient au deuxième rang, avec une valeur prédictive positive de 61.9 % (120).

Les motifs dermatologiques étaient au quatrième rang avec une valeur prédictive positive de 5.6 %. Parmi ces derniers, le motif « tache » ou macule, était fortement lié à la lèpre avec une valeur prédictive positive de 19% (120).

Ainsi, d'après l'étude, les signes neurologiques à type de névrite, dysesthésie, douleur, lagophtalmie, diminution de la force musculaire et les signes dermatologiques surtout la macule ou la tache érythémateuse ou achromique avaient une bonne valeur prédictive positive de lèpre et devraient de ce fait, être intégrées dans les campagnes de dépistage et de sensibilisation de la population générale (120).

Les auteurs ont mis le point sur les facteurs à l'origine du retard de diagnostic qui pouvaient être liés au patient lui-même de part son indifférence, son bas niveau de revenu, son ignorance, et le recours aux tradipraticiens (120). Les autres facteurs étaient liés aux professionnels de santé sur le terrain, qui avaient une mauvaise connaissance des signes révélateurs de lèpre (120).

En conclusion, pour atteindre le seuil d'éradication fixé par l'OMS, l'état devait développer un plan d'action axé sur :

- La formation et la mise à niveau des professionnels de santé sur le terrain pour optimiser le dépistage de la maladie.
- Entamer des campagnes de sensibilisation et d'information de la population sur les signes cutanés ou neurologiques qui devraient alerter les citoyens et les inciter à consulter un médecin et pas un tradipraticien.
- Informer la population de l'existence d'un traitement curatif de la maladie si elle est dépistée précocement, avant d'arriver au stade de mutilation et d'handicap.

6/ L'analyse des caractéristiques des consultants pour améliorer les messages de prévention :

L'évolution et le pronostic de l'infection par le VIH ont été révolutionnés par l'avènement de la trithérapie antirétrovirale en 1996 (121). Malgré ce progrès thérapeutique, la prévention reste l'élément clé pour limiter cette épidémie mondiale (122).

En France, des Centres d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit du VIH (CIDAG) ont été créés en 1988 (123). Ils ont pour rôle de dépister l'infection, faire passer des messages d'information aux consultants afin de prévenir la contamination par la maladie et contrôler ainsi l'épidémie.

Malgré ces mesures et bien d'autres, il a été constaté ces dernières années, une recrudescence de certaines infections sexuellement transmissibles (IST), en particulier de la syphilis qu'on a cru contrôler (123,124).

Ce rebond de la maladie a été observé aux USA (125), et dans certains pays de l'Europe (126), parmi la communauté homosexuelle masculine notamment (125,126). L'origine était une perte de la vigilance ou «relapse» ou relâchement dans les pratiques protégées qui semblaient se généraliser, depuis la modification de l'image « SIDA » maladie redoutable, fatale, des années 1980 début de l'épidémie, au statut de maladie chronique, grâce aux traitements antirétroviraux (127).

Pour comprendre les déterminants socioculturels de la transmission du VIH, une étude a été réalisée dans un centre de dépistage, le CIDAG de Colmar, entre Janvier 1993 et Février 1999 (128). Les auteurs se sont aperçus que les informations recueillies dans ces centres, étaient d'ordre numérique ne renseignant que sur des données épidémiologiques : l'âge, le sexe, le nombre de consultants et les résultats du test de dépistage du VIH. Ils se sont intéressés alors à étudier les caractéristiques des consultants et leurs comportements à risque (128).

Il a été aussi constaté dans cette étude (128) :

- Un rajeunissement des consultants. L'âge moyen était de 26 ans et les moins de 20 ans constituaient 30% des consultants.
- La féminisation de cette catégorie de population avec un sexe ratio de 1,2 ♂/♀.
- L'augmentation du nombre des consultants hétérosexuels, renvoyant ainsi au deuxième rang les classiques facteurs de risque de l'infection par le VIH à savoir la toxicomanie et l'homosexualité.
- Par ailleurs, le recul de la proportion des toxicomanes parmi les consultants a alerté les auteurs sur le risque de perdre de vue ce groupe de personnes d'où l'intérêt d'améliorer la qualité de l'information et de les sensibiliser sur l'existence de ces centres de dépistage gratuits (128).
- L'utilisation des préservatifs était relativement faible chez les homosexuels et particulièrement chez les toxicomanes (128).
- L'identification parmi les consultants d'une catégorie dite de « consultants multiples » (128), plus âgés, en majorité homo/bisexual masculins, utilisant rarement des préservatifs. Ces derniers constituaient un groupe à risque qui considérait ces centres de dépistage probablement comme un lieu de réassurance, après des prises de risque répétées (128).

L'identification de ces groupes a permis de distinguer des comportements à risque et les catégories de consultants concernées par ces comportements. Le but était d'améliorer les messages d'information et de prévention en concertation avec les experts pour un meilleur contrôle de l'épidémie.

7/ Les motifs de consultation pour évaluer le coût de la prise en charge d'une pathologie :

Les verrues sont des tumeurs cutanées et muqueuses bénignes d'origine infectieuses dues à un papilloma virus humain HPV (129). Elles touchent 5 à 10% des enfants (130,131). Elles sont souvent bénignes et disparaissent spontanément sans traitement dans environ 60% des cas au bout de 2 ans (132).

Ces lésions constituent souvent une gêne sociale et de ce fait un motif fréquent de consultation parmi les enfants atteints (131).

De nombreux traitements ont été utilisés pour détruire ces lésions, mais qui sont dans la plupart des cas douloureux et irritants parfois coûteux ou même laborieux et longs dans le temps, sans compter la fréquence des récurrences ou des résultats incomplets (133).

Une étude rétrospective réalisée aux USA (131), avait comme objectif de vérifier l'efficacité réelle des différents traitements utilisés et leur rôle dans la résolution accélérée des verrues. Les auteurs ont conclu que, l'abstention thérapeutique pouvait être une bonne alternative, sachant que les deux tiers (2/3) des verrues disparaissaient avec ou sans traitement en deux ans et 80% d'entre elles, en quatre ans (131), en tenant compte évidemment du coût du traitement, de l'état immunitaire de l'enfant et de la faible morbidité liée aux verrues à court et à long terme.

8/ Les motifs de consultation pour identifier et quantifier la pertinence d'une association pathologique :

La peau est le miroir du corps. Elle peut subir des modifications physiologiques liées à l'âge, au sexe, à la carnation de l'individu ou à son environnement (134).

Ces modifications sont pour la plupart des cas connues et ne requièrent une demande de soin qu'en fonction du degré de la gêne et du malaise ressenti par le patient.

Le recours dans ce cas, au retrait de ces lésions par la chirurgie ou d'autres moyens comme la photothérapie dynamique (PTD), les lasers ou la cryothérapie répond à une nécessité médicale ou esthétique. Les exemples sont nombreux, comme l'ablation de certains nævi acquis communs du visage, les kératoses séborrhéiques du dos, les éphélides, aussi appelées «taches de rousseur», les lentigos solaires ou séniles, les syringomes sur les paupières et les cicatrices pour ne citer que ces lésions (135).

L'identification de ces modifications et l'appréciation du degré de pertinence de leurs associations à un terrain bien particulier ou à une pathologie spécifique, peut déboucher sur des travaux de recherche pour mettre en évidence les facteurs inhérents à cette association ou bien sur des actions de santé publique.

a- En situation physiologique et selon le terrain :

a1- Chez le sujet âgé :

La peau, comme tous les organes du corps, subit inévitablement le processus de vieillissement. C'est d'ailleurs le premier et le seul organe qui montre les premiers signes du vieillissement physiologique dit "chronologique" auquel s'ajoutent et s'intriquent les autres types de vieillissements, environnemental lié au tabac, à l'ozone, aux polluants atmosphériques et photo-induit lié directement au soleil (136). Ainsi, la peau sénescence s'amincit, devient plus fine, perd son élasticité et sa tonicité. La sécrétion de la sueur et du sébum diminuent entraînant une sécheresse cutanée (137). Une diminution du potentiel de cicatrisation (138), de la réponse immunitaire de même qu'une réduction du taux de la vitamine D, sont également notés chez les personnes âgées (139).

Suite à ces modifications physiologiques, existe-t-il des pathologies dermatologiques spécifiques à cette tranche d'âge ?

L'analyse de la prévalence des dermatoses chez 4099 sujets âgés de plus de 65 ans en Turquie (140), a montré que les motifs de consultation les plus fréquents étaient : les eczémas, le prurit et les infections (fongiques, bactériennes, virales). Selon le sexe, il a été noté une nette prédominance des maladies auto-immunes chez les femmes et infectieuses chez les hommes (140). Au sein de cette population, les sujets les moins âgés des deux sexes avaient présenté plus de lésions précancéreuses et de photovieillissement mais moins de carcinomes (140), comparativement à ceux dont l'âge était supérieur à 70 ans.

Il en découle de cette étude que la fréquence de certaines affections peut varier avec l'âge. En effet, la majorité des plaintes du sujet âgé paraît être liée aux modifications physiologiques de la peau et aux facteurs environnementaux. La prise en considération de ces modifications permet d'améliorer la qualité de vie de cette catégorie de la société souvent fragile et marginalisée.

Des mesures préventives peuvent être entreprises pour réduire la morbidité cutanée sur un terrain déjà multitaré. Ainsi on peut :

- Minimiser le risque infectieux par des bonnes pratiques d'hygiène.
- Lutter contre la xérose cutanée par des émollients.
- Dépister et traiter les lésions précancéreuses afin de réduire la survenue de carcinomes cutanés fréquents à cet âge de la vie.

a2-Chez la femme :

Il a été établi par plusieurs études (141-143), que certaines dermatoses survenaient chez la femme, soit de façon exclusive telle que les pathologies vulvaires, mammaires ou certains types d'alopecies, soit avec des proportions significativement plus élevées que chez l'homme, probablement en rapport avec le climat hormonal de la femme, variant en fonction des différentes étapes de sa vie : cycle menstruel, grossesse et ménopause.

D'une façon schématique, on peut répartir les affections dermatologiques chez la femme, en fonction de leur survenue préférentielle à des périodes précises de sa vie, comme suit (145) :

- ❖ Dès la naissance : la fréquence des hémangiomes infantiles est marquée avec une proportion de 3♀/1♂ (146,147).
- ❖ Au cours de l'enfance, les dermatoses pouvant survenir à cet âge avec une prédominance féminine sont la morphee en coup de sabre et l'atrophie hémifaciale avec une proportion de 7 ♀/1 ♂ (148,149).
- ❖ Au cours de l'adolescence : il a été noté une fréquence relative des folliculites liées à l'épilation, des dermites de contact aux cosmétiques, des acrosyndromes vasculaires en particulier du phénomène de Raynaud et des engelures (145).
- ❖ De 20 à 29 ans : période de l'activité génitale, marquée par un risque de dermatoses de la grossesse et du chloasma (150).

- ❖ De 30 à 39 ans : fréquence des eczémas des mains notamment chez les ménagères mais aussi d'ordre professionnel (coiffeuses, infirmières, femmes de ménage,...) , de l'hirsutisme, du mélasma, de certaines maladies auto-immunes tel que le lupus discoïde (3♀/1♂) et la sclérodermie systémique (4♀/1♂).
- ❖ De 40-60 ans : Le grand événement de cette période est représenté par la ménopause et les problèmes qui en découlent à savoir l'ostéoporose, les arthralgies et les troubles de la pilosité des cheveux (alopécie androgénique, effluvium diffus, alopécie frontale fibrosante). D'autre part, des dermatoses comme la rosacée, la maladie de Paget, les maladies auto-immunes en particulier, la dermatomyosite (3♀/1♂), le lupus érythémateux subaigu (7-9♀/1♂) et les varices des membres inférieurs, sont particulièrement fréquents durant cette décennie de la vie.
- Au-delà de 60 ans : c'est la sénescence, le lichen scléro-atrophique (6♀/1♂), le syndrome de Sjögren (9♀/1♂), et les vulvodynies (151).

La femme est un acteur important dans la société. Malgré les contraintes socioculturelles, elle a réussi à s'ouvrir au monde extérieur et prouver qu'elle avait autant de compétences que l'homme, pouvant l'amener à jouer un rôle de leadership dans des professions qui étaient pourtant exclusives aux hommes. De ce fait, adopter un programme de santé pour la femme vu les particularités sus citées, équivaut à s'occuper de la santé de toute une société.

b- En situation pathologique :

Certaines affections sont endémiques dans des régions bien définies en raison de facteurs génétiques, ethniques, géographiques, ou autres et posent du fait de leur grande morbidité un problème de santé publique. Pour exemples :

La Turquie, les pays d'Asie (Japon, Chine, Corée), du Moyen Orient et d'Afrique du Nord, sont les pays et régions à plus haut risque de la maladie de Behcet (152).

BIBLIOGRAPHIE

La maladie de Kawasaki, deuxième cause de vascularite chez l'enfant après le purpura rhumatoïde, présente une prévalence qui varie en fonction de l'ethnie avec une atteinte plus importante dans les populations japonaises et d'Asie du Nord-Est (138/100 000 enfants de moins de 5 ans contre 17/100 000 enfants aux États-Unis) (153).

Dans certains pays d'Amérique du Sud (Brésil, Colombie et Pérou) et d'Afrique du Nord, le Pemphigus foliacé n'est pas seulement la variante prédominante des pemphigus, mais il est aussi la forme la plus fréquente dans la population vivant dans les zones rurales de ces régions (154). Dans le sud de la Tunisie, l'incidence annuelle de la maladie a été estimée à 4,0 par million d'habitants (155).

La β thalassémie est une maladie génétique due à un déficit plus ou moins complet de synthèse de la chaîne β de l'hémoglobine (Hb). La forme la plus sévère est l'anémie de Cooley ou la bêta-thalassémie homozygote majeure (156). Cette dernière qui sévit sur le bassin méditerranéen, le moyen orient et le Sud-est de l'Asie est considérée comme une maladie orpheline aux USA et en Europe (157).

C'est une maladie chronique, qui se traduit par une anémie profonde associée à une hémosidérose chronique et sévère. A moyen et à long terme, cette affection peut aboutir à un dysfonctionnement des organes suite à l'accumulation du fer dans l'organisme (158,159). Comme les autres tissus, la peau peut subir les conséquences de cet excès en fer.

La morbidité cutanée liée à la β -thalassémie n'a pas été suffisamment documentée dans la littérature Européenne et Américaine, probablement en raison de la faible fréquence de la maladie.

La Turquie fait partie des pays où cette affection est fréquente (157). Une étude réalisée dans ce pays avait pour but d'évaluer la fréquence et la typologie des maladies de la peau chez les patients thalassémiques (157).

Il a été constaté que, hormis la pigmentation cutanée qui était habituelle chez ce type de malades, les deux motifs de consultations les plus fréquents étaient le prurit et la xérose cutanée (157). À moindre degré, les excoriations, les éphélides, les verrues, et l'hypertrichose (157).

BIBLIOGRAPHIE

D'autre part, la fréquence et la sévérité de ces signes augmentaient avec l'âge. La sévérité de la xérose cutanée était corrélée à des taux élevés de fer dans le sang (157). Autre fait marquant, la sévérité de la xérose cutanée était plus marquée chez les patients utilisant la déféroxamine et la déféropone que ceux utilisant la deferasirox (157), produits utilisés par les patients comme chélateurs du fer dans ce pays.

La connaissance de la morbidité cutanée liée à cette affection avait un intérêt double :

- L'un pour le personnel soignant, lui permettant de différencier entre les signes cutanés en rapport avec la maladie et nécessitant d'entreprendre des mesures préventives et thérapeutiques afin d'améliorer la qualité de vie du patient, des autres dermatoses, nécessitant plus d'investigations.
- L'autre pour le patient, permettant de le rassurer, de prendre conscience de sa maladie et des morbidités associées pour une meilleure observance du traitement.

Dans un autre volet, elle ouvrait des horizons vers des études plus rigoureuses pour confirmer le rôle exact des médicaments chélateurs du fer dans la xérose cutanée, identifier les mécanismes en cause, et enfin, réduire les effets secondaires de ces molécules en les substituant par d'autres moins irritantes.

9/ Lorsque les motifs de consultation peuvent nous aider dans le choix de la structure de soins adaptée :

La recherche dans le domaine de la santé est en évolution constante. Le développement de nouvelles molécules et techniques innovantes nous obligent en tant que professionnels de santé, de s'adapter à cette évolution et faire des choix pour assurer au patient des soins performants dans de meilleures conditions d'efficacité et de sécurité. Pour cela, on pourrait être amené à restructurer nos activités en adoptant des modes de prise en charge en fonction des objectifs fixés et des besoins réels des patients (160). Dans le cadre de l'organisation fonctionnelle des activités, il est possible qu'on se pose la question suivante: faut-il opter pour des structures d'hospitalisation programmée de durée déterminée comme l'hôpital de jour ou des classiques unités hospitalisation conventionnelle ?

BIBLIOGRAPHIE

Plusieurs paramètres rentrent en considération dans ce choix. Les uns, en rapport avec la discipline elle-même, les autres en rapport avec le type de pathologie prise en charge. En effet, la typologie des pathologies vues en consultation peut nous orienter vers le choix de la structure de soin adéquate pour mieux gérer les problèmes de santé posés (161,162).

L'hôpital de jour est un établissement hospitalier qui prend en charge en ambulatoire durant une journée ou une demi-journée des malades atteints le plus souvent de maladies chroniques (163). Cette structure leur permet de réaliser des soins et des explorations complémentaires qui nécessitent la proximité d'un plateau technique, sans que ces patients aient besoin d'être hospitalisés (161). L'hôpital de jour constitue une alternative à l'hospitalisation complète permettant ainsi de maintenir la personne dans son environnement et de prévenir les périodes de crise (163).

Plusieurs disciplines sont dotées d'un hôpital de jour en particulier les services d'oncologie, de diabétologie, d'hémodialyse, de cardiologie,...etc.

L'impact de ce type de prise en charge est double :

- Sur le malade : éviter des hospitalisations pour des durées prolongées permet de réduire l'impact de la maladie et du traitement sur la vie socioprofessionnelle du patient. Ceci va lui permettre une intégration sociale et d'avoir une activité professionnelle régulière, évitant ainsi les absentéismes et les arrêts de travail (161).
- Sur le plan économique : désengorger les services hospitaliers, réduire le coût de prise en charge des patients en diminuant les charges d'hôtellerie des hôpitaux et enfin, un gain de temps tout en garantissant une prise en charge optimale du patient (161).

En dermatologie, l'hôpital de jour est une alternative intéressante à l'hospitalisation classique pour la gestion, des plaies chroniques et des troubles trophiques notamment chez les personnes âgées, des maladies inflammatoires comme les dermatoses bulleuses auto-immunes, la dermatite atopique, les urticaires chroniques et le psoriasis, surtout avec l'avènement des biothérapies, en oncologie dermatologique, mais aussi pour la prise en charge par la photothérapie, les lasers, la chirurgie dermatologique et la cryothérapie (161).

***MALADES
ET
METHODES***

1) Type d'étude :

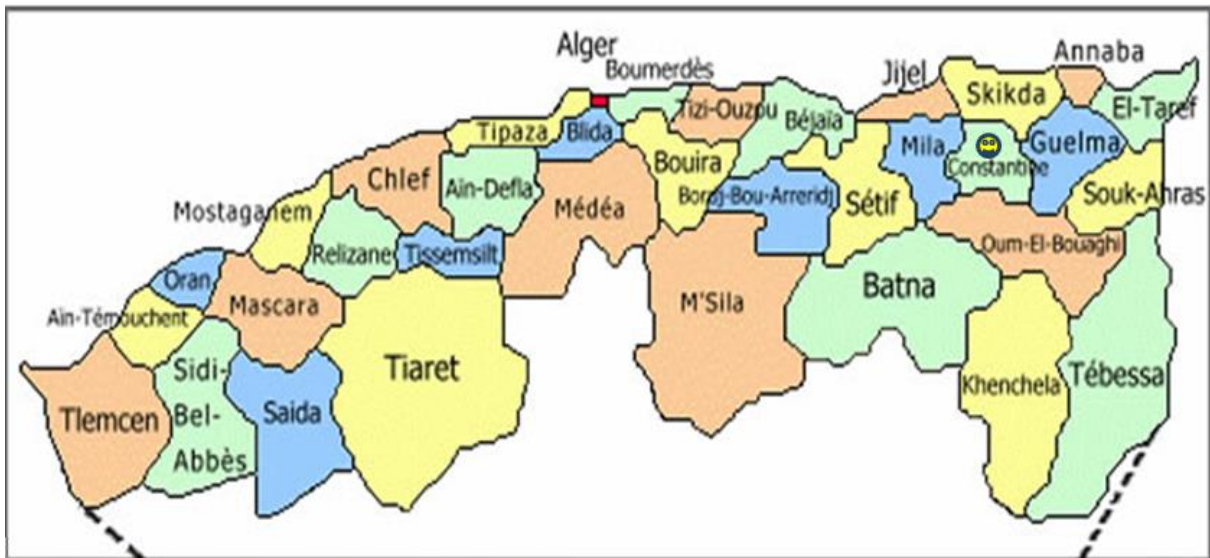
Il s'agissait d'une étude descriptive analytique prospective, portant sur les demandes de consultation en dermatologie dans les deux secteurs public et privé. L'étude s'est déroulée sur deux périodes de la même année (2016), dans deux régions de l'Est Algérien. La première, du 1^{er} janvier au 28 Février dans la ville d'Annaba et la deuxième du 1^{er} juin au 31 juillet dans la ville de Constantine. Le choix de ces deux périodes de l'année était volontaire pour éviter le biais lié aux variations climatiques.

2) Source des données et description du terrain de l'étude:

Constantine et Annaba sont les deux villes les plus importantes sur le plan socio-économique et culturel de l'Est Algérien. Elles sont également les deux seules villes de la région où il existe un service de dermatologie

a)- **Constantine** : également appelée Cirta, ville des ponts suspendus, ville du vieux rocher.





Carte du Nord de l'Algérie (164).

* Constantine occupe une position géographique centrale étant une ville charnière entre l'Est et le Centre et d'autre part entre le Tell et les Hauts Plateaux dans l'Est du pays. Elle se situe à 431 km à l'Est de la capitale Alger et à 156 km à l'Ouest-sud-ouest d'Annaba (165).

* Comptant 448 374 habitants (166,167), cette métropole est la troisième ville la plus peuplée du pays. Le Grand Constantine s'étale sur un rayon d'une quinzaine de kilomètres sous forme d'une agglomération comprenant une ville mère et une série de satellites. Le taux d'urbanisation de la wilaya était de plus de 94 %. (168).

* L'économie de la wilaya est basée sur le commerce des céréales et celui de l'habillement (169), l'artisanat (dinanderie et broderie sur velours) (170), et l'industrie. Cette dernière est répartit en quatre domaines principaux, l'agro-alimentaire, l'industrie mécanique, l'industrie manufacturière et l'industrie des matériaux de construction (ciments, agrégats, etc.) (171).

* Le climat de la wilaya de Constantine est méditerranéen avec des températures à fortes amplitudes. La moyenne pluviométrique varie de 500 à 700 mm par an. Il y fait froid l'hiver, jusqu'à -6°C enregistré, et très chaud l'été avec des pics de chaleurs allant jusqu'à 47°C (172).

* Parmi les sept structures hospitalières publiques, que comptait la wilaya de Constantine, seul l'hôpital docteur Benbadis a le statut d'un CHU. Ce dernier héberge aussi le seul service de dermatologie pour les civiles de la région constantinoise. Il s'agit d'un service

Malades Et Méthodes

formateur assurant en plus des activités hospitalières et pédagogiques des étudiants en médecine et des résidents, des consultations externes quatre jours par semaine (Dimanche, Lundi, Mercredi et Jeudi).

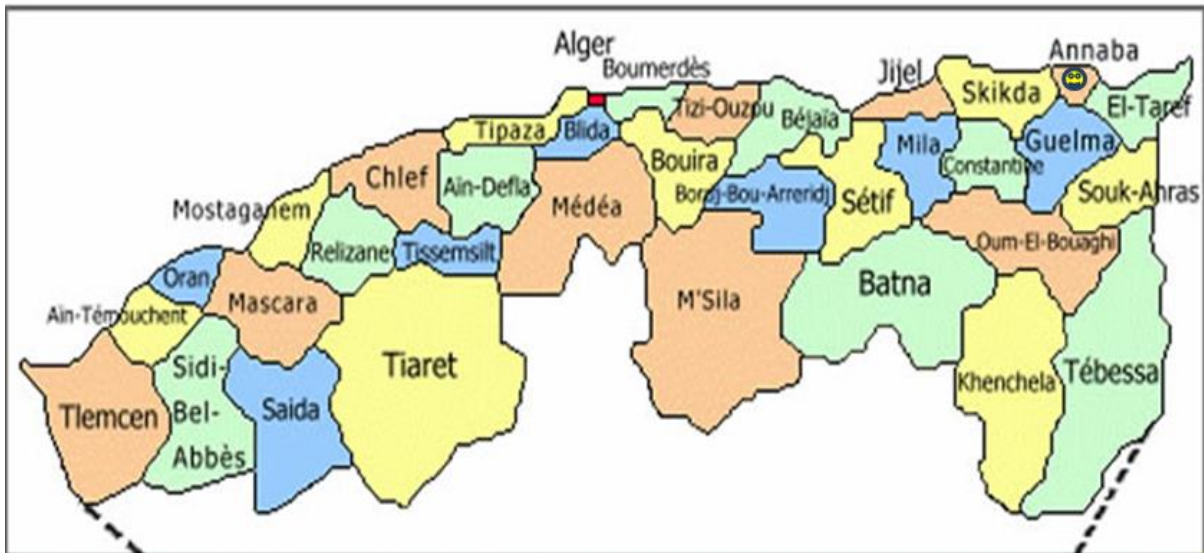
Les consultations étaient assurées pendant une demi-journée par deux résidents et deux séniors dermatologues dans les différentes polycliniques relevant des EPSP de la ville.

Le secteur privé, comptait au moment de l'étude, quatre dermatologues installés en ville.

Il est à noter que la région de Constantine dispose d'un hôpital militaire régional universitaire (HMRU) lui aussi, doté d'un service de dermatologie mais assurant des soins aux militaires et leurs ayants droit.

b)- Annaba : également appelée, Hippone, Bouna, Bilad Al unnāb (la ville des jujubes), Bône.





Carte du Nord de l'Algérie (164).

* Annaba une métropole littorale, est située dans le Nord-Est du pays sur la rive sud du bassin méditerranéen, à 536 km de la capitale Alger et 106 km de la frontière tunisienne. C'est la quatrième ville d'Algérie en nombre d'habitants après la capitale Alger, Oran et Constantine en comptant 257 359 habitants (166,167). La position géographique de la wilaya sur le littoral, son relief montagneux, sa corniche et sa côte offrent les meilleures opportunités au tourisme balnéaire.

* Annaba abrite un important pôle industriel comportant, le complexe sidérurgique d'El Hadjar, le complexe phosphatier de la Seybouse et le complexe métallurgique d'Allelik (171).

* Le climat qui sévit dans la région bônoise est également méditerranéen. Elle est connue pour ses étés chauds. Les hivers y sont doux et humides ; les jours de neige sont rares. Les pluies sont abondantes et peuvent être diluviennes (173).

* Là aussi, parmi les nombreuses structures de soins publiques, seul le CHU DR Dorban Pont Blanc, dispose d'un service de dermatologie. En plus de la consultation quotidienne d'une demi-journée du médecin généraliste attaché au service, trois autres dermatologues hospitaliers assuraient des consultations hebdomadaires, dans les polycliniques de la ville.

* Le secteur privé, était représenté par les sept dermatologues qui exerçaient dans la ville d'Annaba durant cette période.

3) Population d'étude :

a- Critères d'inclusion :

L'étude portait sur tous les patients quel que soit l'âge, se présentant pour la première fois en consultation externe. Seul, le motif cutané était pris en compte.

b- critères de non inclusion :

Étaient exclus de cette étude, les malades vus dans le cadre du contrôle médical, les malades hospitalisés et ceux relevant de la consultation-liaison, c'est-à-dire dans les cas où les dermatologues étaient amenés à donner des avis spécialisés pour d'autres patients hospitalisés dans des structures de soins publiques ou privés.

4) Recueil des données :

- Des fiches comportant un questionnaire destiné aux consultants, ont été mises à la disposition des dermatologues hospitaliers et libéraux qui ont participé à l'étude. Ces fiches étaient remplies par le dermatologue lui-même.
- Pour chaque malade inclus, il était demandé au dermatologue de préciser les renseignements suivants : l'âge, le sexe, la profession, l'origine géographique, les tares associées, le(s) motif(s) de consultation, si le malade consultait spontanément ou s'il était adressé par un confrère, s'il s'agissait d'un état morbide nouveau ou d'un état morbide récurrent ou persistant pour lequel le patient a consulté plusieurs fois, le délai du rendez-vous donné, l'existence du médecin de famille et enfin de préciser la situation du patient vis-à-vis de la caisse d'assurance maladie.
- La profession du patient a été intégrée dans l'une des catégories professionnelles selon la codification de l'ONS (174). Par la suite, une seconde codification propre à l'étude a été proposée permettant de définir sept groupes : les actifs, les retraités, les sans profession, les femmes au foyer, les enfants scolarisés et étudiants, les enfants d'âge préscolaire (0 - 6 ans) et les indéterminés.
- Concernant la question n°2 (Motif de consultation) dans le questionnaire du malade, il a été demandé au dermatologue de donner les diagnostics correspondants aux motifs présentés pour chaque patient. Les diagnostics retenus et le choix des termes utilisés étaient laissés à la volonté de chaque dermatologue. Les différents diagnostics retenus étaient par la suite regroupés en catégories ou groupes de pathologies selon une classification basée sur des critères étiologiques

et morphologiques. Pour des raisons pratiques, on a préféré utiliser ce type de classification au lieu de la classification internationale des maladies (CIM).

En fait, cette dernière classe les différentes pathologies connues dans le monde selon leurs symptômes, causes, type d'individus concernés, etc. La 11^{ème} révision de cette classification (CIM-11) a été présentée à l'Assemblée mondiale de la santé et approuvée en mai 2019 (175).

On a ainsi pu obtenir quinze groupes de pathologies qu'on a codé (mc) pour motif cutané de consultation, de (mc1) à (mc15) de la manière suivante:

❖ **Tumeurs cutanées (mc1):**

- **Tumeurs bénignes :** Naevus, Molluscums pendulums, Histiocytofibrome, Chéloïde, Lipome, Lentigo sénile, Botriomycome, Kératoses actiniques, Keratoacanthome.
- **Tumeurs malignes :** Carcinomes épithéliaux (épidermoïde et basocellulaire), Maladie de Bowen, Dermatofibrosarcome de Darier Ferrand, Mélanome, Sarcome de Kaposi.

❖ **Dermatoses inflammatoires (mc2):**

Dermatite Atopique (DA), Eczémas autres que la DA, Lichen plan, Pityriasis Rosé de Gibert (PRG), Psoriasis, Toxidermie, Urticaires.

❖ **Angiodermatologie (mc3):**

Hémangiome infantile, Angiomes stellaires, Lymphangiome kystique, Lymphœdème, Purpura de MAJOCHI, Taches rubis, Ulcère de jambe, Varices des membres inférieures.

❖ **Infections cutanées (mc4):**

- **Infections mycosiques :** Onychomycose, Intertrigos, Pityriasis Versicolor (PV), Dermatophytie plantaire, Dermite Séborrhéique, Epidermatophytie circinée ou Herpès circiné, Teigne, Pityriasis capitis, Candidose buccale, Mycétome.
- **Infections bactériennes :** Infections folliculaires, Impétigo, Erysipèle, Abscessus sous cutanés, Tuberculose cutanée (TBC), Ecthyma, Erythrasma, Panaris.
- **Infections virales :** Verrues, Zona, Molluscums contagiosums, Varicelle, Herpès viral, Exanthème viral.
- **Infections parasitaires :** Gale, Leishmaniose, Pédiculose.

- ❖ **Immunodermatologie et Médecine Interne (mc5) :**
Lupus érythémateux cutané, Maladie de Behcet, Sclérodermie, Vascularite, Dermatoses bulleuses auto-immunes, Acro-syndrome vasculaire (Raynaud), Acanthosis nigricans, Purpura, Sarcoidose, Syndrome des ovaires polykystiques, Syndrome de Sweet.
 - ❖ **Pathologies des annexes (mc6):**
Acné, Pelade, Kyste sébacé, Hypertrichose, Alopécie androgénique, Effluvium diffus, Ongle incarné, Cheveux frisés, Folliculite décalvante de Quinquaud. Hidradénite suppurée axillaire, Hyperhidrose palmaire.
 - ❖ **Prurit et Prurigo (mc7).**
 - ❖ **Dermatoses par agent physique (mc8) :**
Callosités plantaires, Photodermatose, Engelures, Brulure, Plaie post traumatique, Dermite d'usure, Hyperkératose du front, Chéilite exfoliative ou desquamative.
 - ❖ **Pathologies des muqueuses (mc9):**
Aphthose buccale, Fissures anales, Lichen scléro-atrophique, Vulvo-vaginite chronique.
 - ❖ **Dermatoses topographiques (mc10):**
Rosacée, Dermite du siège, Dermite périorale, flush du visage.
 - ❖ **Troubles pigmentaires (mc11):**
Mélasma, Vitiligo, Dépigmentation iatrogène, Mélanodermie, Pigmentation post-inflammatoire.
 - ❖ **Génodermatoses (mc12).**
 - ❖ **IST (mc13).**
 - ❖ **Autres (mc14).**
 - ❖ **Pathomimie (mc15).**
- ➡ Concernant la question n°5 en rapport avec le choix du secteur de consultation, pour le critère qualité de la prise en charge, on a convenu de donner des réponses fermées aux patients comportant les critères suivants : la réputation, le relationnel, la disponibilité, les compétences spécifiques du médecin et les moyens disponibles.

Le questionnaire utilisé, les codes des activités professionnelles selon l'ONS et ceux utilisés pour les groupes des motifs de consultation ainsi que la liste des maladies de la peau selon la dernière version de la classification internationale des maladies (CIM-11), sont fournis en annexes dans le fascicule.

5) Saisie et traitement des données :

- La saisie et le traitement des données ont été réalisés grâce à un tableur (*Excel*).
- L'analyse statistique a été faite sur le logiciel : *SPSS v 20*.

6) L'analyse statistique :

Les résultats ont été exprimés sous forme de *pourcentages* (IC à 95%) pour les variables qualitatives et sous forme de *moyenne ± DS* pour les variables quantitatives normalement distribuées, si non, elles sont exprimées en *médiane [espace interquartile]*. La différence a été considérée comme significative si $p < 0.005$.

Pour les comparaisons, nous avons utilisé :

- Le test du *Khi-2* (test de *Fisher* si conditions d'application non remplies) pour comparer les pourcentages.
- Le test T de *Student* ou *ANOVA* pour les moyennes.
- Le test de *Kruskal-Wallis* pour les variables quantitatives qui ne sont pas normalement distribuées.

RESULTATS

RESULTATS

1/- Etude descriptive de la population de l'étude :

1720 malades consultaient pour 1766 motifs cutanés durant les quatre mois de l'étude. 914 patients (53.1%) étaient recrutés dans la région d'Annaba et 806 (46.9%) dans celle de Constantine (Tableau1).

Ces malades étaient répartis en 839 patients (48.8%) chez le privé et 881 (51.2%) chez le public (Tableau 2).

Tableau 1 : Nombre total des patients par région.

Région	Effectifs (N)	Pourcentages (N%)
Annaba	914	53.1
Constantine	806	46.9
Total	1720	100.0

Tableau 2 : Nombre total des patients par secteur d'activité.

Secteur	Effectifs (N)	Pourcentages (N%)
Privé	839	48.8
Public	881	51.2
Total	1720	100.0

RESULTATS

2/La répartition des patients selon le sexe :

1055 (61.3%) consultants étaient de sexe féminin (Tableau 3).

Le sexe ratio était de 0.63.

Tableau 3: Répartition des patients en fonction du sexe.

Sexe	Effectifs (N)	Pourcentages (N%)
Féminin	1055	61.3
Masculin	665	38.7
Total	1720	100.0

3/ La répartition des patients selon l'âge :

*La moyenne d'âge était de 34.5 ans, avec des extrêmes allant de moins de 1an à 98 ans.

*La médiane était de 32 ans.

*Les classes d'âge les plus fréquentes étaient celles comprises entre (15-29) ans et (30-44) ans représentant respectivement 30.5% et 24.2% des patients, ce qui fait que, environ 70% des patients étaient âgés de moins de 45ans et 45.7% avaient moins de 30ans (Tableau 4).

Tableau 4 : Répartition des patients selon les classes d'âge.

Classes d'âge	Effectifs (N)	Pourcentages (N%)	Pourcentages cumulés(%)
<=14 ans	261	15.2	15.2
15-29 ans	525	30.5	45.7
30-44 ans	416	24.2	69.9
45-59 ans	285	16.6	86.5
>= 60 ans	233	13.5	100.0
Total	1720	100.0%	

RESULTATS

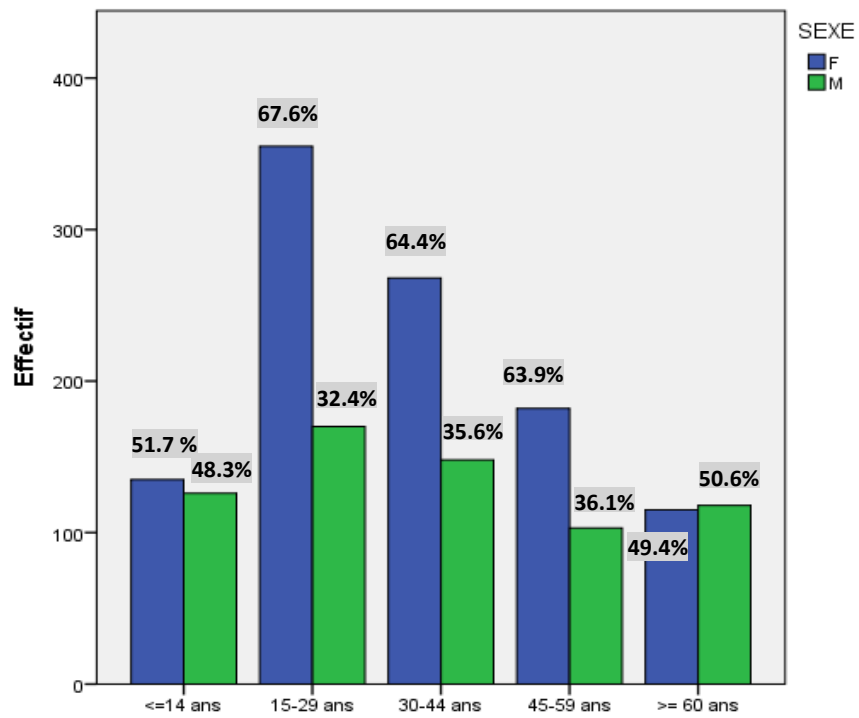
4/ La Répartition du sexe selon les classes d'âge :

La prédominance féminine était constatée dans toutes les classes d'âge sauf chez les plus de 60 ans où une légère prédominance masculine était notée (Tableau 5), (Graphe 1).

Cette prédominance féminine était plus marquée chez les (15-29) ans avec une tendance globale vers la diminution progressive de la proportion des femmes et l'augmentation de celle des hommes avec l'âge ($p=0.0001$).

Tableau5 : Répartition du sexe selon les classes d'âge.

Classes d'âge		Sexe		Total
		F	M	
<=14 ans	Effectif	135	126	261
	% dans classe d'âge	51.7	48.3	100.0
	% dans sexe	12.8	18.9	15.2
15-29 ans	Effectif	355	170	525
	% dans classe d'âge	67.6	32.4	100.0
	% dans sexe	33.6	25.6	30.5
30-44 ans	Effectif	268	148	416
	% dans classe d'âge	64.4	35.6	100.0
	% dans sexe	25.4	22.3	24.2
45-59 ans	Effectif	182	103	285
	% dans classe d'âge	63.9	36.1	100.0
	% dans sexe	17.3	15.5	16.6
>= 60ans	Effectif	115	118	233
	% dans classe d'âge	49.4	50.6	100.0
	% dans sexe	10.9	17.7	13.5
Total	Effectif	1055	665	1720
	% dans classe d'âge	61.3	38.7	100.0
	% dans sexe	100.0	100.0	100.0



Graphe1 : Répartition du sexe selon les classes d'âge.

RESULTATS

5/ La répartition des patients selon les wilayas d'origine :

a) La répartition des patients consultant à Constantine selon les wilayas d'origine :

705 patients (87.5%) étaient originaires de la wilaya de Constantine et 101 patients (12.5%) provenaient des autres wilayas (Tableau 6).

Tableau 6 : les Wilayas d'origine pour les patients consultant à Constantine.

Wilayas d'origine	Effectifs (N)	Pourcentages (N%)
Constantine	705	87.5
Oum el Bouagui	27	3.3
Mila	26	3.2
Batna	16	2.0
Jijel	8	1.0
Biskra	5	0.6
Guelma	4	0.5
Autres :	15	1.7
<i>Sétif</i>	3	0.4
<i>Skikda</i>	3	0.4
<i>Alger</i>	2	0.2
<i>Annaba</i>	2	0.2
<i>Souk ahras</i>	1	0.1
<i>Tébessa</i>	1	0.1
<i>Khenchla</i>	1	0.1
<i>Hassi Messaoud</i>	1	0.1
<i>Oran</i>	1	0.1
Total	806	100,0

RESULTATS

b) La répartition des patients consultant à Annaba selon les wilayas d'origine:

629 patients (68.8%) étaient originaires d'Annaba alors que 285 patients (31.2%) provenaient des autres Wilayas (Tableau 7).

Tableau 7: Les Wilayas d'origine pour les patients consultant à Annaba.

Wilayas d'origine	Effectifs (N)	Pourcentages (N%)
Annaba	629	68.8
Taref	145	15.9
Guelma	56	6.1
Skikda	39	4.3
Souk ahras	22	2.4
Tébessa	13	1.4
Autres :	10	1.0
<i>Batna</i>	2	0.2
<i>Constantine</i>	2	0.2
<i>Jijel</i>	1	0.1
<i>Khenchla</i>	1	0.1
<i>Mila</i>	1	0.1
<i>Oum el Bouagui</i>	1	0.1
<i>Biskra</i>	1	0.1
<i>El Oued</i>	1	0.1
Total	914	100.0

RESULTATS

6/- La répartition des patients en fonction des catégories socioprofessionnelles :

a) La population globale :

Les actifs, les femmes au foyer, les enfants scolarisés et les étudiants étaient les catégories prédominantes représentant 74.2% soit environ les 3/4 des patients.

Un peu plus d'un quart des patients soit, 25.6% étaient actifs au moment de l'étude. Les sans profession représentaient 11% des consultants (Tableau 8).

Tableau 8 : Répartition des patients en fonction des catégories socioprofessionnelles.

Catégories socioprofessionnelles	Effectifs (N)	Pourcentages (N%)	Pourcentages cumulés (%)
Actifs	440	25.6	25.6
Femmes au foyer	421	24.5	50.1
Enfants scolarisés, étudiants	414	24.1	74.2
Sans profession	190	11.0	85.2
Retraités	130	7.6	92.8
Précolaires	119	6.9	99.7
Indéterminé	6	0.3	100.0
Total	1720	100.0	

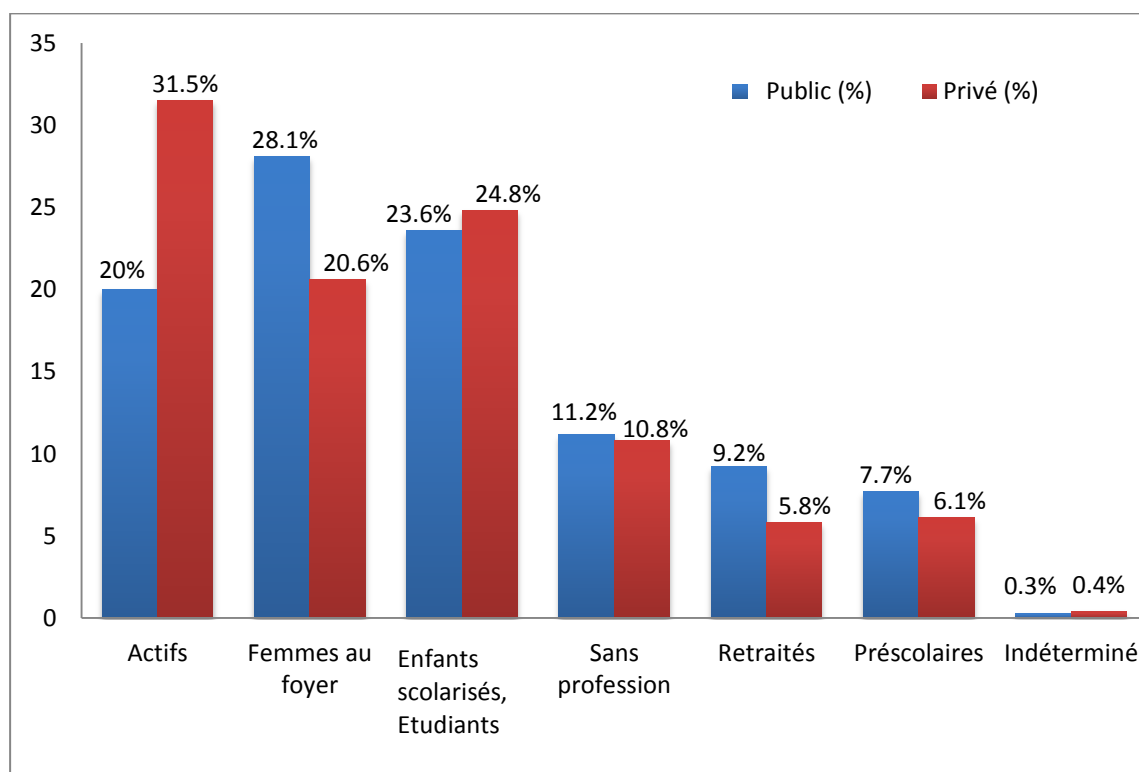
b) La répartition des catégories socioprofessionnelles en fonction du secteur public/privé :

Les actifs, les enfants scolarisés et les étudiants consultaient plus dans le secteur privé que dans le secteur public alors que, les autres catégories à savoir les femmes au foyer, les retraités et à moindre degré les enfants de bas âge, fréquentaient plus le secteur public ($p=0.0001$). (Tableau9, Graphe2)

RESULTATS

Tableau 9 : Répartition des catégories socioprofessionnelles dans les deux secteurs public/privé.

Catégories socioprofessionnelles	Effectifs Public (N)	Pourcentages Public (N%)	Effectifs Privé (N)	Pourcentages Privé (N%)	Total
Actifs	176	20.0	264	31.5	440
Femmes au foyer	248	28.1	173	20.6	421
Enfants scolarisés, étudiants	206	23.6	208	24.8	414
Sans profession	99	11.2	91	10.8	190
Retraités	81	9.2	49	5.8	130
Préscolaires	68	7.7	51	6.1	119
Indéterminé	3	0.3	3	0.4	6
Total	881	100.0	839	100.0	1720



Graph 2 : Répartition des catégories socioprofessionnelles entre le secteur public/privé.

7/ La répartition selon les Antécédents (ATCD) pathologiques :

386 patients soit (22.4%) des consultants (Tableau 10), présentaient 477 antécédents pathologiques (Tableau 11), ce qui fait que dans 91 cas soit (23.6%) un même patient présentait, plus d'un antécédent pathologique.

Tableau 10 : Présence ou non d'ATCD pathologiques.

ATCD Pathologiques	Effectifs (N)	Pourcentages (N%)
Non	1334	77.6
Oui	386	22.4
Total	1720	100.0

* Les pathologies cardio-vasculaires et métaboliques représentaient plus de la moitié des antécédents pathologiques (Tableau 11).

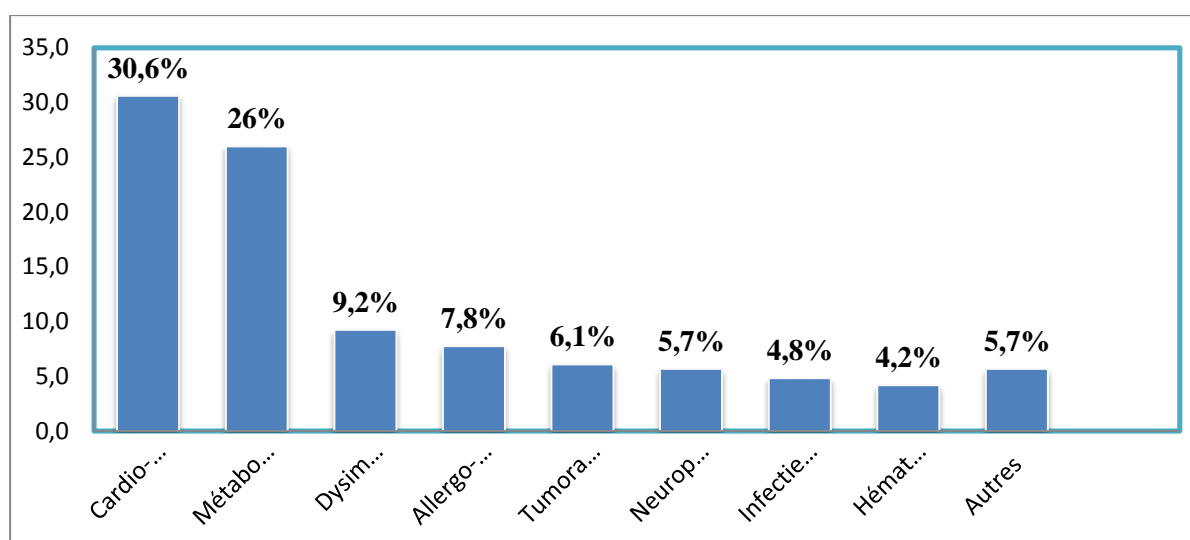
* L'hypertension artérielle (HTA) et le diabète étaient les maladies les plus fréquentes chez nos patients. L'HTA représentaient à elle seule (83.5%) des pathologies cardiovasculaires, tandis que le diabète sucré représentait (87.9%) des maladies métaboliques (Tableau 11).

* Un seul cas de syphilis et un autre cas d'infection par le VIH, étaient constatés parmi les antécédents infectieux chez les patients.

RESULTATS

Tableau 11 : Répartition en fonction du type d'ATCD pathologique.

ATCD Pathologiques	Effectifs (N)	Pourcentages (N%)	Pourcentages Cumulés (%)
Cardio-vasculaires	146	30.6	30.6
- HTA	122	83.5	
- Cardiopathie	21	14.5	
- Thrombophlébite	3	2	
Métaboliques	124	26	56.6
- Diabète	109	87.9	
- Dyslipidémie	15	12.1	
Dysimmunitaires	44	9.2	65.8
Allergo-respiratoires	37	7.8	73.6
Tumoraux	29	6.1	79.7
Neuropsychiques	27	5.7	85.4
Infectieux	23	4.8	90.1
Hématologiques	20	4.2	94.3
Autres :	27	5.7	100.0
<i>Gastroentérologiques</i>	13	48.1	
<i>Ophthalmologiques</i>	5	18.5	
<i>Chirurgicaux</i>	5	18.5	
<i>Gynécologiques</i>	3	11.1	
<i>Handicapé moteur</i>	1	3.8	
Total	477	100.0	



Graph 3: Répartition en fonction du type d'ATCD pathologique.

RESULTATS

8/ La répartition des principaux groupes de pathologies pris en charge:

a) La population globale :

* 1720 patients présentaient 1766 motifs de consultation (Tableau12). Dans 46 cas, les patients consultaient pour plus d'un motif cutané. 24 cas étaient recensés chez le secteur public et 22 chez le secteur privé (Tableau 13).

* Les quatre groupes de pathologies les plus fréquents étaient par ordre de fréquence décroissant : les infections cutanées (mc4) avec 537 motifs (30.4%), les dermatoses inflammatoires (mc2) avec 468 motifs (26.5%), les pathologies des annexes (mc6) avec 295 motifs (16.7%) et les tumeurs cutanées (mc1) avec 88 motifs (5%) (Tableau12).

* Les trois premiers groupes de pathologies motivaient ainsi des consultations dans 73.6% des cas et les quatre ensemble, dans 78.6% des cas (Tableau12).

Tableau 12 : Répartition selon les groupes de pathologies.

Motifs de consultation	Effectifs (N)	Pourcentages (N%)	Pourcentages Cumulés %
mc4	537	30.4	30.4
mc2	468	26.5	56.9
mc6	295	16.7	73.6
mc1	88	5.0	78.6
mc7	66	3.7	82.3
mc11	64	3.6	85.9
mc5	45	2.5	88.4
mc8	42	2.4	90.8
mc10	38	2.2	93.0
Autres (mc3, mc9 mc12,mc13,mc14,mc15)	123	7.0	100.0
Total	1766	100.0	

RESULTATS

b) Les groupes de pathologies par secteur public/privé :

* Les trois groupes de pathologies (mc4), (mc2) et (mc6) étaient les principaux motifs cutanés pris en charge par les dermatologues hospitaliers et libéraux et conservaient ainsi le même ordre de fréquence pour les deux secteurs (Tableau13).

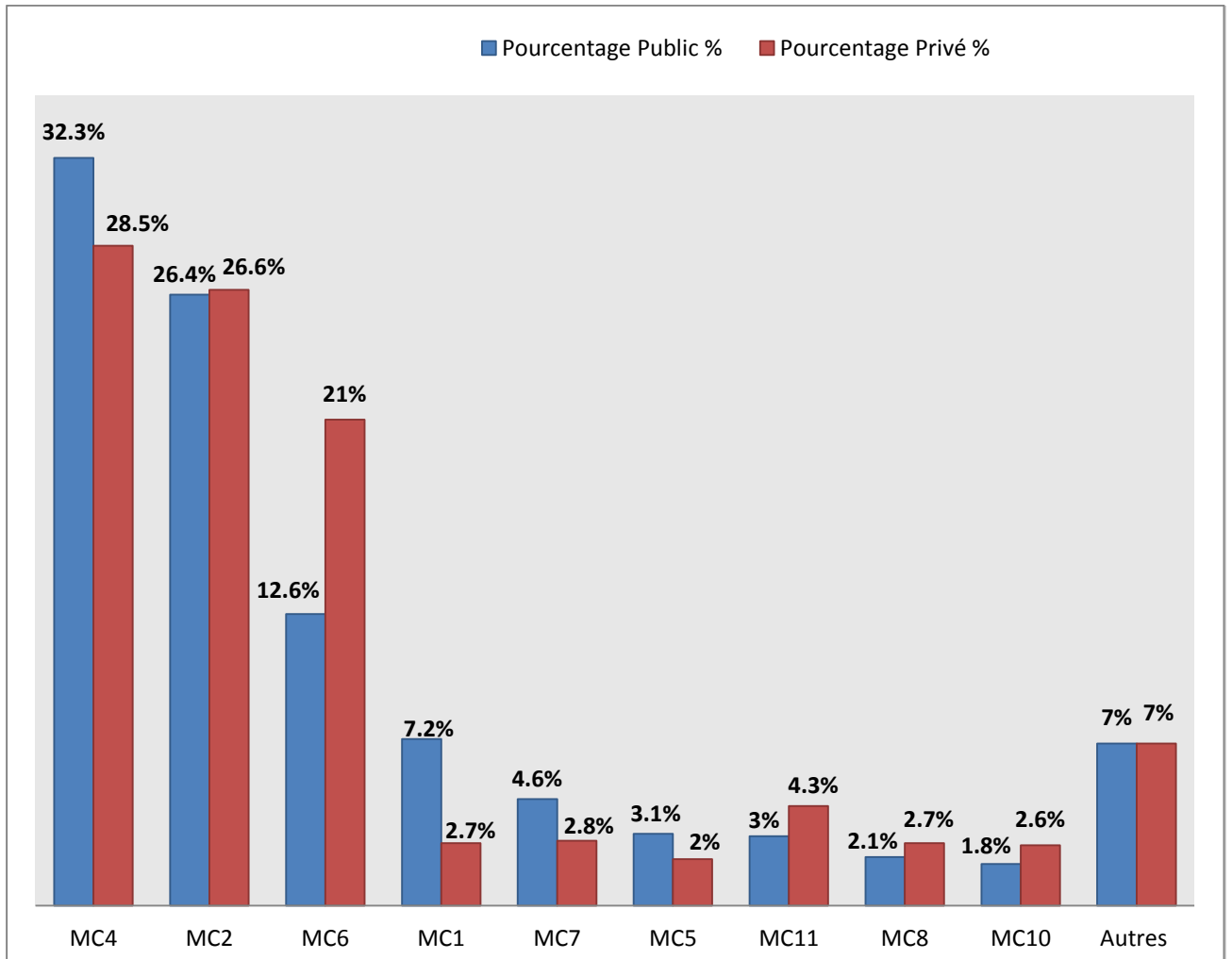
* Par ailleurs, les infections cutanées (mc4), les tumeurs cutanées (mc1), les prurits/prurigo (mc7), l'immunodermatologie et médecine interne (mc5), étaient plus pris en charge en secteur public.

* Alors que les pathologies des annexes (mc6), les troubles pigmentaires (mc11), les dermatoses par agent physique (mc8), et les dermatoses topographiques (mc10) étaient plus pris en charge en secteur privé qu'en public (Tableau13) ($p < 0,05$).

Tableau 13 : Répartition des groupes de pathologies par secteur public/privé.

Motifs de consultation	Effectifs Public(N)	Pourcentages Public (N%)	Effectifs Privé(N)	Pourcentages Privé (N %)	Total
mc4	292	32.3	245	28.5	537
mc2	239	26.4	229	26.6	468
mc6	114	12.6	181	21.0	295
mc1	65	7.2	23	2.7	88
mc7	42	4.6	24	2.8	66
mc11	27	3.0	37	4.3	64
mc5	28	3.1	17	2.0	45
mc8	19	2.1	23	2.7	42
mc10	16	1.8	22	2.6	38
Autres (mc3, mc9 mc12,mc13,mc14,mc15)	63	7.0	60	7.0	123
Total	905	100.0	861	100.0	1766

RESULTATS



Graphe 4: Répartition des groupes de pathologies par secteur public/privé.

RESULTATS

c) Les groupes de pathologies cutanées par région, Constantine/Annaba :

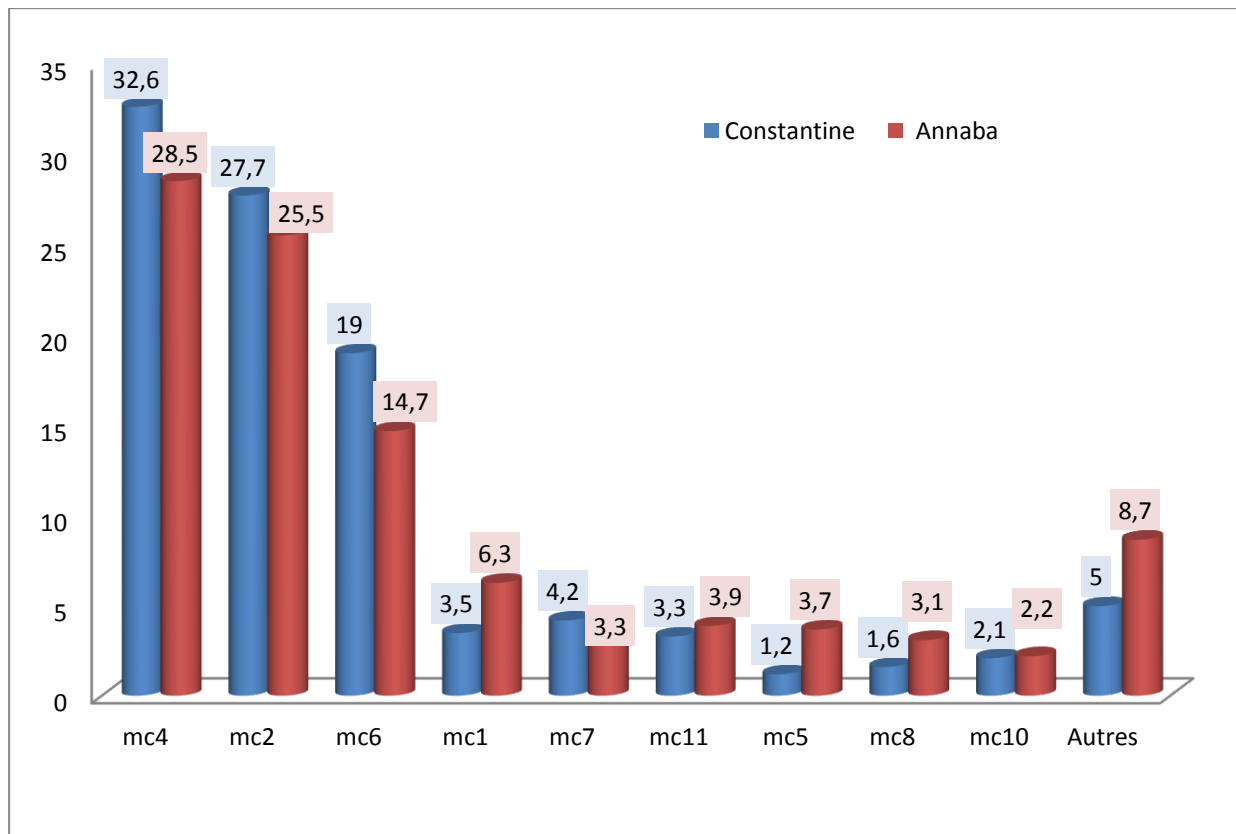
* 806 patients ont consulté pour 828 motifs (46.9%) dans la région de Constantine et 914 patients ont consulté pour 938 motifs (53.1%) dans la région d'Annaba (Tableau 14).

* Même si les trois groupes de pathologies : les infections cutanées (mc4), les dermatoses inflammatoires (mc2) et les pathologies des annexes (mc6), étaient les plus fréquents dans les deux régions, il y avait une différence régionale concernant les pourcentages de fréquences qui étaient plus élevés à Constantine qu'à Annaba ($p < 0.05$).

*Par ailleurs pour les autres groupes : les pathologies tumorales (mc1), l'immunodermatologie et médecine interne (mc5), les troubles de la pigmentation (mc11), les dermatoses par agent physique (mc8) et les dermatoses topographiques (mc10), les pourcentages de fréquences étaient plus élevés à Annaba qu'à Constantine (Tableau 14) ($p < 0.05$).

Tableau 14 : Répartition des groupes de pathologies par région, Constantine/Annaba.

Motifs de consultation	Effectifs Constantine	Pourcentages Constantine (%)	Effectifs Annaba	Pourcentages Annaba (%)	Total
mc4	270	32.6	267	28.5	537
mc2	229	27.7	239	25.5	468
mc6	157	19.0	138	14.7	295
mc1	29	3.5	59	6.3	88
mc7	35	4.2	31	3.3	66
mc11	27	3.3	37	3.9	64
mc5	10	1.2	35	3.7	45
mc8	13	1.6	29	3.1	42
mc10	17	2.1	21	2.2	38
Autres (mc3, mc9 mc12,mc13,mc14,mc15)	41	5.0	82	8.7	123
Total	828	100.0	938	100.0	1766



Graphe 5: Répartition des groupes de pathologies par région, Constantine/Annaba.

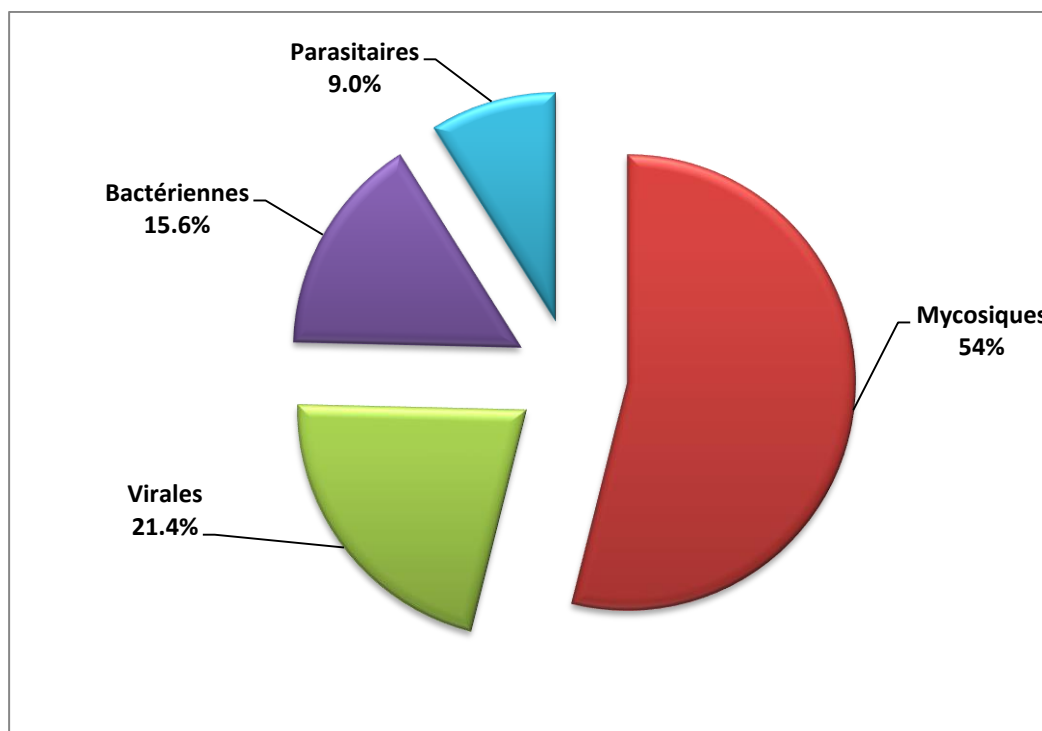
9/ Les résultats par groupes de pathologies cutanées:

a) Les infections cutanées (mc4):

Un peu plus de la moitié (54 %) des infections cutanées étaient mycosiques. L'autre moitié était répartie entre les infections virales, bactériennes, et parasitaires (Tableau15).

Tableau 15: Répartition selon le type d'infection cutanée.

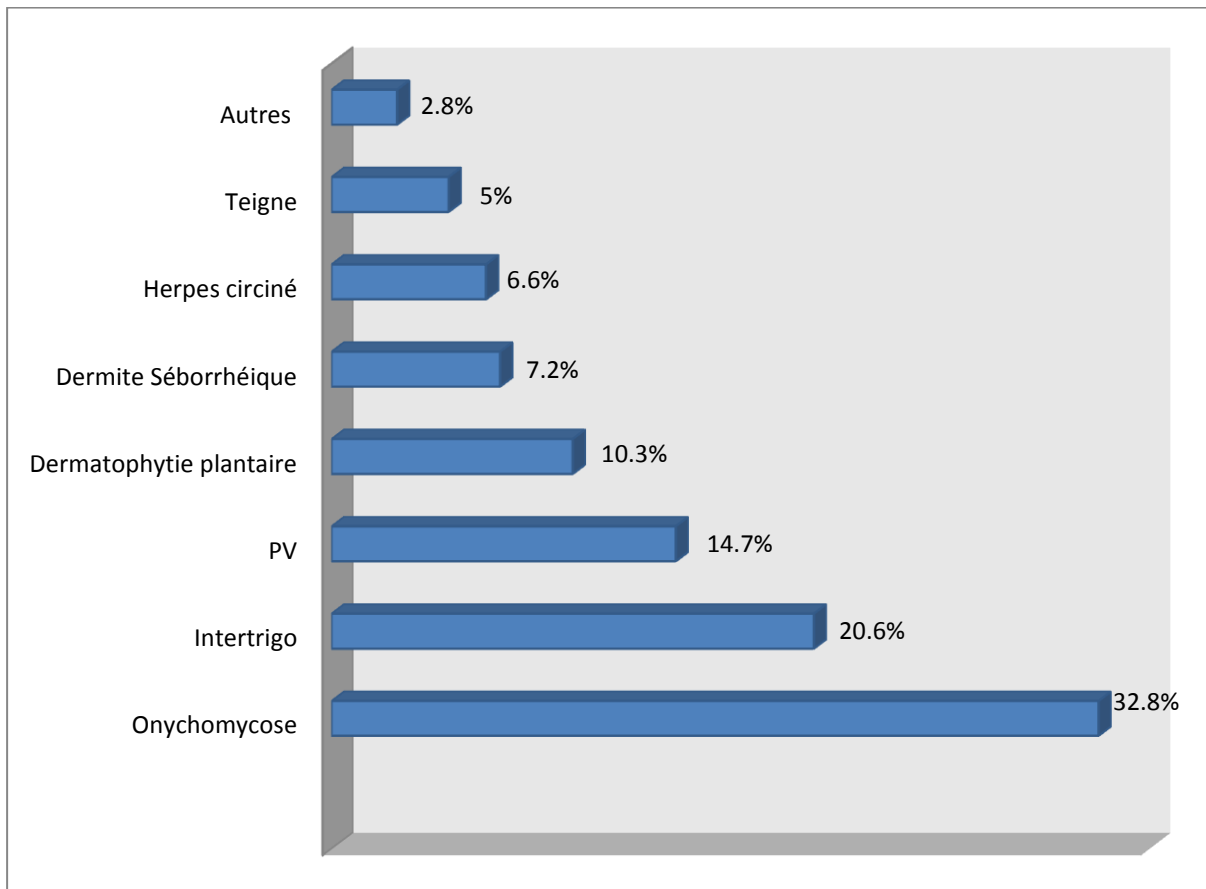
Type d'infection cutanée	Effectifs (N)	Pourcentages (N%)
Mycosique	290	54.0
Virale	115	21.4
Bactérienne	84	15.6
Parasitaire	48	9.0
Total	537	100.0



Graphe 6: Répartition selon le type d'infection cutanée.

RESULTATS

- ➔ Les infections mycosiques étaient dominées par les onychomycoses, les intertrigos et le PV (Graphe6).

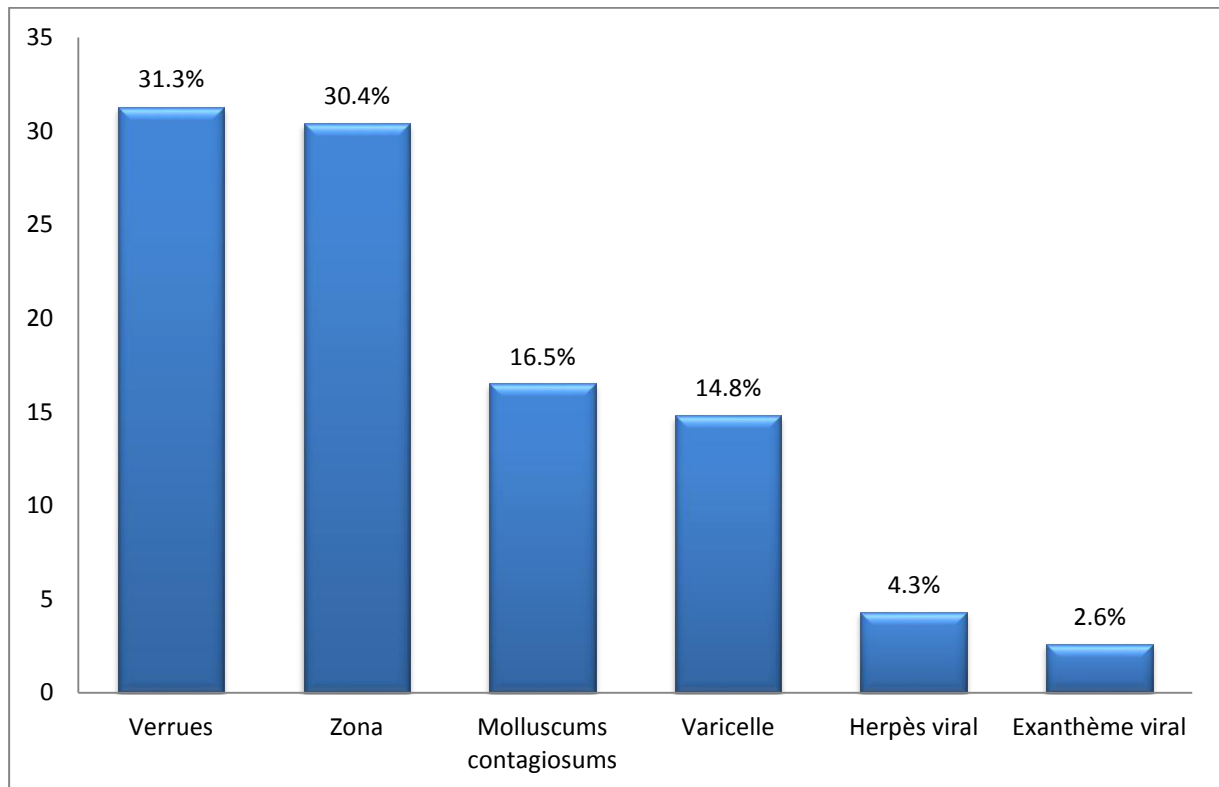


Graphe 7: Répartition selon le type d'infection mycosique.

Autres : Pityriasis capitis, Candidose buccale, Mycétome.

RESULTATS

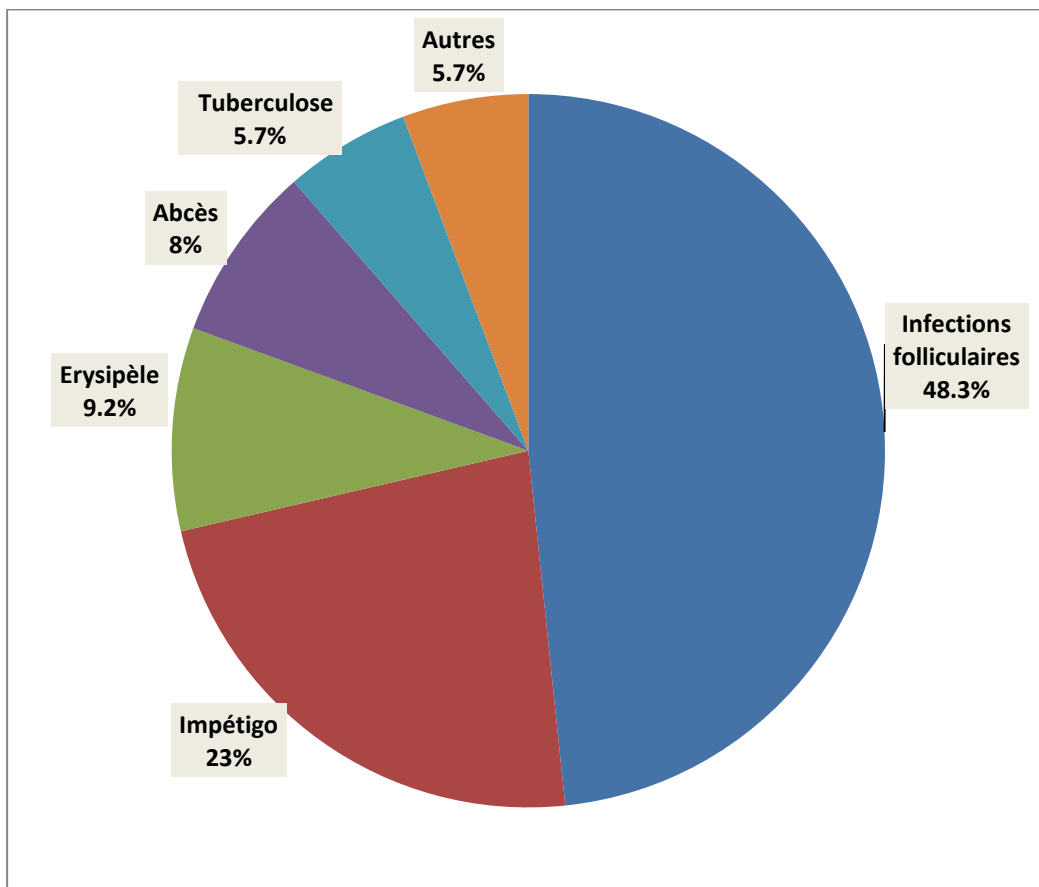
- Les infections virales : les verrues et le zona étaient les motifs de consultation les plus fréquents avec respectivement (31.3% et 30.4%) parmi ces infections (Graphe7).



Graphe8 : Répartition selon le type d'infection virale.

RESULTATS

- ➔ Les infections bactériennes étaient dominées par les folliculites qui ont représenté presque la moitié (48.3%) des infections bactériennes suivies de l'impétigo (23%) (Graphe8).

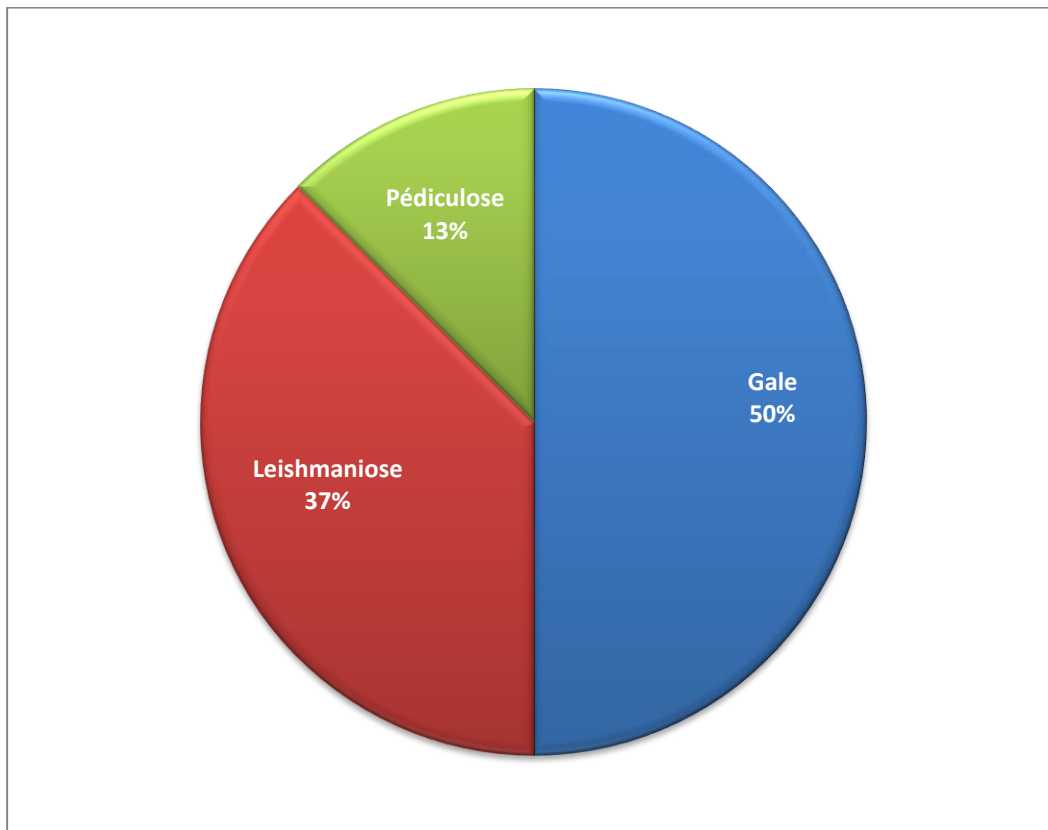


Graphe 9 : Répartition selon le type d'infection bactérienne.

Autres : Ecthyma, Erythrasma, Panaris.

RESULTATS

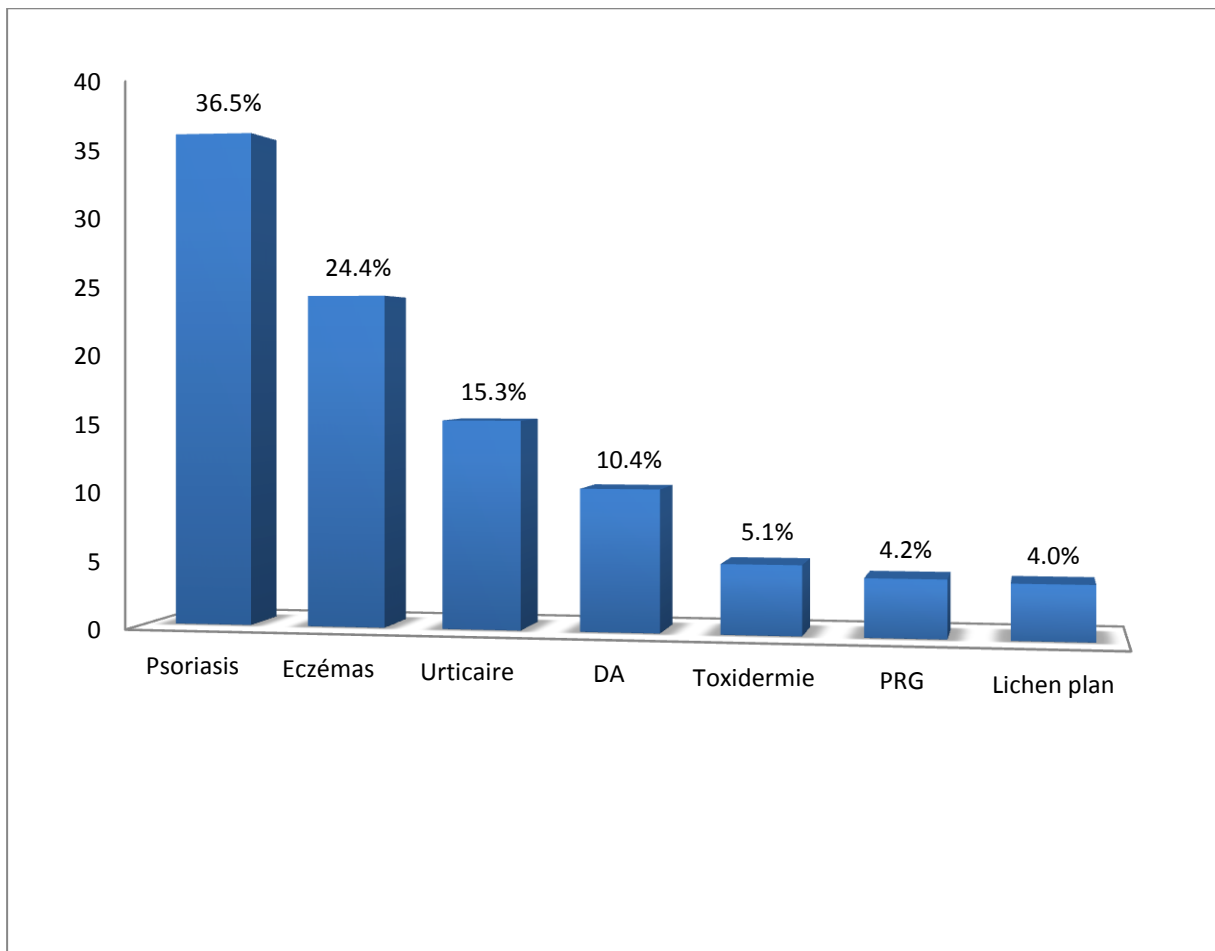
- ➔ Concernant les infections parasitaires, la gale a représenté à elle seule 50% des motifs suivie de la leishmaniose cutanée et des pédiculoses (Graphe 9).



Grphe10 : Répartition selon le type d'infection parasitaire.

b) Les dermatoses inflammatoires (mc2):

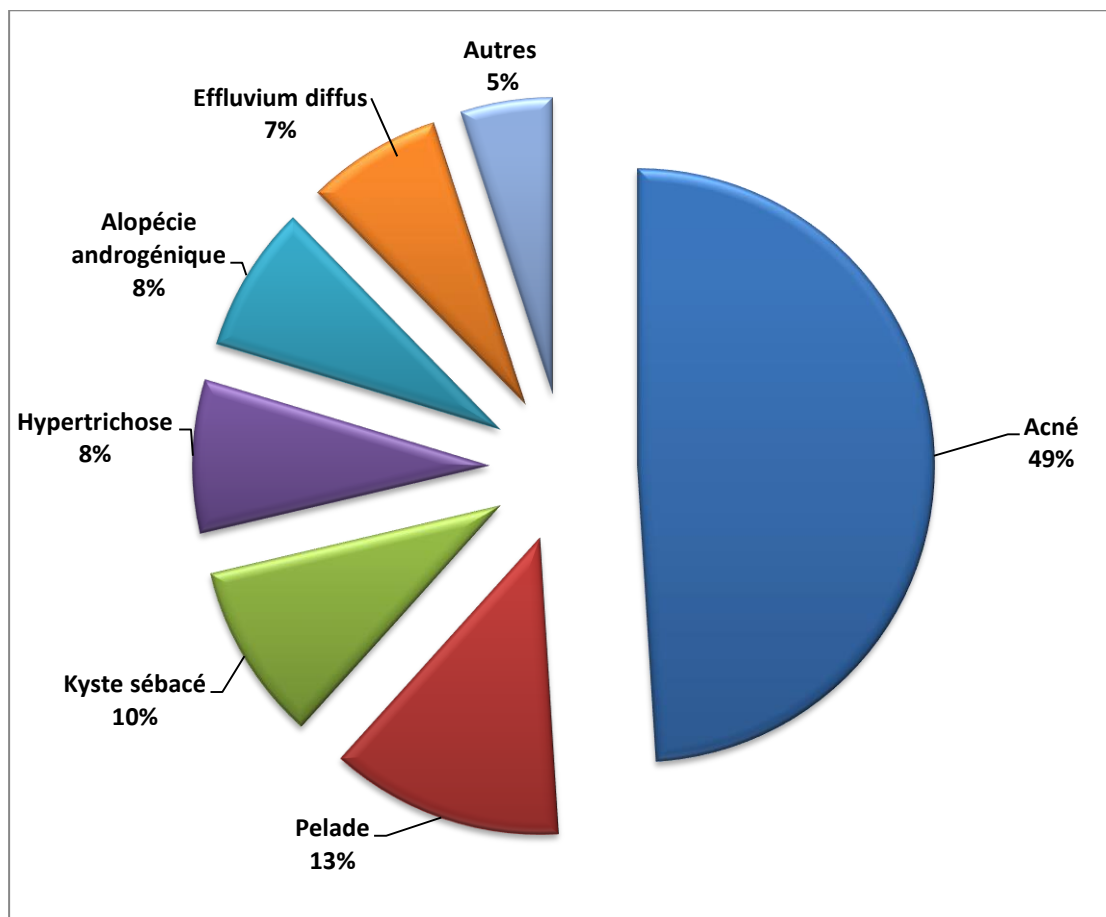
Le psoriasis, les eczémas, les urticaires et la dermatite atopique étaient les motifs les plus fréquents représentant respectivement 36.5%, 24.4%, 15.3% et 10.4% du total des pathologies inflammatoires (Graphe10).



Graphe 11 : Répartition selon le type de dermatose inflammatoire.

c) Les pathologies des annexes (mc6):

49% des pathologies des annexes étaient représentés par l'acné. Par ailleurs, les maladies des poils et des cheveux, en l'occurrence la pelade, l'hypertrichose, l'alopecie androgénique et l'effluvium diffus constituaient 36% de ces des pathologies (Graphe11).



Graphe 12 : Répartition selon le type de pathologies des annexes.

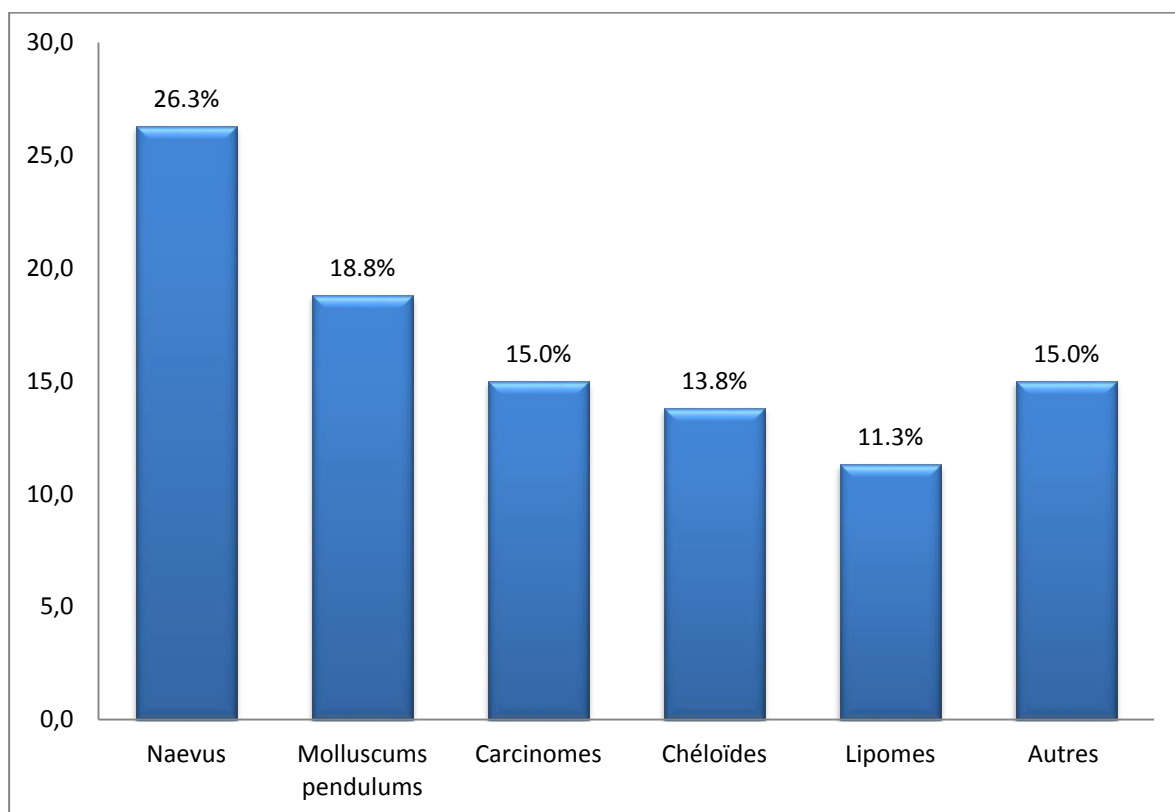
Autres : Ongle incarné, Hidradénite suppurée axillaire, Folliculite décalvante de Quinquaud, Cheveux frisés, Hyperhidrose palmaire.

RESULTATS

d) Les tumeurs cutanées (mc1) :

* Les nævus étaient le motif de consultation le plus fréquent des pathologies tumorales. Ils constituaient 26.3% des motifs.

* Les tumeurs malignes étaient représentées essentiellement par les carcinomes épithéliaux qui constituaient 15% des tumeurs cutanées (Graphe 12). Deux cas de mélanomes ont été recensés.



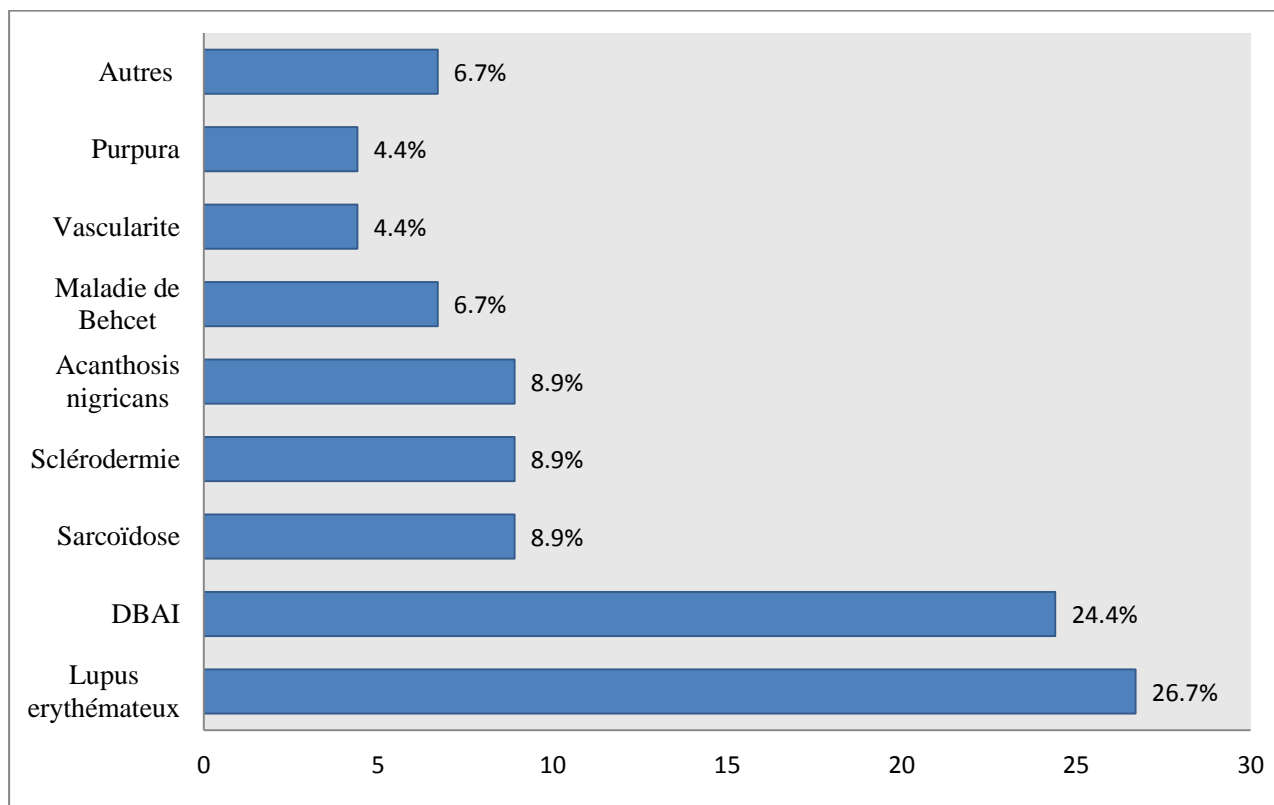
Graphe 13 : Répartition selon le type de tumeur cutanée.

Autres : Sarcome de Kaposi, Mélanome, DSF de Darier Ferrand, Lentigo sénile, Histiocytofibrome, Keratoacanthome, Kératose actinique, Maladie de Bowen, Botriomycome.

RESULTATS

e) L'immunodermatologie et Médecine Interne (mc5) :

Le lupus érythémateux cutané et les dermatoses bulleuses auto-immunes étaient les deux diagnostics les plus fréquents avec respectivement (26.7% et 24.4%), suivis par trois affections qui étaient présentes en proportions égales (8.9%), il s'agissait de la sarcoïdose, de la sclérodermie et de l'acanthosis nigricans (Graphe13).



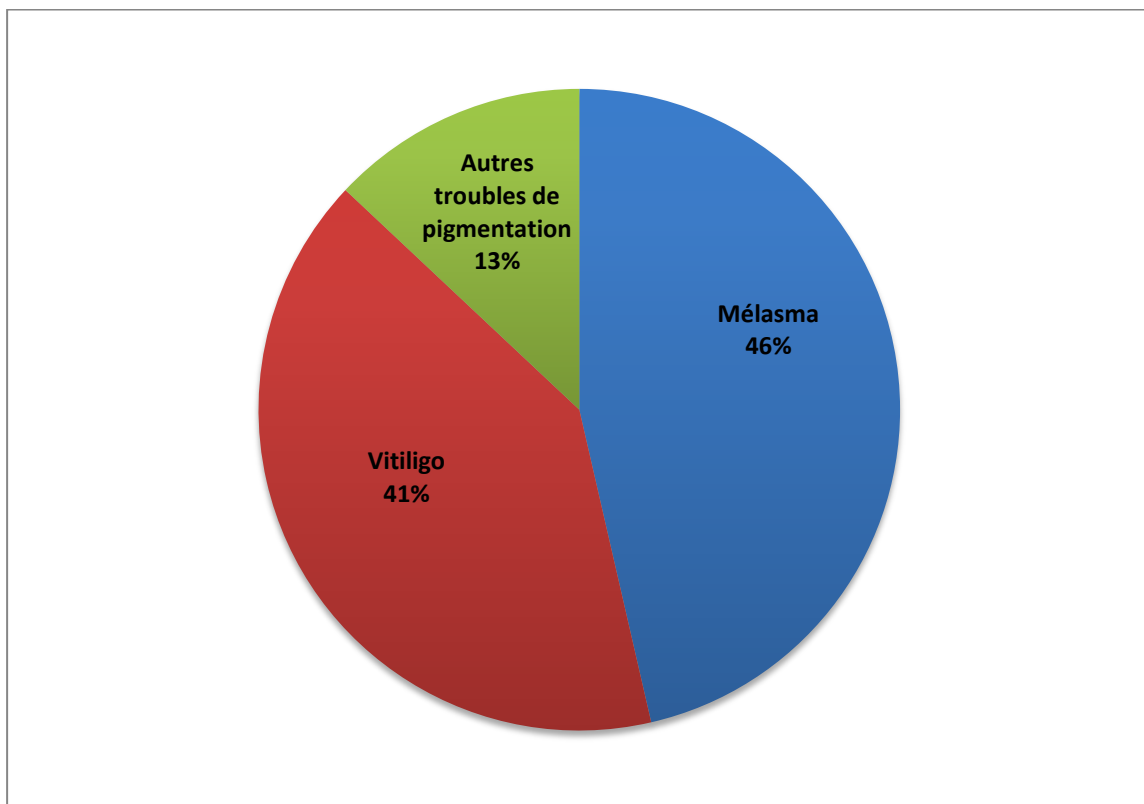
Graphe 14: Répartition selon le type de maladie de système dans le groupe Immunodermatologie et Médecine Interne.

Autres : Acrosyndrome vasculaire, Syndrome des ovaires polykystiques, Syndrome de Sweet.

f) Les troubles pigmentaires (mc11) :

46% des demandes de consultation pour des troubles de la pigmentation étaient pour un mélasma et 41% pour un vitiligo. Les autres causes (13%) étaient surtout des dyschromies d'origine post- inflammatoire, iatrogène, ou mécanique (Graphe14).

Graphe 15: Répartition selon le type de trouble pigmentaire.



Autres : Post inflammatoire, Mécanique, Iatrogène, Mélanodermie.

RESULTATS

g) Les dermatoses topographiques (mc10) :

La rosacée était le diagnostic qui a suscité le plus de consultation représentant 78.9% de toutes les dermatoses topographiques (Tableau16).

Tableau16 : Répartition selon le type de dermatose topographique.

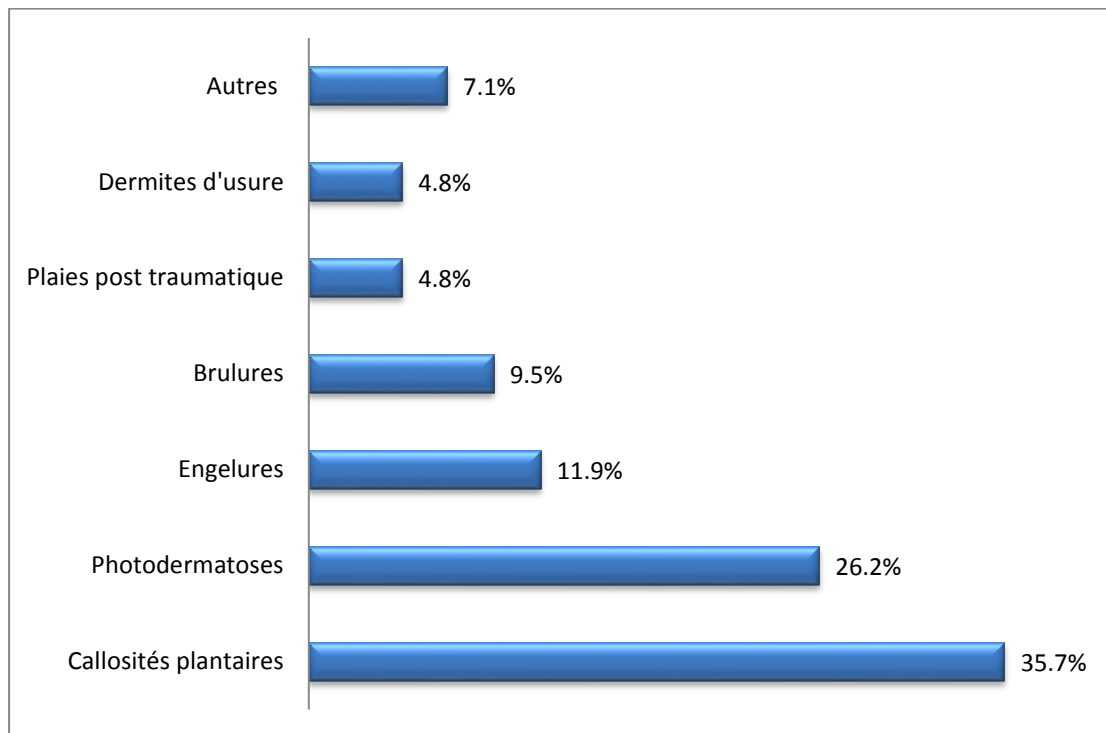
Dermatoses topographiques	Effectifs (N)	Pourcentages (N%)
Rosacée	30	78.9
Autres :	8	21.1
<i>Dermite périorale</i>	3	7.9
<i>Dermite du siège</i>	3	7.9
<i>Flush du visage</i>	2	5.3
Total	38	100.0

h) Les dermatoses par Agent Physique (mc8) :

Pour ce groupe de pathologies, les callosités plantaires et les photodermatoses constituaient ensemble 61.9% des motifs de consultation.

Tableau 17 : Répartition selon le type de dermatose par Agent Physique

Dermatoses par Agent Physique	Effectifs (N)	Pourcentages (N%)	Pourcentages cumulés (%)
Callosités plantaires	15	35.7	35.7
Photodermatoses	11	26.2	61.9
Engelures	5	11.9	73.8
Brulures	4	9.5	83.3
Plaies post traumatique	2	4.8	88.1
Dermites d'usure	2	4.8	92.9
Autres :	3	7.1	100.0
<i>Hyperkératose du front</i>	1	2.4	
<i>Chéilite exfoliative</i>	2	4.7	
Total	42	100.0	



Graphe 16: Répartition selon le type de dermatose par Agent Physique.

10/ Les motifs de consultation en fonction du sexe :

* Quatre groupes de pathologies étaient les plus fréquents dans les deux sexes, il s'agissait des infections cutanées (mc4), des dermatoses inflammatoires (mc2) et des pathologies des annexes (mc6) (Tableau 18).

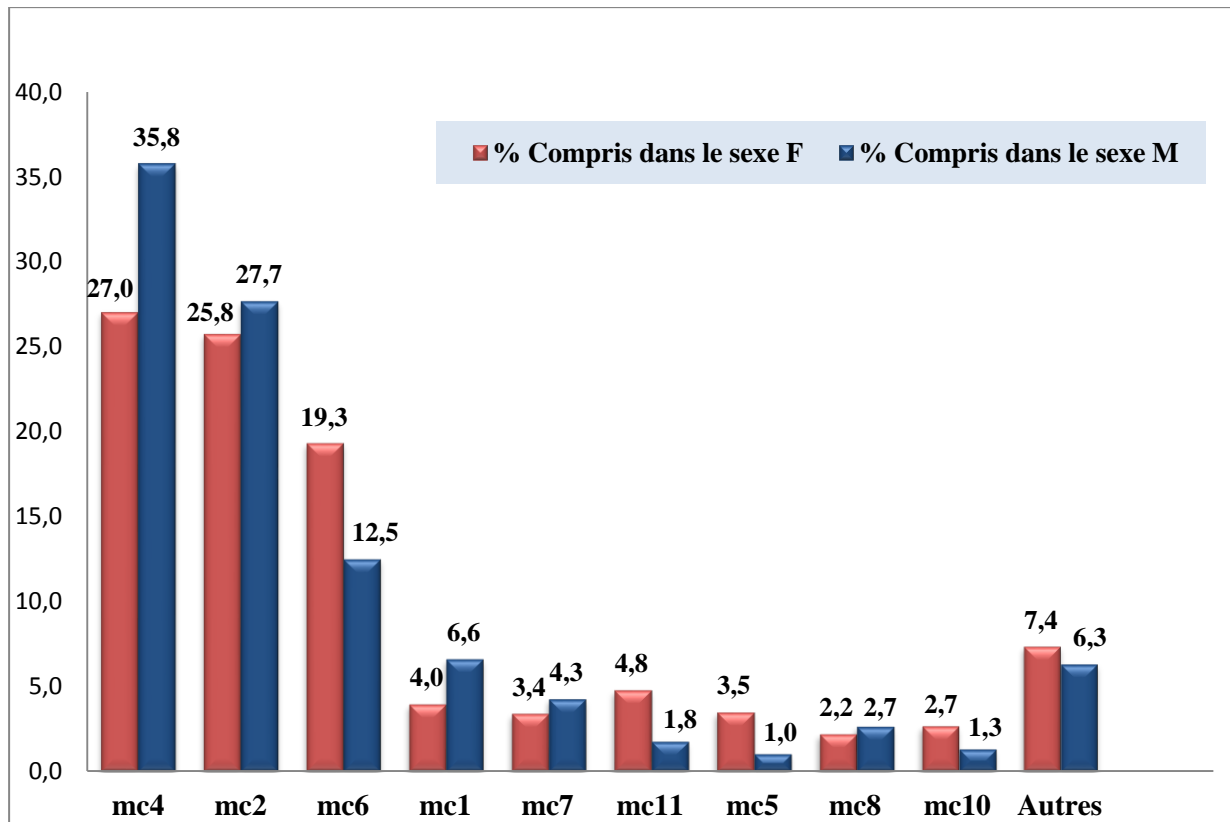
* La prédominance féminine était notée dans tous les groupes de pathologies en particuliers pour les dermatoses inflammatoires (mc2), les pathologies des annexes (mc6), les maladies auto-immunes et de système (mc5), les dermatoses topographiques (mc10) et les troubles pigmentaires (mc11) comparativement aux hommes ($p < 0.05$) (Tableau 18).

* Les tumeurs cutanées (mc1) étaient relativement aussi fréquentes dans les deux sexes avec une légère prédominance masculine. Comparativement aux femmes, les maladies auto-immunes et de système (mc5) n'avaient constitué que 1% dans cette population ($p < 0.05$).

RESULTATS

Tableau 18 : Répartition des motifs de consultation en fonction du sexe.

Motifs de Consultation	Effectifs (N) F	% Compris dans le sexe F	Effectifs (N) M	% Compris dans le sexe M	Total
mc4	294	27.0	243	35.8	537
mc2	280	25.8	188	27.7	468
mc6	210	19.3	85	12.5	295
mc1	43	4.0	45	6.6	88
mc7	37	3.4	29	4.3	66
mc11	52	4.8	12	1.8	64
mc5	38	3.5	7	1.0	45
mc8	24	2.2	18	2.7	42
mc10	29	2.7	9	1.3	38
Autres (mc3,9,12,13,14,15)	80	7.4	43	6.3	123
Total	1087	100.0	679	100.0	1766



Graph 17: Répartition des motifs de consultation en fonction du sexe.

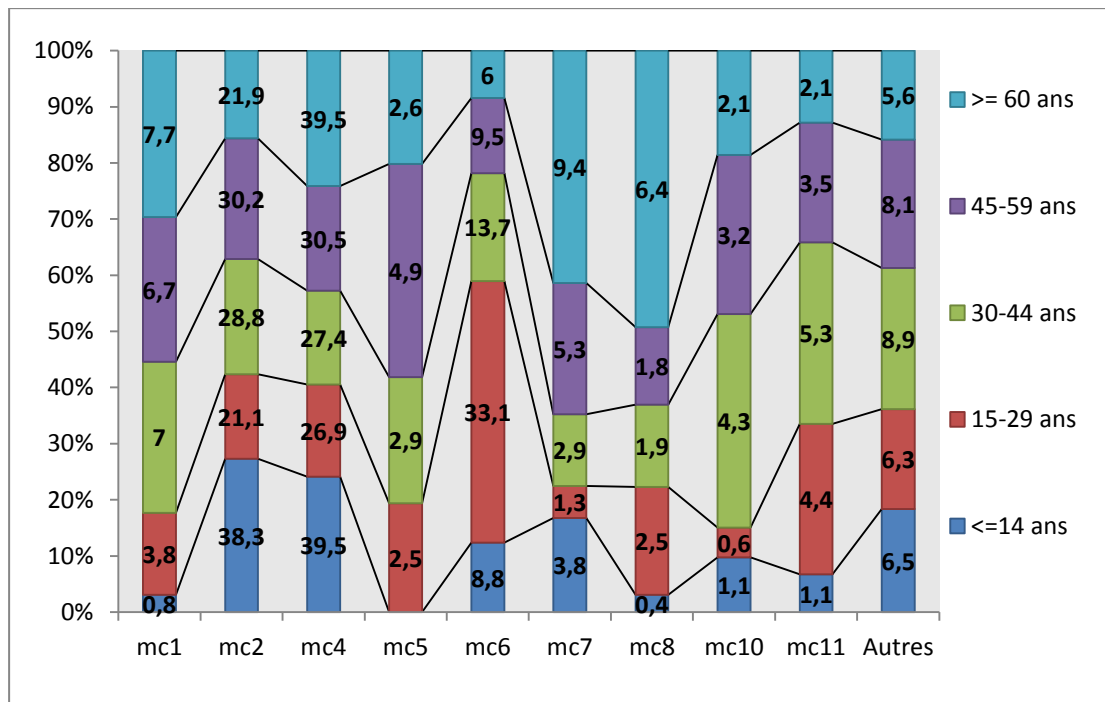
11/ Les motifs de consultation par classes d'âge :

a) La répartition des groupes de pathologies selon les classes d'âge :

- Les deux groupes de pathologies les plus fréquents dans toutes les classes d'âge étaient les infections cutanées (mc4) et les dermatoses inflammatoires (mc2) (Tableau 19, Graphe 17).
- Chez les enfants ≤ 14 ans, les infections cutanées (mc4) et les dermatoses inflammatoires (mc2), étaient les deux groupes de pathologies les plus fréquents avec des taux relativement proches. Aucun cas de maladie auto-immune et de système (mc5) n'était rapporté chez eux (Tableau 19, Graphe 17).
- Les pathologies des annexes (mc6) occupaient la première position de tous les motifs de consultation chez les patients de la classe d'âge entre (15-29) ans et la troisième chez les autres classes mis à part les ≥ 60 ans où elles étaient en sixième position (Tableau 19, Graphe 17).
- Les dermatoses inflammatoires (mc2) étaient le groupe le plus fréquent dans la classe d'âge entre (30-44) ans.
- Les consultations pour troubles pigmentaires (mc11) étaient les plus fréquentes dans les deux classes d'âge (15-29) et (30-44) ans comparativement aux autres classes ($p < 0,05$). Alors que les dermatoses topographiques (mc10) l'étaient pour la tranche d'âge entre (30-44) ans ($p < 0,05$) (Tableau 11).
- Les patients âgés entre (45 et 59) ans constituaient la classe d'âge qui consultait le plus pour des maladies auto-immunes et de système (mc5). Ceux de la classe d'âge (30-44) ans, l'étaient en deuxième position ($p < 0,05$) (Tableau 11).
- Chez les patients ≥ 60 ans, les infections cutanées (mc4) étaient le motif le plus fréquent dans cette tranche d'âge.
Comparativement aux autres classes d'âge, le prurit/ prurigo (mc7), les pathologies tumorales (mc1) et les dermatoses par agent physique (mc8) étaient les motifs les plus fréquents dans cette tranche d'âge ($p < 0,05$) (Tableau 19).

Tableau 19 : Répartition des groupes de pathologies dans les classes d'âge.

Motifs de consultation	Classes d'âge (an)				
	Pourcentages compris dans les classes d'âge (%)				
	(<=14)	(15-29)	(30-44)	(45-59)	(>= 60)
mc1	2 (0.8%)	20 (3.8%)	29 (7%)	19 (6.7%)	18 (7.7%)
mc2	100 (38.3%)	111 (21.1%)	120 (28.8%)	86 (30.2%)	51 (21.9%)
mc4	103 (39.5%)	141 (26.9%)	114 (27.4%)	87 (30.5%)	92 (39.5%)
mc5	0 (0%)	13 (2.5%)	12 (2.9%)	14 (4.9%)	6 (2.6%)
mc6	23 (8.8%)	174 (33.1%)	57 (13.7%)	27 (9.5%)	14 (6%)
mc7	10 (3.8%)	7 (1.3%)	12 (2.9%)	15 (5.3%)	22 (9.4%)
mc8	1 (0.4%)	13 (2.5%)	8 (1.9%)	5 (1.8%)	15 (6.4%)
mc10	3 (1.1%)	3 (0.6%)	18 (4.3%)	9 (3.2%)	5 (2.1%)
mc11	3 (1.1%)	24 (4.4%)	22 (5.3%)	10 (3.5%)	5 (2.1%)
Autres (mc3,9,12,13,14,15)	17 (6.5%)	33 (6.3%)	37 (8.9%)	23 (8.1%)	13 (5.6%)
Total	261 (100.0%)	525 (100.0%)	416 (100.0%)	285 (100.0%)	233 (100.0%)



Graphe 18 : Répartition des groupes de pathologie dans les classes d'âge.

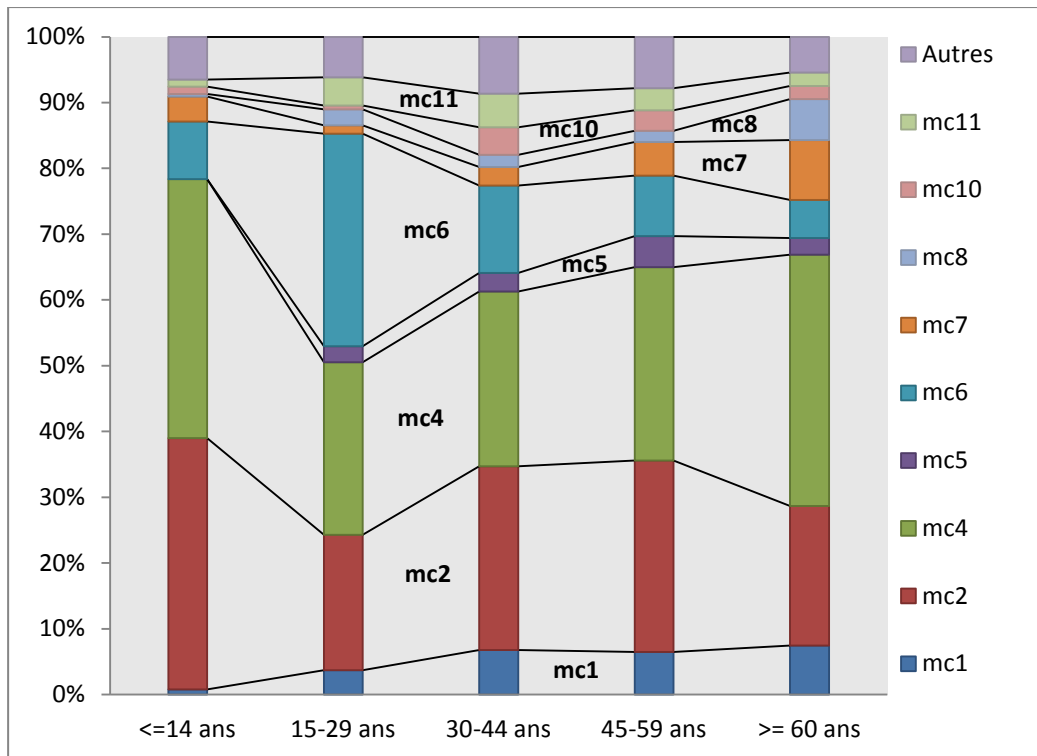
b) L'évolution des groupes de pathologies dans les classes d'âge :

D'une façon générale, il a été constaté que (Tableau19, Graphe 18):

- Il existait une tendance à l'augmentation de la fréquence des tumeurs cutanées (mc1) avec l'âge.
- Les infections cutanées (mc4) et les dermatoses inflammatoires (mc2) étaient les plus fréquentes dans toutes les classes.
- Les pathologies des annexes (mc6) avaient tendance à augmenter avec l'âge, pour atteindre un pic chez les (15-29) ans puis diminuaient progressivement à partir de 30 ans.
- Les maladies auto-immunes et de système (mc5) n'apparaissaient qu'à partir de (15-29) ans pour atteindre un pic de fréquence chez les (45-59) ans puis diminuaient progressivement sans pour autant disparaître.

RESULTATS

- De façon globale, la fréquence des cinq groupes de pathologies : les tumeurs cutanées (mc1), le prurit/prurigo (mc7), les dermatoses par agent physique (mc8), les dermatoses topographiques (mc10) et les troubles pigmentaires (mc11) avaient tendance à augmenter avec l'âge.



Graphe19 : Evolution de la répartition des groupes de pathologies dans les classes d'âge.



12/ Le délais en jours pour avoir un rendez-vous de consultation :

a) La population globale :

La moyenne globale des rendez-vous donnés aux patients avant de consulter le dermatologue était de (10±15.5) jours avec des extrêmes allant de 1 à 90 jours.

b) Le délais en jours pour avoir un rendez-vous de consultation par secteur public/privé :

Le délai moyen des rendez-vous donnés aux malades consultant chez le privé était de (7± 13) jours avec des extrêmes allant de 1jour à 60 jours et de (13± 17) jours avec des extrêmes entre 1 jour et 90 jours pour les patients consultant chez le public.

13/ La présence d'un médecin de famille:

a) La population globale :

15.1 % des consultants déclaraient avoir un médecin de famille. Ce dernier pouvait être un généraliste, ou un spécialiste (Tableau 20).

Tableau 20 : Présence ou pas d'un médecin de famille.

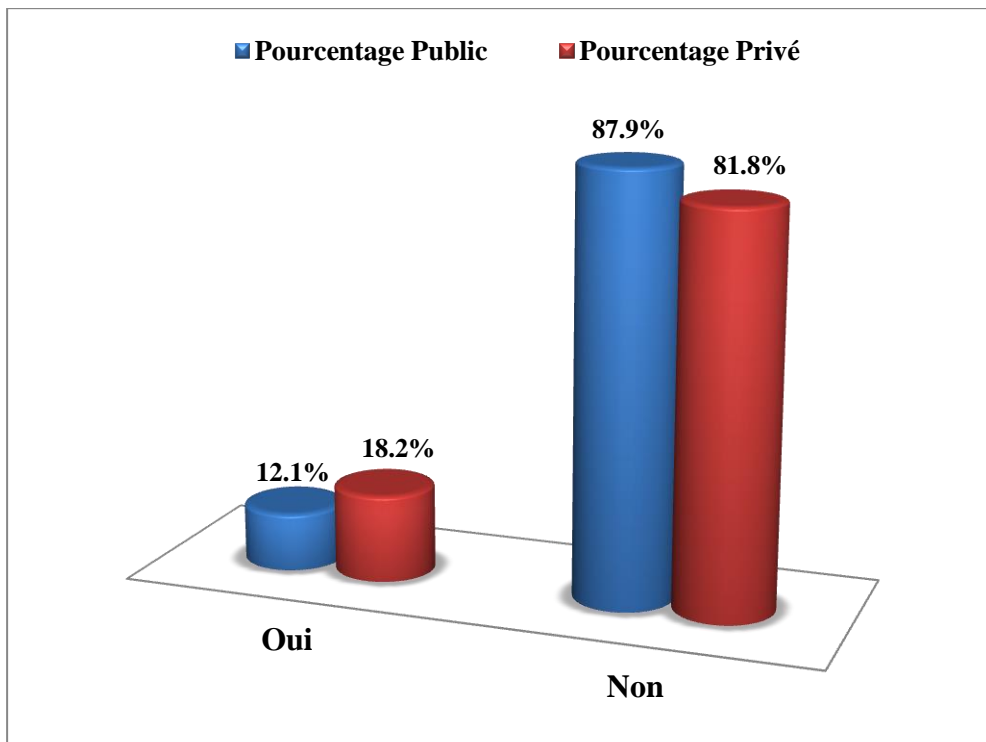
Médecin de Famille	Effectifs (N)	Pourcentages (N%)
Oui	260	15.1
Non	1460	84.9
Total	1720	100.0

b) La présence d'un médecin de famille par secteur de consultation public/privé:

La proportion des patients ayant un médecin de famille et consultant chez le privé était plus élevée que celle des consultants chez le public ($p=0.0001$) (Tableau21).

Tableau21 : Présence d'un médecin de famille par secteur de consultation public/privé.

Médecin de famille	Effectif Public(N)	Pourcentage Public (N%)	Effectif Privé(N)	Pourcentage Privé (N%)	Total
Oui	107	12.1	153	18.2	260
Non	774	87.9	686	81.8	1460
Total	881	100.0	839	100.0	1720



Graphe 20 : Présence d'un médecin de famille par secteur de consultation public/privé.

RESULTATS

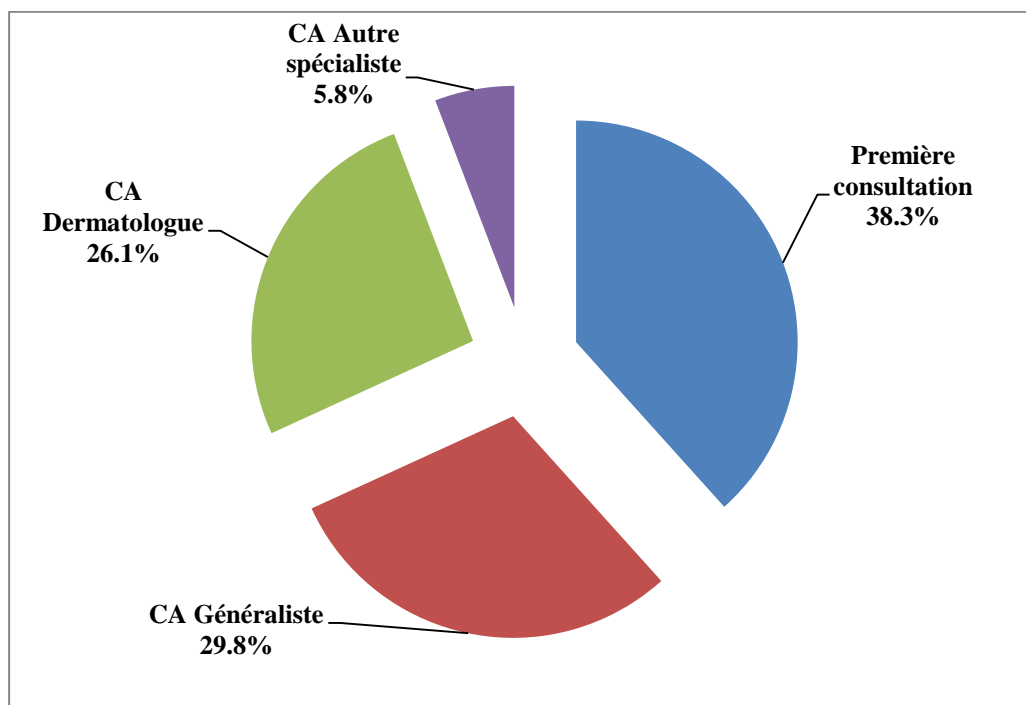
14/ La répartition des patients selon la première consultation et les consultations antérieures :

a) La population globale :

659 patients (38.3%) consultaient directement le dermatologue sans passer par un autre médecin, alors que 1061 (61.7%) avait déjà consulté pour leurs dermatoses, plus d'une fois. Parmi ces derniers, un tiers (29.8%) a consulté chez un généraliste, 26.1% un dermatologue, et 5.8% un spécialiste d'une autre discipline (Tableau 22).

Tableau 22 : La répartition des patients selon la première consultation et les consultations antérieures.

Consultations	Effectifs (N)	Pourcentages (N%)
Première consultation	659	38.3
Consultations antérieures :	1061	61.7
Généraliste	513	29.8
Dermatologue	448	26.1
Autre spécialiste	100	5.8
Total	1720	100.0



Graphe 21 : La répartition des patients selon la première consultation et les consultations antérieures. (CA : consultation antérieure)

RESULTATS

b) La répartition des patients selon la première consultation et les consultations antérieures par secteur public/privé :

*46.2% des patients chez le privé et 30.8% chez le public consultaient directement le dermatologue (Tableau23, Graphe21).

*Pour les autres patients qui avaient des consultations antérieures, le passage dans un premier temps par un médecin généraliste était plus fréquent dans le public. Alors que dans le privé, le pourcentage des patients qui avaient déjà vu un dermatologue était le plus élevé (p= 0.0001).

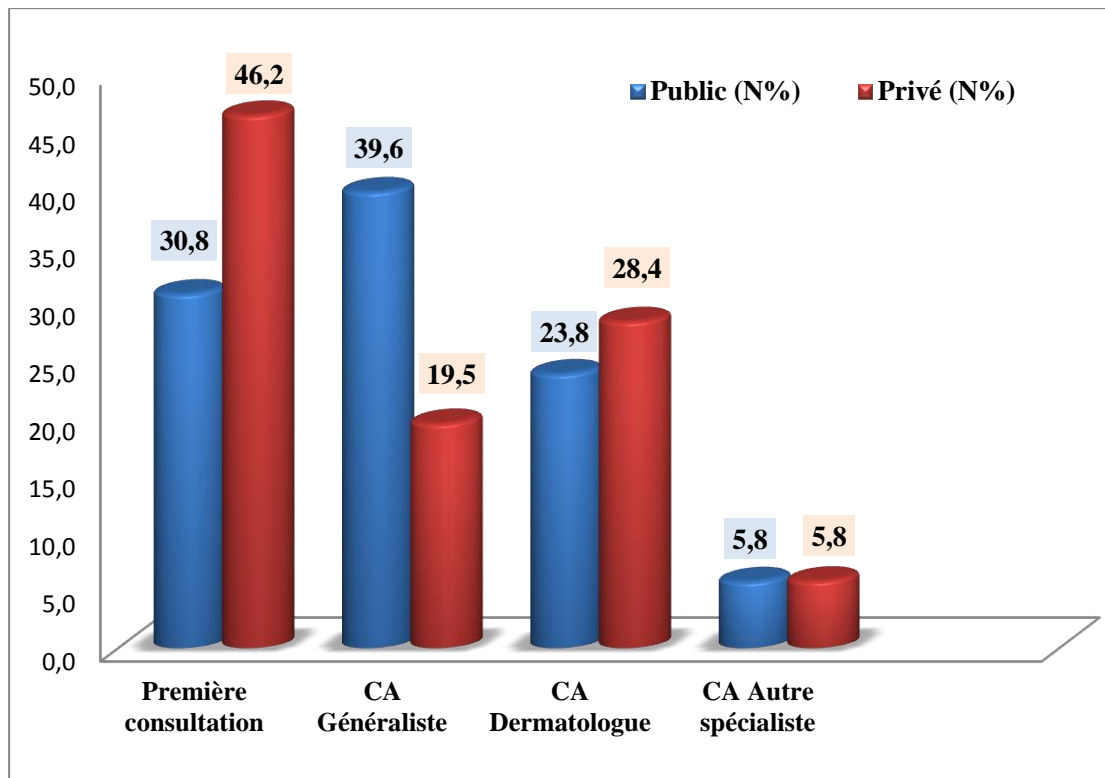
*La consultation chez un spécialiste autre que le dermatologue n'était retrouvée que chez 5.8% des consultants des deux secteurs (Tableau23, Graphe21).

Tableau23 : Répartition des patients selon la première consultation et les consultations antérieures par secteur public/privé.

Consultations	Effectifs Public (N)	Pourcentages Public (N%)	Effectifs Privé (N)	Pourcentages Privé (N%)	Total
Première consultation	271	30.8	388	46.2	659
CA Généraliste	349	39.6	164	19.5	513
CA Dermatologue	210	23.8	238	28.4	448
CA Autre spécialiste	51	5.8	49	5.8	100
Total	881	100.0	839	100.0	1720

CA : Consultation antérieure.

RESULTATS



Graphe22 : Répartition des patients selon la première consultation et les consultations antérieures par secteur public/privé.

15) Les critères de choix du secteur de consultation (public/privé) selon le malade:

a) La population globale :

La qualité de la prise en charge était le critère majeur retenu par les patients dans leur choix du secteur de consultation (public/ privé). Il a été retrouvé chez plus de la moitié des patients (60.5%). Le motif financier n'était évoqué que chez 11.4% des patients (Tableau24).

Tableau24: Répartition selon le choix du secteur de consultation (public/privé) par le patient.

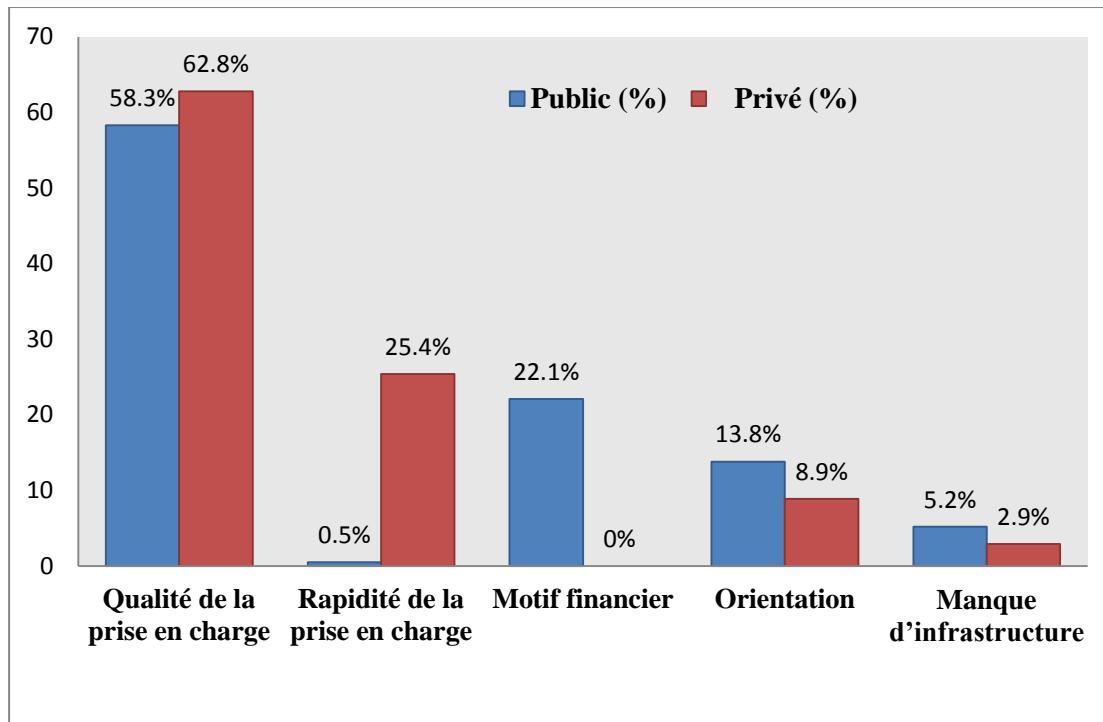
Choix du secteur	Effectifs (N)	Pourcentage (N%)
Qualité de la prise en charge	1041	60.5
Rapidité de la prise en charge	217	12.6
Orientation	197	11.5
Motif financier	196	11.4
Manque d'infrastructure	71	4.1
Total	1720	100.0

b) Les critères de choix du patient par secteur (public/privé) :

- Les deux paramètres qui renaient en considération dans le choix du secteur libéral selon les consultants étaient, la qualité et la rapidité de la prise en charge. Aucun des patients n'avait évoqué le motif financier comme critère de choix. Par ailleurs, ce dernier a été le deuxième critère retenu par les patients qui avaient choisi le secteur public soit dans (22%) des cas (Tableau25).
- Le critère de la rapidité était évoqué chez (25.4%) des patients dans le secteur privé alors qu'il n'était pas jugé comme un critère de choix dans le secteur public puisqu'il n'a été retrouvé que dans 0.5% des cas.
- Le manque d'infrastructure ne semblait pas intervenir beaucoup dans le choix de l'un des deux secteurs ($p= 0.0001$).

Tableau 25: Répartition selon le choix du patient par secteur public/privé.

Choix du secteur	Effectifs Public (N)	Pourcentages Public (N%)	Effectifs Privé (N)	Pourcentages Privé (N%)	Total
Qualité de la prise en charge	514	58.3	527	62.8	1041
Rapidité de la prise en charge	4	0.5	213	25.4	217
Orientation	122	13.8	75	8.9	197
Motif financier	195	22.2	0	0.0	195
Manque d'infrastructure	46	5.3	24	2.9	70
Total	881	100.0	839	100.0	1720



Graphe 23 : Répartition selon le choix du patient par secteur public/privé.

16/ La répartition en fonction de l'affiliation du patient à une assurance maladie :

a) La population globale :

74.2% soit environ les 3/4 de la population globale étaient assurés. La majorité était affiliée à la CNAS (Tableau26).

Tableau 26 : Répartition selon l'affiliation à une assurance maladie.

Affiliation à une assurance	Effectifs (N)	Pourcentages (N%)
Assurés :	1276	74.2
<i>CNAS</i>	1165	91.3
<i>CASNOS</i>	95	7.4
<i>Militaire</i>	16	1.3
Non Assurés	444	25.8
Total	1720	100.0

RESULTATS

b) Le type d'affiliation à une assurance maladie selon le secteur public/privé :

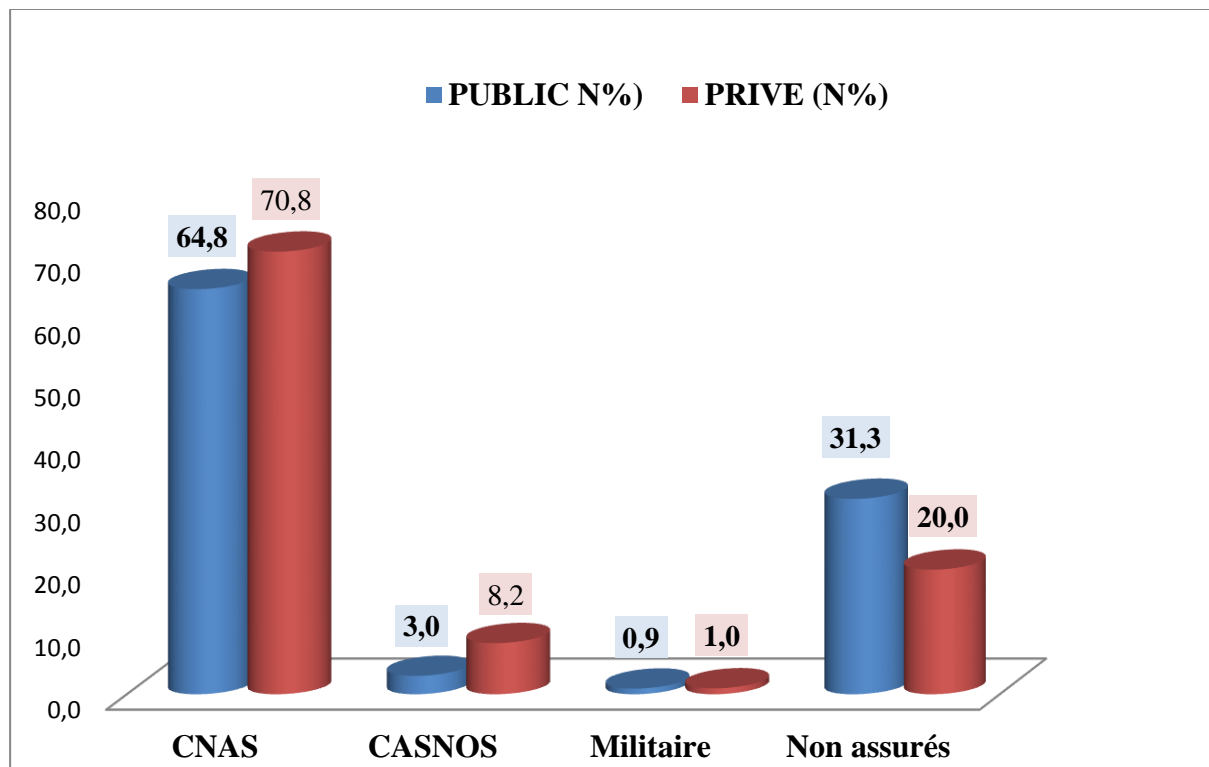
* 80 % des patients qui consultaient dans le privé étaient assurés, alors que seulement 68.7% l'étaient dans le secteur public ($p= 0.0001$) (Tableau27)

* Même si la majorité des assurés étaient affiliés à la CNAS dans les deux secteurs, il en reste que les affiliés à la CASNOS ont tendance à côtoyer plus le secteur privé ($p=0.0001$) (Tableau27).

* Pour les non assurés, ils s'orientaient plus vers le public que vers le privé ($p=0.0001$) (Tableau27).

Tableau 27: Répartition selon le type d'affiliation à une assurance maladie par secteur (public/privé).

Affiliation à une assurance	Effectifs Public (N)	Pourcentages Public (N%)	Effectifs Privé (N)	Pourcentages Privé (N%)	Total
Assurés :	605	68.7	671	80.0	1276
-CNAS	571	94.4	594	88.5	1165
-CASNOS	26	4.3	69	10.3	95
-Militaire	8	1.3	8	1.2	16
Non Assurés	276	31.3	168	20.0	444
Total	881	100.0	839	100.0	1720



Graphe 24: Répartition selon le type d'affiliation à une assurance maladie par secteur (public/privé).

DISCUSSION

A/-Etude descriptive de la population de l'étude :

1/ La répartition selon le sexe:

Les femmes représentaient la majorité des consultants avec (61.3%) et un sexe ratio de 0.63. Selon les données de l'Office National des Statistiques (ONS) estimées au premier janvier 2021, la population résidente totale en Algérie avait atteint 44 600 000 habitants, ce qui en fait le huitième pays d'Afrique par son poids démographique et le trente-cinquième pays dans le monde (167). Selon la même source, la population masculine représentait 50.7 % de la population totale contre 49.3% de femmes.

En France, une enquête évaluant l'activité médicale des dermatologues libéraux a noté que 62% des consultants étaient des femmes (60). Cette prédominance féminine était rapportée par plusieurs études (176-180).

Dans une étude évaluant l'impact des onychomycoses sur la qualité de vie des patients dans un hôpital militaire au Maroc (181), 44.2 % des femmes étaient complexées par leur problème d'ongle. Parmi les patients avec onychomycose, 77 % étaient gênés par l'apparence de leurs ongles, 62.8 % étaient perturbés par l'apparence physique de l'ongle pathologique et 69.0 % considéraient que ce problème d'ongle était une nuisance.

En effet, les dermatoses touchent les deux sexes et toutes les tranches d'âge mais paraissent mobiliser plus les femmes (182). Une étude Italienne (183) qui avait évalué l'impact psychologique des dermatoses et en particulier du psoriasis sur la qualité de vie des patients, montrait que le vécu de la maladie était plus douloureux chez les femmes et les personnes plus âgées ce qui peut les motiver à consulter plus.

2/ La répartition selon l'âge :

Presque la moitié des consultants étaient des jeunes de moins de 30 ans et environ 70% avaient moins de 45ans. Les personnes âgées de 60 ans et plus n'ont représenté que 13.5%.

Nos résultats concordent avec les données de l'Office National des Statistiques (ONS) qui a recensé 60 % des personnes en âge d'activité, c'est-à-dire entre 15 et 59 ans. En revanche, la part des personnes âgées de 60 ans et plus était à 9.5% (167).

Les pathologies cutanées semblaient mobiliser plus les jeunes. En effet, dans l'étude Française (60) mentionnée plus haut, 82% des malades avaient plus de quinze ans.

Ceci peut être expliqué par la fréquence de certaines dermatoses dans cette tranche d'âge comme par exemple : la DA, les acnés, les eczémas, le psoriasis...dont certaines peuvent avoir un caractère affichant qui risque d'altérer l'image du soi et donc de la qualité de vie. Il semblerait que, l'atteinte de l'image du soi est surtout importante lorsque la dermatose concerne un adolescent ou un adulte jeune (184).

En effet, les patients souffrant de maladies inflammatoires de la peau ont une plus grande altération de la qualité de vie. Sur une question de l'effet des maladies cutanées sur les relations socioprofessionnelles des patients, les femmes ont obtenu un score plus élevé (ont été plus affectées) que les hommes (182).

3/ La répartition selon les wilayas d'origine :

La majorité des patients qui ont consulté dans les deux wilayas était originaires de l'Est Algérien, allant de l'extrême Nord-Est (Taref) à l'extrême Sud-Est (Tamanrasset) avec une disproportion géographique entre les régions. La proximité géographique pourrait ainsi conditionner la répartition des patients entre les deux régions de Constantine et d'Annaba.

Il a tout de même été noté que le pourcentage des consultants hors wilaya était plus élevé à Annaba qu'à Constantine avec respectivement (31.2% et 12.5%) donc, plus du double. Les wilayas concernées étaient par ordre de fréquence décroissant: Taref, Guelma et Skikda. Cela est probablement en rapport avec le manque de médecins spécialistes dans ces régions notamment à Taref (wilaya frontière avec la Tunisie) et un nombre plus élevé de dermatologues privés à Annaba (la ville la plus proche de ces wilayas) qu'à Constantine au moment de l'étude.

4/ La répartition selon les antécédents pathologiques (ATCD) pathologiques :

L'HTA et le diabète ont été les deux affections les plus fréquentes. Elles étaient retrouvées chez à peu près la moitié des patients ayant des antécédents pathologiques. En Algérie, ces deux pathologies constituent un véritable problème de santé publique de par leur fréquence de plus en plus en augmentation, du coût engendré par leur prise en charge, mais surtout des complications qui leurs sont associées.

Discussion

Selon la 3^{ème} étude nationale des indications multiples menée par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, en collaboration avec l'ONS et des représentations des Nations Unies à Alger, le diabète venait en deuxième position au classement des maladies chroniques, derrière l'HTA en Algérie (185).

A l'échelle du Grand Maghreb, la charge globale de morbidité dans la population maghrébine était composée de trois problèmes de santé majeurs: les maladies cardiovasculaires, les cancers et le diabète sucré (186). Selon les dernières données de l'OMS, environ 422 millions de personnes dans le monde sont atteintes de diabète et 1.28 milliard de personnes âgées de 30 à 79 ans sont atteintes d'HTA dont la majorité d'entre elles (les deux tiers) vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (187).

On connaît à ces deux états morbides deux types de facteurs de risques. Ceux qui sont modifiables, en rapport avec le comportement de la personne tels que l'obésité, la sédentarité, le tabagisme, l'alcool et une alimentation déséquilibrée (riche en sel ou en graisses saturées et insuffisante en fruits et en légumes). Ces facteurs sont en augmentation dans tous les pays (187).

Les autres facteurs de risque dits non modifiables, sont liés aux antécédents familiaux d'HTA et de diabète, à l'âge et à la coexistence d'autres pathologies (187,188). L'HTA et le diabète ont été rapportés parmi les comorbidités fréquemment associées au psoriasis et à la DA. Ainsi, hormis les maladies allergiques (asthme, rhinite, allergies alimentaires uniquement pour la DA) spécifiquement associées à la DA, des pathologies métaboliques comme l'obésité, le diabète, l'HTA, hypercholestérolémie, les maladies cardio-vasculaires et cérébro-vasculaires et les maladies neuropsychiatriques comme l'anxiété, la dépression, les comportements addictifs ont été significativement associées à ces dermatoses inflammatoires (189).

Les raisons invoquées étaient, l'exposition à des facteurs environnementaux similaires aux comorbidités ou bien, un effet synergique avec l'inflammation systémique, comme c'est le cas dans d'autres maladies inflammatoires à médiation immunitaire. Il est donc fondamental de prendre en considération ces comorbidités car leur identification permettra d'évaluer le fardeau de la maladie, d'orienter le dépistage et d'adapter la prise en charge des patients.

B/-La répartition des principaux groupes de pathologies pris en charge :

1)- La population globale:

Les infections cutanées (mc4), les dermatoses inflammatoires (mc2), les pathologies des annexes (mc6) et les tumeurs cutanées (mc1) ont représenté les quatre groupes de pathologie les plus fréquents. Ils ont constitué 78.6% des demandes de consultation.

Les diagnostics les plus fréquents pour chaque groupe de pathologies étaient :

- **Pour les infections cutanées (mc4):**
 - Les infections mycosiques : les onychomycoses, les intertrigos et le PV.
 - Les infections virales : les verrues et le zona.
 - Les infections bactériennes : les folliculites, l'impétigo et l'érysipèle.
 - Les infections parasitaires : la gale, la leishmaniose cutanée et les pédiculoses.
- **Pour les dermatoses inflammatoires (mc2):** le psoriasis, les eczémas, les urticaires et la dermatite atopique (DA).
- **Pour les pathologies des annexes (mc6):** l'acné, la pelade et les kystes sébacés.
- **Pour les tumeurs cutanées (mc1):** les nævus, les molluscums pendulums, les carcinomes cutanés et les chéloïdes.

Les autres diagnostics étaient par ordre de fréquence décroissant :

- **Les prurits/ prurigo (mc7).**
- **Les troubles pigmentaires (mc11) :** en chef de fil le mélasma et le vitiligo.
- **L'immunodermatologie et médecine interne (mc5) :** dominées par le lupus cutané et les dermatoses bulleuses.
- **Les dermatoses topographiques (mc10) :** représentées essentiellement par la rosacée.
- **Les dermatoses par agent physique (mc8) :** représentées par les callosités plantaires et les photodermatoses.

Discussion

L'ordre de fréquence était identique pour les trois premiers groupes de pathologies à savoir, les infections cutanées (mc4), les dermatoses inflammatoires (mc2) et les pathologies des annexes (mc6) dans les deux secteurs (Public / Privé) et les deux régions (Constantine / Annaba).

Dans une étude évaluant l'activité globale d'un service de dermatologie de l'Ouest Algérien (Tlemcen) durant la période entre 1982-2017 (176), quatre groupes de pathologies constituaient l'essentiel de cette activité: les troubles de la différenciation épidermique (essentiellement le psoriasis) avec 66.1 % ; les dermatoses infectieuses (les infections non spécifiques et les mycoses) avec 21.5 % les eczémas et les dermatoses spongiformes avec 10.4 % et les dermatoses tumorales (essentiellement les kystes épidermiques, les carcinomes basocellulaires et épidermoïdes) avec 0.02 %.

En Tunisie, les dermatoses les plus fréquentes en consultation externe étaient, les infections cutanées, principal groupe de pathologies 38.6 %, suivies par les pathologies des annexes 14.3 %, les maladies allergiques de la peau 13.6 % et les tumeurs (7.8 %) (177).

Une méta-analyse colligeant toutes les études épidémiologiques s'intéressant au poids des pathologies cutanées dans différentes zones géographiques d'Arabie saoudite (178), rapportaient que les pathologies les plus fréquentes étaient les troubles des annexes (acné et alopecies) avec 24.8 %, les eczémas et les dermatoses spongiformes (eczéma de contact et DA) avec 24%. Les infections cutanées représentaient environ 18.5 % tandis que les troubles de la kératinisation (psoriasis, lichen plan) représentaient 5.3 % des maladies cutanées. Les cancers de la peau 5%, étaient représentés essentiellement par les carcinomes épidermoïdes et basocellulaires (178).

Une synthèse des résultats d'études sur le profil des maladies de la peau au Nigéria (190) sur une période de 16 ans, avait rapporté que trois groupes de pathologies constituaient plus de la moitié des dermatoses. Il s'agissait des eczémas, des infections cutanées et des pathologies des annexes. Les autres dermatoses étaient par ordre de fréquence décroissant, les urticaires et les réactions médicamenteuses, les troubles papulo-squameux, les troubles pigmentaires et les tumeurs cutanées.

Discussion

Au Kinshasa (Congo), une enquête sur le profil épidémiologique des affections dermatologiques dans un centre hospitalier, avait conclu que les dermatoses infectieuses étaient le motif principal de consultation (191).

En Amérique Latine, les infections cutanées (mycosiques, virales et parasitaires) constituaient 34.5% des motifs de consultation au Mexique (192) et 39.6% dans huit autres pays (193), avec une tendance à l'augmentation de la prévalence de ces infections dans ces pays (192).

En France, l'évaluation de l'activité de consultation de trois services de dermatologie (17), montrait que les principaux groupes pris en charge en consultation hospitalière étaient par ordre de fréquence décroissant : l'allergologie 17% (les eczémas dont la dermatite atopique, les urticaires, les toxidermies), la cancérologie cutanée 16% (les naevus, les tumeurs bénignes, les carcinomes cutanés, les lymphomes, les mélanomes), l'angéiologie 15%, l'infectiologie 11%, le psoriasis 8%, l'immunodermatologie et la médecine interne 6%, et les pathologies des annexes 6% en dernière position.

En Ecosse (18), les pathologies cutanées qui ont motivé le plus de consultation étaient: les tumeurs cutanées (40%), les verrues (13%), l'eczéma et la dermatite atopique (13%), les tumeurs malignes (8%), le psoriasis (4%), l'infectiologie (4%) l'acné et la rosacée (3%).

Les maladies infectieuses (mc4) ont constitué dans notre étude le premier motif de consultation en représentant 30.4% de tous les motifs cutanés et figuraient parmi les trois principaux groupes de pathologies les plus fréquents dans la plupart des études réalisées dans les pays en voie de développement ((176-179), (190-194).

Par ailleurs, les tumeurs cutanées (les mélanomes, les carcinomes) les dermatoses inflammatoires (le psoriasis, la dermatite atopique, les eczémas) et l'acné ont constitué les principaux groupes de pathologies dans les pays européens les plus riches (17,18,25).

Cette différence dans la fréquence des dermatoses d'un pays à un autre est due probablement au mode de recrutement des patients (hospitalier, consultation externe) mais aussi à des facteurs géographiques, ethniques, génétiques (194) et socioéconomique de chaque pays (25,194). En effet, le niveau socioéconomique joue un rôle majeur dans la morbidité cutanée et la qualité de vie des patients (25).

Discussion

Dans une étude évaluant l'impact du niveau socioéconomique sur la fréquence et la répartition géographique des affections dermatologiques dans 50 pays asiatiques (26), les pays à revenu élevé, présentaient une fréquence élevée de dermatoses inflammatoires (la DA, la dermatite de contact, le psoriasis, le prurit) d'acné, d'alopécie, d'ulcères de décubitus, et de dermatite séborrhéique. Les dermatoses infectieuses étaient plus importantes dans les pays asiatiques à faible revenu. Les tumeurs cutanées étaient relativement moins fréquentes en Asie selon cette même étude.

Tableau 28 : Comparaison des principaux groupes de pathologies selon les études.

Etude	Pays	Principaux groupes de pathologies			
		Infections cutanées (mc4) %	Dermatoses inflammatoires (mc2) %	Pathologies des annexes (mc6) %	Tumeurs cutanées (mc1) %
Notre étude	Algérie	30.4	26.5	16.7	5
Boudghene et al. [176]	Algérie	21.5	10.4 (hors psoriasis)	-	0.02
Souissi et al. [177]	Tunisie	38.6	13.6	14.3	7.8
Almohideb et al. [178]	Arabie Saoudite	18.5	24 (hors psoriasis)	24.8	5 (malignes)
Harris et al. [18]	Ecosse	4	13 (hors psoriasis)	-	40
Lambert et al. [17]	France	11	17 (hors psoriasis)	6	16

Les infections mycosiques superficielles sont des motifs fréquents de consultation en dermatologie mais aussi en médecine générale (195). On estime qu'environ 25 % de la population mondiale est affectée par ces infections (196-198).

La répartition géographique de ces dernières dans le monde varie d'un pays à un autre et les tableaux cliniques sont divers en fonction de l'espèce fongique, de l'état immunitaire de l'hôte, du site d'infection (199) et des conditions socio-économiques (200). Une forte prévalence des mycoses superficielles a été rapportée par plusieurs études épidémiologiques en Afrique (177,181,190,201), en Asie (178,180,194), et en Amérique Latine (192,193).

Discussion

Dans notre étude, elles ont constitués plus de la moitié des infections cutanées. Les onychomycoses étaient les plus fréquents parmi les mycoses en représentant (32.8%) suivis par les intertrigos (20.6%), le PV (14.7%) et les dermatophyties plantaires (10.3%). Les teignes du cuir chevelu n'ont représenté que 5% des infections mycosiques.

En Algérie, une enquête épidémiologique réalisée dans le département de dermatologie de l'Hôpital Central de l'Armée à Alger (201) avait rapporté que les *Tinea pedis* (pied d'athlète) et les onychomycoses étaient les plus fréquents parmi les infections mycosiques en représentant respectivement 63.6% et 17.7% des infections fongiques avec une prévalence globale de 15% et 4.6% respectivement.

Selon les résultats d'une étude rétrospective sur les mycoses superficielles diagnostiquées au laboratoire de parasitologie-mycologie du CHU de Constantine (Algérie) durant une période de trois années consécutives, le PV (28%) et les onychomycoses (27%) étaient prédominants. Les teignes du cuir chevelu représentaient (16%). (202).

Toujours en Algérie, les onychomycoses représentaient (49.71 %) des prélèvements mycologiques réalisés au laboratoire de parasitologie et mycologie du CHU de Sétif durant une période de dix ans (203).

En Tunisie (177), les intertrigos inter-orteils et les onychomycoses représentaient (66.2%) des infections fongiques en consultation externe. En milieu hospitalier, l'analyse des prélèvements cutanés pour infections mycosiques, réalisés dans un laboratoire de parasitologie sur une période de 8 ans, a relevé que les onychomycoses étaient les plus fréquents (33.9%), suivis par les dermatophyties palmo-plantaires (27.2%), les intertrigos (21.3%) et les teignes (8%) (204).

D'après les données recueillies auprès d'un service hospitalier de dermatologie tunisien et dans vingt-neuf Centres de Santé de Base de l'agglomération, les onychomycoses (41%), le PV (17 %), l'intertrigo et la dermatophytie plantaire (21%) ont représenté les principaux diagnostics retenus parmi les infections mycosiques (205).

Au Moyen Orient cette fois ci, les infections fongiques les plus fréquemment signalées dans différentes régions d'Arabie Saoudite étaient les dermatophytoses (6.6%) et les onychomycoses (2.8%) (178).

Discussion

Au nord de l'Inde, les dermatophytoses et le PV étaient les principales infections mycosiques présentés par les patients en consultation ambulatoire (149).

En Turquie (180) les trois dermatoses fongiques les plus fréquentes en consultation externe d'un service de dermatologie étaient par ordre de fréquence décroissant, le Tinea pedis (pied d'athlète) 49.9%, le tinea unguium (onychomycose dermatophytique) 33.3% et le PV. La teigne du cuir chevelu a été détectée à un taux faible 1.35%.

En Europe, les dermatophyties de la peau glabre mais surtout des ongles étaient le principal motif de consultation en France dans deux études (206,207). Toujours dans le même pays et d'après une seconde enquête, les onychomycoses ont représenté 15 à 20% des motifs de consultation en cabinet de médecine générale et libérale (208).

Tableau 29 : Comparaison des taux des principales infections mycosiques selon les études.

Etude	Pays	Principales infections mycosiques			
		Onychomycoses (%)	Tinea pedis (%)	Dermatophyties plantaires (%)	Teignes (%)
Notre étude	Algérie	32.8	-	10.3	5
Djeridane et al. [201]	Algérie	17.7	63.6	-	-
Benmezdad et al [202]	Algérie	27			16
Ilham et al. [203]	Algérie	49.71	-	-	-
Souissi et al. [177]	Tunisie	66.2	-	-	-
Neji et al. [204]	Tunisie	33.9	-	27.2	8
Jarraya et al. [205]	Tunisie	41	-	21	-
Almohideb et al [178]	Arabie Saoudite	2.8	-	6.6	-
Ersan Bilgili et al. [180]	Turquie	33.3	49.9	-	1.35
Guibal et al. [208]	France	15-20	-	-	-

Discussion

Des facteurs de risque de développer une infection mycosique étaient retrouvés et étudiés dans des études épidémiologiques menées en Afrique, notamment le climat, l'environnement urbain ou rural, le niveau socio-économique, les habitudes culturelles, le sexe et l'âge (209). L'usage de corticoïdes topiques pour éclaircir la peau a été également incriminé notamment chez les femmes africaines. (210).

Bien que le climat chaud et humide soit associé à une prévalence accrue des mycoses cutanées, (211) il a été noté à travers ces études épidémiologiques, une répartition géographique inégale de ces infections.

Une forte prévalence des teignes du cuir chevelu (*tinea capitis*) a été signalée dans les régions tropicales et subtropicales d'Afrique en particulier chez les enfants des catégories sociales les plus démunies et vivants en zones rurales (212-214) alors qu'en Afrique du Nord, une incidence plus élevée de *tinea pedis* (pied d'athlète) et d'onychomycoses a été rapportée (209).

Notre étude confirme cette tendance épidémiologique puisque les onychomycoses constituaient l'essentiel des infections mycosiques, les intertrigos et les dermatophyties plantaires étaient respectivement en deuxième et en quatrième position en termes de fréquence. Elle rejoint donc celles des pays développés notamment de l'Europe de l'Ouest et des USA (215-217).

La fréquence des mycoses des pieds et en particuliers des onychomycoses dans ces pays a été expliquée par l'urbanisation croissante et des pratiques sociales comme l'utilisation de douches collectives, la fréquentation des piscines, la pratique de sport et le port de chaussures occlusives notamment pour certaines professions (190,201,204).

Autre facteur lié au préjudice esthétique était rapporté par les études et pouvant lui aussi, expliquer la fréquence des onychomycoses en consultation. Dans une étude évaluant l'impact des onychomycoses sur la qualité de vie des patients dans un hôpital militaire au Maroc (181), parmi les patients avec onychomycose, 77 % étaient gênés par l'apparence de leurs ongles, 62.8 % étaient perturbés par l'apparence physique de l'ongle pathologique et 69.0 % considéraient que ce problème d'ongle était une nuisance.

Discussion

Aux USA, une étude évaluant l'impact des onychomycoses sur la qualité de vie des patients, avait montré que, 50% des onychopathies étaient en fait des onychomycoses (216). Ces derniers étaient vécues comme un handicap social ou professionnel pour 40% des patients, et plus de 70% d'entre eux réclamaient des traitements efficaces et étaient prêts à dépenser des sommes importantes pour être traités (216).

De façon globale, il a été conclu qu'à l'échelle mondiale, au Sud et dans la ceinture de pauvreté du monde, les teignes prédominent, tandis qu'au Nord ou chez les populations économiquement plus développées ce sont essentiellement les mycoses du pied (onychomycoses, intertrigos, dermatophyties plantaires) et quelques dermatophytoses cutanées qui sont plus fréquentes (215).

Les verrues sont des affections ubiquitaires. Elles infectent les individus de tout âge, mais restent plus fréquentes chez les enfants et les jeunes adultes affectant 7% à 10% des patients (218). Une étude menée dans des écoles néerlandaises a révélé la présence de verrues cutanées chez environ un tiers des enfants (219). La prévalence augmentait avec l'âge, passant de 15 % à 4 ans jusqu'à 44 % à l'âge de 11 ans, sans différence entre les deux sexes (219).

L'incidence des verrues décline entre 15 et 20 ans, mais augmente à nouveau après l'âge de 25 ans (218,219).

En Algérie, aucune étude n'a évalué la fréquence des verrues dans la population générale ni les modalités de leur prise en charge. Elles ont constitué le deuxième motif de consultation pour infection cutanée et l'infection virale la plus fréquente dans notre étude mais également dans d'autres études réalisées en Tunisie, en Amérique Latine (192,193), en Arabie Saoudite (178), en Turquie (180) et au Mexique (179).

En Europe, les verrues étaient respectivement en première et en deuxième position de tous les motifs cutanés présentés par les patients, dans une enquête sur la pratique des dermatologues libéraux en France métropolitaine (60) et en Ecosse(18).

Tableau 30 : Comparaison des taux des verrues selon les études.

Etude	Pays	Verrues (%)
Notre étude	Algérie	31.3
Souissi et al. [177]	Tunisie	62.2
Penso-Assathiany [218]	Europe	7-10
Koning et al. [219]	Pays-Bas	15-44
Ersan Bilgili et al. [180]	Turquie	56.9
Almohideb et al. [178]	Arabie Saoudite	7.2
Harris et al. [18]	Ecosse	13

On a constaté d'après ces études et la nôtre que, les verrues constituaient un motif fréquent de consultation. Bien qu'elles soient bénignes et se résolvent spontanément, elles peuvent persister pendant des mois voire des années et être responsables de formes profuses et agressives en particulier chez les greffés d'organes, les personnes infectées par le VIH et ceux sous traitement immunosuppresseurs (220,221), ce qui affecte la qualité de vie de ces patients.

Une gêne modérée à extrême a été signalée chez 52 % des patients présentant des verrues et chez 34 % d'entre eux les activités sociales et de loisirs étaient affectées. (222,223).

Le mode de contamination est interhumain à partir d'un microtraumatisme cutané (224). Certains facteurs environnementaux semblent jouer un rôle important dans la dissémination des verrues comme les milieux humides (piscines, salles de sport, transpiration des pieds), les contacts étroits entre individus (scolarité) (225), la taille de la famille (plus elle est grande, plus les verrues sont fréquentes), la vie en collectivité ainsi que la vie en milieu rural (226). Certaines professions favorisent également la prolifération des verrues, notamment les professionnels manipulant de la viande, des volailles et des poissons (abattage, bouchers, vétérinaires). L'auto-inoculation est également incriminée, en particulier en présence de lésions dans les doigts (221).

Discussion

La gale est une parasitose cutanée contagieuse très répandue dans le monde. Elle est due à un acarien, le *Sarcoptes scabiei* variété *hominis*, parasite humain obligatoire vivant dans la couche superficielle de l'épiderme (227). C'est l'une des affections dermatologiques les plus fréquentes puisqu'elle touche 100-130 millions d'individus chaque année dans le monde, sans distinction d'âge, de sexe ni d'ethnie (228), avec de grandes variations de prévalence selon les régions géographiques (229-231).

La parasitose est plus fréquente en zones tropicales et subtropicales à ressources limitées (232,233).

Une revue systématique de 48 études basées sur les prévalences de la gale rapportées dans toutes les régions du monde, à l'exception de l'Amérique du Nord, avait montré que la prévalence de la gale variait de 0,2 à 71,4 % (234). Cette dernière était supérieure à 10 % dans toutes les régions à l'exception de l'Europe et du Moyen-Orient alors qu'elle était la plus élevée dans les régions d'Asie de l'Est et du Sud-Est, d'Océanie et d'Amérique latine (228,234). En Afrique, les chiffres exacts ne sont pas connus, mais cette parasitose serait en recrudescence (235).

En Algérie, la gale n'est pas une maladie à déclaration obligatoire et les cas notifiés étaient essentiellement ceux survenant en milieu scolaire. Dans notre étude, elle représentait la moitié des motifs pour infection parasitaire cutanée. Une prévalence hospitalière de 4.4% sur une période de 4 ans et 10 mois était rapportée dans une enquête sur les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la gale dans les services de dermatologie-vénérologie au Bénin (235).

En Côte d'Ivoire la prévalence hospitalière était de 3.1% sur une période de 3 ans (236). Au Cameroun, une étude menée pendant 2 mois dans quatre internats rapportait une prévalence globale de la scabiose de 17.8 % (237).

Tableau 31: Comparaison des taux de la gale selon les études.

Etude	Notre étude	Romani et al. [234]	Masudi et al.[235]	Gnebehi et al. [236]	Kouotou et al. [237]	Bernigaud et al. [240]
Pays	Algérie	Monde (sauf Amérique du Nord)	Bénin	Côte d'Ivoire	Cameroun	France
Gale (%)	50	0.2-71.4	4.4	3.1	17.8	6,5

Discussion

La gale est essentiellement transmise par contact humain rapproché et prolongé, dit « peau à peau » ou, plus rarement, par contact indirect via les vêtements ou la literie contaminée (238). Elle est le plus souvent considérée comme une maladie sexuellement transmissible (238,239).

Dans les pays de forte endémicité le manque d'hygiène ne constitue pas en général, un facteur favorisant de la gale contrairement au surpeuplement des logements (240).

Il est admis que le risque de transmission de la gale dépend de la charge en acariens du patient, de la taille du ménage et de la concentration des personnes dans les logements (228,234). Les autres facteurs prédisposant sont, la malnutrition, la pauvreté, l'absence de domicile fixe, l'accès réduit aux soins de santé, les contacts sexuels non protégés et l'immunodéficience (241,242).

L'Amérique du Nord et l'Europe de l'Ouest, sont les régions les moins touchées par la gale (228). Dans ces pays, même si les cas sont sporadiques, des épidémies cycliques sont souvent signalées dans les communautés fermées et les milieux institutionnels, tels que les hôpitaux, les garderies et les maisons de retraite, les établissements de soins pour enfants et personnes âgées (243,244), les prisons, les écoles, les sans-abri et les camps de réfugiés (245-248).

Dans une étude réalisée par le service social d'aide médicale urgente (SAMU social) en région parisienne, la prévalence de la gale était de 6,5 % chez les sans domicile fixe dormant dans la rue et de 0,4 % pour ceux dormant dans des centres d'hébergement (240).

La gale est considérée dans la plupart des cas comme une parasitose bénigne, cependant des études épidémiologiques récentes soulignaient une morbidité de plus en plus importante surtout dans les pays tropicaux (249,250), voire une mortalité (251) dues principalement aux surinfections bactériennes à *Streptococcus pyogènes* et à *Staphylococcus aureus* (252), pouvant être responsables d'infections sévères ou de complications post- infectieuses rénales ou cardiaques (rhumatisme articulaire aigu (253), glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique (254). Pour ces raisons, depuis 2017, la gale a été ajoutée à la liste des maladies tropicales négligées de l'OMS (255).

Discussion

Bien que l'Algérie ne soit pas un pays de forte endémicité de scabiose (228), elle n'est pas épargnée de la morbidité liée à cette parasitose dont l'impact sur la santé publique est important (250). L'attention devrait être attirée sur le fait qu'elle avait constitué dans notre étude, la moitié des parasitoses cutanées et de ce fait, inciter par des études ultérieures, à mesurer son poids réel dans la population générale.

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique de la peau souvent associée à de nombreuses autres pathologies (256). En 2014, l'OMS l'a reconnu comme une "maladie chronique, non transmissible, douloureuse, défigurante et invalidante, pour laquelle il n'existe pas de traitement" (257). Elle affecte plus de 60 millions d'adultes et d'enfants dans le monde (257,258).

Sa prévalence n'est connue que dans 19 % des pays du monde avec des inégalités de répartition entre les régions géographiques et les races (259,260). La prévalence globale varie de 0.1 % en Asie de l'Est à 1.5 % en Europe occidentale (256). Elle est également élevée en Amérique du Nord (1.83 %, 0.62 % à 5.32 %), en Europe centrale (1.83 %, 0.62 % à 5.32%) et dans le sud de l'Amérique latine (1.10 %, 0.36 % à 2.96 %) et serait plus élevée dans les pays à haut revenus (259,261). Les personnes de race blanche sont plus fréquemment touchées par cette affection (260,262).

Au Nord de l'Afrique, deux études PsoMag (29) et EPIMAG (30) étaient menées en 2010 par le Board maghrébin sur le psoriasis dans trois pays du Maghreb en l'occurrence, l'Algérie, la Tunisie et le Maroc. Selon les résultats de l'étude initiale PsoMag (29), la prévalence du psoriasis était estimée à 3.6/1000 en Algérie, 1.1/1000 au Maroc et 3.5/1000 en Tunisie correspondant à une prévalence globale de 2.3/1000 au Maghreb (29). Des taux jugés faibles par les experts en comparaison aux séries de cas hospitalières rapportées par ces pays et semble suggérer que l'affection était encore sous diagnostiquée au Maghreb (263). Les raisons données étaient le nombre limité de dermatologues par rapport à la population et une méconnaissance de la pathologie en médecine générale. Une seconde étude, EPIMAG (30) était reconduite et rapportait cette fois ci des prévalences plus élevées : 10.26/1 000 en Algérie, 15.04/1 000 au Maroc et 13.26/1 000 en Tunisie, et donc 12.08/1 000 au Maghreb (30).

Discussion

Dans notre étude, le psoriasis était le motif le plus fréquent des pathologies inflammatoires (mc2) représentant 36.5% dans ce groupe. Il était également la pathologie la plus fréquente lors d'un bilan d'activité globale d'un service de dermatologie du CHU de Tlemcen à l'Ouest Algérien sur une période de 36 ans (176).

Selon une revue systématique et méta-analyse portant sur l'incidence et la prévalence du psoriasis dans 12 régions du monde, (259), l'Australie (1.88 %, 0.59 % à 6.10 %), la Norvège (1.86 %, 0.94 % à 3.97 %), Israël (1.81%, 0.83% à 4.44%) et le Danemark (1.79%, 0.91% à 3.61%) avaient les prévalences les plus élevées de psoriasis.

Taiwan étant le pays où la prévalence était la plus faible au monde (0.05 % ; 0.02 % à 0.16%), (259). En France, la maladie touchait 2% de la population générale (264).

Tableau32 : Comparaison des taux du psoriasis selon les études.

Etude	Notre étude	A- Khodja et al. [30]	A-Khodja et al. [30]	Almohideb et al. [178]	Parisi et al. [259]	Griffiths et al. [256]	Griffiths et al. [256]
Pays	Algérie	Algérie	Maghreb	Arabie Saoudite	Australie	Amérique latine	Amérique du Nord
Psoriasis	36.5%	10.26/1000	12.08/1000	3.9%	0.59-6.10%	0.36-2.96 %	0.62-5.32%

Il a été constaté par des études épidémiologiques performantes à l'échelle mondiale que les pays à haut niveau socio-économique avaient une prévalence de psoriasis plus élevée par rapport aux pays des régions à faible revenu (259,261,265,266).

Plusieurs explications possibles à cette tendance observée. Tout d'abord, la plupart des études épidémiologiques réalisées provenaient de ces pays en particuliers de l'Europe de l'Ouest, des Etats Unies d'Amérique, du Canada, du Japon, de la Chine et de la Russie. Les autres arguments fournis par les scientifiques étaient (259):

* Ces pays sont dotés de systèmes de santé performants permettant une meilleure connaissance de la maladie et de ce fait des banques de données représentatives à l'échelle nationale.

* Une espérance de vie plus élevée, donc une proportion plus grande de personnes âgées dans la population ce qui conduit à une prévalence de psoriasis plus élevée notamment chez cette tranche d'âge (267).

* Enfin, le manque d'accès aux soins pour de nombreuses personnes atteintes de psoriasis dans certains pays moins développés, contribuera à une sous-estimation de la prévalence de la dermatose.

Le psoriasis est désormais considéré comme une maladie systémique (256,268,269). Il est associé à des comorbidités psychologiques (270), métaboliques (271), articulaires (272-274), et cardiovasculaires (189,256).

La plupart des patients atteints de psoriasis voient leur qualité de vie affectée par la maladie (270). L'effet psychologique est plus marqué chez ceux présentant des formes étendues de la dermatose, une atteinte du visage, des organes génitaux ou des zones fonctionnelles telles que les paumes des mains et les plantes des pieds (270,275). Ils sont également plus exposés à la dépression (jusqu'à 20 %) par rapport à la population générale et présentent des idées pouvant aller au comportement suicidaire (270,276). Concernant le volet somatique, l'association du psoriasis avec l'hypertension, l'obésité, le diabète de type 2 et la dyslipidémie regroupés désormais sous le concept de syndrome métabolique a été rapporté par plusieurs études (271), (277-279).

De plus, le risque d'infarctus du myocarde a été plus fréquemment observé chez les patients psoriasiques que dans la population générale, en particulier chez ceux avec des formes graves de la maladie et à un âge plus jeune (280). Des résultats similaires ont été rapportés en ce qui concerne le risque d'accident vasculaire cérébral (281).

Ces dernières années, cette affection a pris des dimensions socio-économiques importantes notamment dans les pays développés, en raison de sa forte prévalence et de son impact sur la vie socioprofessionnelle du patient, sur la santé publique mais surtout sur les coûts induits pour sa prise en charge (282), en particulier avec l'avènement des biothérapies.

Notre étude, bien que observationnelle, a permis de consolider les résultats de l'étude EPIMAG (30), en rapportant que le psoriasis était la dermatose inflammatoire qui motivait le plus de consultations dans ce groupe (mc2).

Cependant, ces données restent insuffisantes pour évaluer le poids réel de cette pathologie sur la santé publique et les coûts induits pour sa prise en charge et ceux en rapport avec les comorbidités associées en Algérie.

Les pathologies des annexes (mc6) représentaient dans notre étude, le troisième motif de consultation de façon globale. L'acné constituait la moitié (49%) des pathologies dans ce groupe. Nos résultats rejoignaient ainsi plusieurs études citées plus haut, réalisées en Tunisie, en Arabie Saoudite, en Inde, en Turquie, en Asie et aux USA. Au Cameroun (283), l'acné figurait parmi les cinq motifs de consultations les plus fréquents et occupait la première position dans le groupe des pathologies des annexes (86.5 %).

Dans deux études évaluant le poids de la morbidité cutanée à l'échelle mondiale (284,285), la prévalence de l'acné tous âges confondus était estimée à 9.38 %, la plaçant ainsi au huitième rang dans le classement des pathologies cutanées les plus fréquentes dans le monde. (284)

L'acné est une dermatose inflammatoire chronique du follicule pilosébacé (286). Dans 80% des cas elle survient à l'adolescence (287) et peut se prolonger à l'âge adulte, principalement chez la femme (288).

Sa prévalence chez les adolescents et les adultes varie d'un pays à un autre et selon les groupes ethniques avec des estimations allant de 35 % à plus de 90% (289,291).

Dans notre étude, les pathologies des annexes (mc6) et en chef de file l'acné, étaient les plus fréquentes dans la tranche d'âge entre 15-29 ans avec une nette prédominance féminine.

Dans l'Est Algérien, la prévalence globale de l'acné dans la tranche d'âge entre 20-30 ans s'élevait à 82.7 % (292). Selon une autre étude ciblant cette fois-ci la tranche d'âge entre 15-25 ans, un taux de 53.4 % a été noté (293).

En consultation hospitalière, la prévalence de l'acné était estimée à 5.3 % au Sénégal (294), et 31.2 % au Bénin (295).

D'autres pays ont rapporté des taux supérieurs à cinquante pour cent en l'occurrence, la Turquie avec 60.7 % (296), la Malaisie 68.1 % (297), le Sud-Ouest du Nigeria 71.7 % (298), et l'Égypte 60 % (299).

En 2010, l'Asie de l'Est, l'Asie du Sud et l'Europe de l'Ouest étaient les régions où il a été observé les prévalences les plus élevées dans le monde chez les adolescents âgés entre 15-19ans (300).

Discussion

En Europe, une enquête internationale à laquelle ont participé plus de 10000 adolescents et adultes jeunes de sept pays européens (Belgique, Espagne, France, Italie, Pologne, République tchèque et la Slovaquie), révélait que la prévalence globale de l'acné auto déclarée était de 57.8 %. Les taux par pays allaient de 42.2 % en Pologne à 73.5 % en République tchèque et en Slovaquie. (291).

Une forte prévalence de l'acné pouvant atteindre les 85% et 88% des adolescents était également respectivement rapportée aux USA (301), et en Asie (26), pouvant représenter un fardeau considérable pour ces pays (26), d'une part, du fait des coûts financiers substantiels associés au traitement et d'autre part à cause de l'inconfort dû aux symptômes cliniques. En Allemagne, le montant des traitements de l'acné était estimé à 400 millions d'euros par an (302).

Tableau 33 : Comparaison des taux d'acné selon les études.

Etude	Notre étude	Kane et al. [294]	Vos et al. [284]	Wolkenstein et al. [291]	Aksu et al. [296]	Muthupalaniap et al. [297]	Bhate et al. [301]
Pays	Algérie	Sénégal	Monde	Europe	Turquie	Malaisie	USA
Acné %	49	5.3	9.38	42.2 -73.5	60.7	68.1	85

Il a été souligné une corrélation positive entre le fardeau de l'acné et la richesse du pays (26), ce qui corrobore des études antérieures montrant que la prévalence de l'acné était plus faible dans les régions rurales, non industrialisées que dans les populations occidentales modernisées (303,304).

Si l'acné à l'adolescence est physiologique, sa localisation préférentielle au visage la rend visible, parfois affichante. La plupart des études portant sur l'impact psychologique de l'acné sur les patients, rapportaient qu'elle avait un effet négatif sur l'image corporelle, l'estime de soi et la qualité de vie (291), (305-308), et qu'elle était associée à un risque accru d'anxiété, de dépression et d'idées suicidaires (26,306,309,310).

Le retentissement est un problème de perception (311). Dans une enquête évaluant le comportement des adolescents vis-à-vis de l'acné, moins de 50 % des sujets acnéiques consultaient un médecin (312).

Discussion

Dans le même contexte, d'après une enquête menée en Algérie sur la perception de l'acné chez les adolescents et les jeunes adultes de 15-25 ans (293) sur les 534 sujets interrogés atteints d'acné, 328 donc la majorité, n'ont jamais consulté un médecin (293), que ce soit un dermatologue ou un généraliste.

Parmi les facteurs évoqués par les patients, la conviction que l'acné était un phénomène normal ne nécessitant pas de traitement dans 35.8 % des cas et que les traitements étaient inutiles dans 27.3 % des cas (293).

Dans des pays Africains comme le Bénin, le Togo et le Sénégal, l'acné est une affection négligée par les parents car elle était considérée comme un phénomène physiologique chez les adolescents (294), (312-314).

En outre, si l'acné est sévère, le retentissement l'est aussi généralement (311).

Une corrélation entre la sévérité de l'acné et l'intensité du retentissement a été soulignée par des études notamment de l'Afrique et du moyen orient (312), (315-317) alors qu'elle était absente dans d'autres (311) en particulier celles provenant des pays riches de l'Europe, des USA et de l'Asie (26,284).

Dans une revue systématique et méta-analyse réalisée aux USA, l'association de l'acné avec la dépression et l'anxiété était significative mais d'autres facteurs pourraient intervenir tels que l'âge du patient, le cadre de l'étude et la région géographique (310).

Ainsi, de nombreux facteurs, tels que la perception de l'acné par les patients (adolescents et les adultes jeunes) et son impact psychique, les différences d'accès aux soins de santé, le statut socio-économique des patients et les perceptions culturelles des soins de la peau et de la beauté, peuvent contribuer à la variabilité du fardeau de l'acné entre les différents groupes ethniques et pays (26,303).

Les tumeurs cutanées (mc1) représentaient 5% des motifs de consultation dans notre étude. Elles étaient en quatrième position après les infections cutanées (mc4), les dermatoses inflammatoires (mc2) et les pathologies des annexes (mc6.) Les nævi étaient les plus fréquents dans ce groupe avec 26.3% des motifs. Les tumeurs malignes étaient essentiellement des carcinomes épithéliaux et constituaient 15% des tumeurs cutanées. Deux cas de mélanomes ont été colligés chez nos patients.

Discussion

En Tunisie, selon une étude portant sur l'analyse des motifs de consultation chez 28244 patients en consultation ambulatoire, les tumeurs cutanées représentaient 7.8 % du total des cas (177). Elles étaient en majorité bénignes et consistaient principalement en kystes épidermoïdes et en acrochordons. Comme dans notre étude, les carcinomes épithéliaux étaient les tumeurs malignes les plus fréquentes et deux cas de mélanome ont été observés parmi les consultants (177).

En Turquie, le groupe des pathologies tumorales était le troisième motif de consultation dominé par les tumeurs bénignes. Les nævi mélanocytaires représentaient la moitié des motifs chez les patients dans ce groupe alors que les tumeurs malignes représentaient 20% des tumeurs cutanées (180).

En Arabie saoudite, les consultations pour nævus ont constitué 54.2% de l'ensemble des troubles pigmentaires. Les tumeurs malignes ont représenté 5% des pathologies cutanées avec une prédominance des carcinomes épithéliaux. Le mélanome malin représentait 3.8 % des néoplasies cutanées (178).

Au Caire, Egypte, les tumeurs cutanées malignes et bénignes représentaient 1.29% de toutes les dermatoses (318).

En Europe, les tumeurs cutanées étaient le premier motif de consultation en Ecosse (18) et le second en France (17). Dans les pays occidentaux, le mélanome possède la plus forte augmentation d'incidence parmi les cancers de la peau. Sa fréquence est multipliée par deux tous les dix ans depuis 50 ans (319). Les pays avec le plus grand nombre de nouveaux cas étaient la Nouvelle-Zélande, l'Australie, les États-Unis et l'Europe de l'Ouest (12,319).

De même, le carcinome épidermoïde était le plus fréquent en Australasie, en Caraïbes, en Amérique latine centrale et en Amérique latine tropicale (12).

Il a été noté que les pays européens à PIB élevé par habitant, étaient fortement associés au risque de mélanome et d'autres cancers de la peau (25). On a suggéré que ce risque serait dû à une exposition accrue aux ultraviolets dans ces pays (320).

En effet, il a été établi que le phototype clair et le soleil sont des facteurs de risque pour la genèse de certains cancers cutanés en particulier les carcinomes épithéliaux (carcinome spinocellulaire, carcinome basocellulaire) (321), et les mélanomes (322), dont la fréquence et l'incidence sont en augmentation dans de nombreux pays de l'Europe, en particulier les pays nordiques avec un gradient Nord-Sud (323), et à

Discussion

l'échelle mondiale en Australie (324), constituant ainsi de par leur fréquence et les coûts engendrés par leurs prise en charge, un véritable problème de santé publique dans ces pays (12,26). Cette très forte augmentation des cancers cutanés a conduit à la mise en place d'importantes campagnes de prévention solaire dans ces pays mais aussi dans d'autres pays du monde.

Les différences raciales, culturelles et comportementales peuvent expliquer la faible prévalence des carcinomes épithéliaux et des mélanomes dans notre étude et des études similaires par rapport à celles des pays occidentaux cités plus haut. En effet, la plupart de nos patients ont un phototype foncé ce qui leur confère une protection naturelle contre le soleil (325). De plus, les habitudes vestimentaires qui couvrent presque tout le corps pour la majorité des personnes en particuliers des femmes, les protégeant ainsi des rayons du soleil. Par ailleurs, dans les pays occidentaux en particulier les plus riches, les bains de soleil prolongés au bord des piscines ou des plages pendant les moments de loisirs (325,326), l'usage des cabines de photothérapie pour le bronzage (327) et les phototypes clairs (I et II) (325) constituent des facteurs de risque pour ces types de cancers cutanés.

En outre, même si nos résultats concordaient avec ceux des pays reconnus de faible incidence de cancers cutanés, les taux rapportés sont probablement sous-estimés puisque tous les patients ne passent pas systématiquement par le dermatologue mais d'autres spécialités peuvent intervenir dans le diagnostic et la prise en charge de ces néoplasies en fonction de leurs sièges à savoir, la chirurgie maxillo-faciale, l'orthopédie et la chirurgie plastique.

Concernant les nævi, ce sont les tumeurs les plus fréquentes de l'organisme, puisque présentes chez tous les individus (328). Les formes acquises sont les plus fréquentes et apparaissent généralement vers l'âge de 5-6 ans sous l'influence du soleil, puis leur nombre augmente durant l'enfance et l'adolescence pour atteindre un plateau vers la 4e décennie avec en moyenne 20 à 30 nævus par individu. Le nombre diminue par la suite, les nævus deviennent rares après 70 ans (329,330). Ces tumeurs mélanocytaires sont plus fréquentes chez les blancs et rares chez les noirs et les Asiatiques (331,332).

Tableau 34 : Comparaison des taux des nævi selon les études.

Etude	Notre étude	Almohideb et al. [178]	Ersan Bilgili et al. [180]	Lambert et al. [17]
Pays	Algérie	Arabie Saoudite	Turquie	France
Nævi (%)	26.3	54.2	50	5

Si la plupart de nos patients ont un phototype méditerranéen (IV et V) selon la classification modifiée des phototypes, d'après Fitzpatrick et Cesarini) cette attention aux nævus par les patients de notre étude, peut être motivée par :

- La prise de conscience croissante du risque solaire malgré un teint foncé.
- Un grain de beauté considéré comme inesthétique, en particulier sur certaines zones du visage (lèvres, joues, front) ou gênant sur le plan fonctionnel (zone de frottement, plis,...).
- La ressemblance, dans l'esprit du patient ou du médecin adressant, de certains nævus de par leurs atypies, avec le mélanome faute de connaître toutes les formes de nævus.
- Le patient qui consulte le médecin pour une lésion suspecte ou parce qu'il s'identifie comme un sujet à risque de mélanome (333).

Surveiller régulièrement sa peau est un acte de santé préventif très efficace pour détecter tôt un mélanome ou un carcinome cutané. Un diagnostic précoce permet un traitement précoce, qui offre habituellement un bon pronostic.

D'une façon globale, nos résultats rejoignent ceux des études similaires citées plus haut, réalisées dans différents pays européens, américains, africains et asiatiques concernant les diagnostics les plus fréquents pour chaque groupe de pathologies, par ailleurs, il existait une différence dans l'ordre de leurs fréquences variant d'un pays à un autre.

Ainsi, si les infections cutanées (mc4) et les pathologies des annexes (mc6) représentaient respectivement le premier et le troisième motif de consultation chez nos patients comme dans d'autres études en particulier des pays en développement (176-179), une prédominance des pathologies inflammatoires et des tumeurs cutanées était notée dans les études Européennes (17-20), et des USA (20,21,28).

Les différences géographiques, ethniques ou génétiques ne peuvent pas à elles seules expliquer cette différence, en particulier pour des pathologies attestées ubiquitaires comme les infections cutanées, qui étaient le motif le plus fréquent dans notre étude. Si le climat tropicale et le bas niveau socioéconomique sont des facteurs favorisant connus pour certaines d'entre elles, il reste que l'Algérie est un pays dont le climat méditerranéen et le niveau socioéconomique, comparativement à d'autres pays voisins ou africains, ne peuvent pas justifier la prédominance de ces dermatoses dans notre étude.

L'explication peut résider dans le mode de recrutement des patients qui diffère d'un centre à l'autre et d'un pays à l'autre selon un système de santé propre à chaque pays. Les infections/surinfections cutanées peuvent être prise en charge par un médecin généraliste formé et qualifié, avant la consultation du spécialiste. Donc, le recrutement direct au dermatologue de ce type d'affection va être certainement biaisé. A cet égard, il n'était pas étonnant d'observer la prédominance de ce groupe de pathologies dans notre série.

Concernant notre discipline, du moins dans l'Est Algérien, il ressort de cette étude que les structures de soins, en particulier hospitalières sensé être de recherche et de formation, répondaient plus à une demande dite de dermatologie générale, et manquaient de ce fait de spécialisation ou de consultation dite thématique comme c'est le cas pour de nombreux pays développés (17-19).

2/ Répartition des groupes de pathologies par classes d'âge et par sexe:

Dans cette étude, la répartition des groupes de pathologies par classes d'âge et par sexe nous a permis de constater que :

- ☛ Chez les enfants jusqu'à l'âge de 14 ans ($\text{âge} \leq 14$ ans), les infections cutanées (mc4) et les dermatoses inflammatoires (mc2), étaient les deux groupes de pathologies les plus fréquents avec des taux relativement proches, respectivement de 39.5% et 38.3%.
- En Tunisie, les infections cutanées, les dermatoses allergiques (eczémas, DA, urticaires, prurigo) et les pathologies des annexes étaient les motifs les plus fréquents chez les enfants de moins de 15ans (177).

- A Bamako, capitale du Mali, d'après une étude sur le profil épidémiologique-clinique des dermatoses chez des enfants de 0-15 ans dans un service de dermatologie (334), les dermatoses infectieuses dominaient l'ensemble des motifs avec 55.10% suivies des dermatoses immuno-allergiques 32.5% (DA, prurigo, eczéma de contact, vitiligo). Les maladies dysimmunitaires ne représentaient que 0.01% chez cette tranche d'âge.
- Lors d'une évaluation de la prévalence des maladies cutanées parmi les enfants fréquentant des écoles rurales et urbaines dans trois pays africains, le Ghana, le Gabon et le Rwanda (335), les infections cutanées représentaient la plus grande proportion des dermatoses, soit 14.7 % à 17.6 % des maladies cutanées au Ghana, 27.7% au Gabon et 22.7 % au Rwanda. Les mycoses et les infections cutanées bactériennes étaient particulièrement prévalentes en zones rurales et dans les écoles accueillant des enfants d'un bas niveau socio-économique.
- A Toamasina, ville située dans la côte Est de Madagascar cette fois ci, les dermatoses présentées par les enfants âgés de 0-15ans en consultation externe du CHU Morafeno (336), étaient les infections cutanées avec 43.23% et les dermatoses allergiques (DA, Eczéma de contact, prurigo, urticaires) avec 24.21%.
- Enfin, dans un rapport établi par l'OMS résumant les résultats de 18 études de prévalence réalisées dans plusieurs pays en voie de développement (337), les dermatoses les plus fréquentes chez les enfants étaient par ordre de fréquence décroissant, les infections cutanées, les dermatoses inflammatoires (eczémas, DA) et les réactions aux piqûres d'insectes.
- Ailleurs dans le monde, des tendances similaires ont été observées chez les enfants vivant dans des conditions socio-économiques défavorisées en l'occurrence en Tanzanie (338), en Colombie (339), en Inde (340), et en Turquie (341).
- Dans les pays industrialisés, plusieurs études rapportaient des prévalences beaucoup plus faibles d'infections cutanées, alors que les dermatoses inflammatoires (DA, eczémas) étaient à l'origine d'une morbidité cutanée parmi la population pédiatrique (263,264), (342-348).

- Il a été démontré que les caractéristiques des maladies de la peau varient en fonction de facteurs environnementaux et socio-économiques (337). Concernant ce dernier volet, selon l’OMS, les taux de prévalence élevés des dermatoses infectieuses sont fortement liés aux faibles niveaux socio-économiques. En effet, des caractéristiques épidémiologiques similaires ont été observées dans les pays développés avant le progrès économique et l’amélioration de l’hygiène au XXe siècle (337).
- De ce fait et comme nous l’avons évoqué plus haut, le surpeuplement, la malnutrition, le bas niveau socio-économique et les conditions climatiques (chaleur, humidité) sont considérés comme des facteurs de forte prévalence des dermatoses infectieuses dans les pays en voie de développement (335-338), alors que l’industrialisation et le haut niveau socio-économique semblent être associés aux dermatoses dites inflammatoires et "allergiques" (dermatite atopique et autres eczémas) (349).
- Dans notre étude, on a trouvé presque autant d’infections cutanées que de dermatoses inflammatoires chez les enfants. Ceci peut être expliqué par le fait que, même si l’étude a été réalisée dans deux métropoles de l’Est Algérien (Constantine et Annaba), les structures de soins publics et privés disponibles drainaient les populations des zones urbaines et rurales de tous l’Est Algérien en raison d’une concentration élevée des dermatologues dans ces deux villes. La deuxième raison était le mode de recrutement direct des patients vers le dermatologue, alors que des pathologies comme les infections cutanées pouvaient être facilement prise en charge par des pédiatres ou des médecins généralistes.

Toutefois, il est à noter que si les dermatoses infectieuses pour la plupart des cas ne mettent pas en jeu le pronostic vital et peuvent être réduites par des programmes d’éducation aux soins et de prévention, l’attention devrait être attirée vers les dermatoses inflammatoires qui sont quant à elles chroniques et nécessitent une prise en charge complexe en milieu spécialisé en particulier les formes sévères de dermatite atopique ou de psoriasis et peuvent par conséquence entraîner des coûts élevés.

Discussion

Toujours concernant la répartition des groupes de pathologies par classes d'âge et par sexe dans notre étude:

- Les pathologies des annexes (mc6) représentaient le motif le plus fréquent chez les patients âgés entre (15-29) ans avec une nette prédominance féminine, ce qui correspond aux données de la littérature comme ça été discuté plus haut (287-301), (317,350).
- Les dermatoses inflammatoires (mc2) étaient en première position de tous les motifs dans la classe d'âge entre (30-44) ans. C'est celle qui a motivé le plus de consultations pour ce groupe de pathologies.
- Les consultations pour troubles pigmentaires (mc11) étaient les plus fréquentes dans les deux classes d'âge (15-29) et (30-44) ans comparativement aux autres ($p < 0,05$), alors que les dermatoses topographiques (mc10) l'étaient pour la tranche d'âge entre (30-44) ans ($p < 0,05$).
- Les patients âgés entre (45- 59) ans constituaient la classe d'âge qui consultait le plus pour des maladies auto-immunes et de système (mc5).Ceux de la classe d'âge (30-44) ans, l'étaient en deuxième position ($p < 0,05$).
- La prédominance féminine était notée dans tous les groupes de pathologies en particuliers pour les dermatoses inflammatoires (mc2), les pathologies des annexes (mc6), les maladies auto-immunes et de système (mc5), les dermatoses topographiques (mc10) et les troubles pigmentaires (mc11) comparativement aux hommes ($p < 0,05$).
- Il a été constaté que les femmes âgées entre 30 à 39 ans, étaient sujettes à développer le mélasma, des maladies auto-immunes telles que le LEC ou la sclérodermie systémique et des eczémas des mains (145), en particulier sous forme de dermatite de contact irritative (351,352). De plus, il semblerait que l'hypersensibilité allergique de contact au nickel, au cobalt et aux cosmétiques étaient manifestement plus fréquente chez les femmes (353,354) probablement en raison d'un contact répété avec les bijoux fantaisie particulièrement appréciés et portés par les femmes. D'après la même étude, les troubles de la pilosité des cheveux (alopécie androgénique, effluvium

diffus), les dermatoses topographiques comme la rosacée, la maladie de Paget, la dermatomyosite, le lupus érythémateux subaigu et les varices des membres inférieurs, étaient particulièrement fréquents durant la décennie de la vie entre 40 à 60 ans (145).

- Dans une évaluation de la prévalence des pathologies cutanées les plus répandues parmi les adultes âgés entre 18 et 74 ans dans cinq pays européens (Allemagne, Italie, Pays-Bas, Portugal et Suède) (355), les dermatoses les plus présentées par les femmes étaient les pathologies inflammatoires (la dermatite de contact, la DA et l'urticaire).
- Selon une étude similaire plus récente (23) élargie cette fois-ci à 27 pays européens (24 pays de l'UE, plus la Norvège, la Suisse et le Royaume-Uni) il a été noté une prédominance chez les femmes dans plusieurs affections, en particulier l'alopecie, l'acné, les eczemas, et la rosacée.
- Plusieurs publications (143-145), s'accordaient à souligner que, certaines dermatoses survenaient chez la femme soit de façon exclusive comme c'est le cas des dermatoses de la grossesse, soit avec des proportions significativement plus élevées que chez l'homme (sex-ratio femmes / hommes ≥ 9) (252) comme pour le lupus érythémateux chronique (LEC) (356), le syndrome de Gougerot-Sjögren, l'alopecie fibrosante frontale, l'alopecie cicatricielle centrale centrifuge (252), l'effluvium télogène chronique (357), la trichotillomanie (358), la rosacée (359), l'acne excoriée (360,361), la dermatite péri-orale et le melasma (362), pour ne citer que ces pathologies.
- Plusieurs facteurs peuvent interagir et contribuer aux différentes manifestations de la maladie entre les hommes et les femmes. Les hormones sexuelles sont les facteurs les plus connus et les plus étudiés. En effet, il existe un lien évident entre le mélasma et les œstrogènes, démontré par son association avec la grossesse et la contraception orale (362). De plus, *in vitro*, l'œstradiol induit directement la mélanogenèse (363), et augmente l'expression du récepteur humain de la mélanocortine 1 (364) ce qui pourrait être en partie responsable de la prédisposition féminine aux dermatoses pigmentaires. Des données expérimentales de plus en plus nombreuses suggèrent une influence des œstrogènes sur l'activation des réponses immunitaires (365), tandis que les androgènes influencent davantage la fonction des follicules pileux, des glandes

sébacées et des glandes sudoripares eccrines / apocrines (365,366). Leur rôle dans l'immunité n'est pas encore bien établi.

- Outre l'effet hormonal, des facteurs environnementaux externes semblent agir pour promouvoir le développement de la maladie comme l'exposition aux ultraviolets (UV) dans le lupus érythémateux, le mélasma et les cosmétiques irritants dans la dermatite périorale. Le stress psychosocial est connu pour jouer un rôle important dans l'acné excoriée et la trichotillomanie. Enfin, l'environnement géographique et socioculturel, comme les techniques de coiffures traumatisantes chez les femmes afro-américaines, entraînant fréquemment une alopecie cicatricielle (367).

En conclusion, si les femmes sont plus sensibles aux problèmes psychosomatiques, aux troubles pigmentaires, à certaines maladies des cheveux et, en particulier, aux maladies auto-immunes et allergiques probablement en rapport avec un climat hormonal bien spécifique à la femme, le rôle des autres facteurs reste à confirmer par des études sur la population générale.

- ➔ Chez les patients âgés de 60 ans et plus dans notre étude, les infections cutanées (mc4), les dermatoses inflammatoires (mc2) le prurit/ prurigo (mc7), les pathologies tumorales (mc1) et les dermatoses par agent physique (mc8) étaient les groupes de pathologies les plus fréquents. La prédominance masculine était notée uniquement dans cette tranche d'âge.
- Nos résultats rejoignaient ceux d'une étude réalisée en Turquie évaluant la prévalence des affections cutanées chez les personnes âgées. Cette dernière a conclu que, les dermatoses les plus fréquentes dans cette tranche d'âge étaient : les eczémas, les infections (mycosiques, bactériennes et virales) et le prurit (140).
- Dans un établissement de santé publique du Mexique (179), les pathologies cutanées identifiées chez les patients âgés de plus de 65 ans étaient les infections cutanées, les tumeurs et les troubles trophiques (ulcères de décubitus). Ces affections correspondaient à près des trois quarts du nombre total de cas dans ce groupe d'âge.

- A Karachi, (Pakistan), les dermatoses les plus fréquentes dans la population gériatrique âgée de 60 ans et plus étaient, les infections cutanées (dominées par la gale), les eczémas, le psoriasis, le prurit et la xérose cutanée (368). Selon la même source, d'un point de vue socio-économique, les patients appartenant à la classe supérieure avaient une prédominance de psoriasis et d'infections virales, dans la classe moyenne c'était les infections mycosiques et dans la classe inférieure, la gale était la plus fréquente (368).
- Dans une revue systématique regroupant toutes les publications sur la prévalence des maladies cutanées chez les personnes âgées, vingt affections cutanées ont été recensées. Les plus répandues chez les patients de 65 ans et plus étaient les infections fongiques, les dermatoses inflammatoires, la xérose et les tumeurs cutanées (369).
- En regardant les résultats rapportés par ces études, il est à noter que, outre les dermatoses inflammatoires, les tumeurs et la xérose cutanées, la prévalence des infections cutanées était élevée à la fois dans les pays développés et dans les pays en voie de développement dans cette tranche d'âge.
- Les personnes âgées présentent un risque accru de développer des maladies cutanées (370), en raison d'une plus grande fragilité de la peau et d'une altération de sa fonction barrière (370). Cette susceptibilité est en partie due au processus de vieillissement cutané (371), mais aussi aux multimorbidités souvent associées à cette période de la vie en particuliers les maladies chroniques neurologiques et/ou systémiques comme le diabète (372), les médicaments pris pour le traitement de ces tares (370), le statut socio-économique et les habitudes personnelles, telles que l'hygiène corporelle, le tabagisme ou la consommation d'alcool, etc (368). D'autre part, les affections cutanées chroniques augmentent le risque de surinfections secondaires ou d'érysipèle (373).
- Si le vieillissement démographique est désormais bien établi en particulier dans les pays développés (374), le poids des maladies cutanées liées à l'âge et le nombre d'années de vie avec des handicaps (266,375), augmenteront également. Ainsi si les taux de mortalité dans les pays en voie de développement étaient significativement plus élevés, dans cette tranche d'âge, pour les infections et les surinfections cutanées par rapport aux pays

développés, la mortalité par cancer de la peau quant à elle est plus élevée dans les pays riches (376).

Ce constat va conduire à réfléchir sur des stratégies de prise en charge et de prévention primaire et secondaires en fonction des maladies prévalentes dans chaque pays. Ce qui permettra ultérieurement de retarder, voire de prévenir de nombreuses affections cutanées associées à l'âge (377).

3/ Les variations par secteur d'activité Public/Privé :

Les trois groupes de pathologies (mc4), (mc2) et (mc6) étaient les principaux motifs cutanés pris en charge par les dermatologues hospitaliers et libéraux et conservaient ainsi le même ordre de fréquence pour les deux secteurs.

Par ailleurs, il a été constaté une prédominance de la prise en charge des infections cutanées (mc4), des tumeurs cutanées (mc1), des prurits/ prurigo (mc7) et de l'immunodermatologie et médecine interne (mc5), en secteur public alors que les pathologies des annexes (mc6), les troubles pigmentaires (mc11), les dermatoses par agent physique (mc8), et les dermatoses topographiques (mc10) étaient plus prises en charge en secteur privé ($p < 0,05$).

D'après un bilan de l'activité d'un service hospitalier de dermatologie à Rabat (Maroc), les maladies de système, les pathologies infectieuses et les dermatoses inflammatoires étaient au centre de l'activité de cette structure par ailleurs, les dermatoses faciales, les troubles de la pigmentation et les maladies des annexes ne l'étaient qu'en position accessoire (378).

En France, une étude sur l'activité de consultation des services de dermatologie montrait que, les principales pathologies rencontrées en milieu hospitalier étaient : la cancérologie cutanée, l'angiologie, l'allergologie, et les dermatoses infectieuses (19). Une enquête similaire chez les dermatologues libéraux français, a conclu que les dermatoses prise en charge en consultation hospitalière étaient différentes de celles des dermatologues libéraux, puisque les pathologies les plus fréquentes chez eux étaient les verrues, l'acné, les naevi, la DA, les eczémas et lésions précancéreuses (60).

Discussion

Selon une étude américaine (USA) sur les soins ambulatoires (National Ambulatory Medical Care Survey) dans tout le territoire national, les dix pathologies cutanées les plus fréquemment diagnostiquées par les dermatologues libéraux américains étaient : la DA, l'eczéma, l'acné, les kératoses actiniques, les verrues, les tumeurs cutanées bénignes, les kystes épidermoïdes, les cancers cutanés, le psoriasis et les kératoses séborrhéiques (379).

Malgré les différences entre les systèmes de santé adoptés par chaque pays, on a noté tout de même une orientation de l'activité des dermatologues en milieu hospitalier vers des pathologies spécifiques de part, leurs évolutions, leurs pronostics, les coûts induits par leurs prise en charge et leurs impacts sur la vie socioprofessionnelle du patient. La gestion de ce type de pathologies peut aboutir à, des hospitalisations et un suivi en milieu spécialisé, comme c'est le cas des tumeurs cutanées malignes, des formes sévères de psoriasis et de DA, des toxidermies, de certaines infections cutanées (la leishmaniose cutanée, l'érysipèle, la tuberculose cutanée), des maladies auto-immunes (lupus cutané, dermatoses bulleuses auto-immunes, sclérodermie, ...) des prurits/ prurigo, etc. dont l'impact en terme de santé publique est important.

Par ailleurs, pour les dermatologues libéraux, leur activité est plus orientée vers la gestion des pathologies des annexes (acné et les pathologies des poils), des troubles pigmentaires (mélasma et troubles de la pigmentation), des dermatoses par agent physique (les callosités plantaires et les photodermatoses) et des dermatoses topographiques (rosacée) qui sont pour la plus part d'entre elles, des dermatoses affichantes ayant un impact esthétique et dont la prise en charge requière souvent en plus des traitements classiques, des moyens et des soins cosméto-esthétiques en ambulatoire non disponibles en milieu hospitalier.

De façon générale, les structures publiques et privés ne peuvent être que complémentaires. En effet, si certaines affections en raison de leurs évolutions chroniques et leurs coûts économiques ne peuvent être prises en charge qu'en milieu hospitalier spécialisé, d'autres plus bénignes, mais surtout du fait de leur fort retentissement sur la vie quotidienne du patient, nécessitent une prise en charge rapide, pas toujours possible en milieu hospitalier.

C/-Les facteurs influençant le choix entre les deux secteurs Public/Privé :

Dans notre études les patients actifs, les étudiants et les enfants scolarisés ont préféré consulter plus chez le privé que chez le public ($p=0.0001$).

Les raisons peuvent être rattachées aux horaires et jours de travail des dermatologues libéraux, qui s'étalaient de 8 heures à 17 heures les jours de semaine, y compris le samedi deuxième jour du weekend end, chômé payé pour la majorité des travailleurs de la fonction publique mais également, jour de repos pour les enfants scolarisés et les étudiants en Algérie, et semble de ce fait, plus convenir à cette catégorie de patients.

Autre facteur pouvant rentrer dans le choix du secteur, l'obligation pour les patients souhaitant consulter chez les dermatologues hospitaliers, d'être muni d'une lettre d'orientation fournie par un praticien généraliste ou un autre spécialiste.

Cette mesure, bien que très bénéfique, peut apparaitre comme une contrainte pour la catégorie des patients actifs, puisqu'elle prolonge les délais de prise en charge et donc les jours d'absentéisme au travail ou de scolarité pour les enfants. En effet, (46.2%) des patients qui ont choisi de consulter chez le privé, se sont adressé directement au dermatologue, contre 30.8% chez le public ($p=0.0001$).

En Algérie, l'article 22 de la loi 18-11 relative à la santé (2,5) stipule que « tout patient accède, dans le cadre de la hiérarchisation des soins, aux prestations des services spécialisés de santé après consultation et sur orientation du médecin référent à l'exception des cas d'urgence et des cas médicaux d'accès directs définis par le ministre chargé de la santé». Donc, le "médecin référent" ou "médecin de famille" sensé être un généraliste, devrait assurer l'accueil et le suivi personnalisé de ses patients en leur prescrivant des traitements adaptés. Il peut par ailleurs les rediriger vers des médecins spécialistes lorsque les symptômes ou les traitements du patient ne sont plus de son ressort.

Or, dans notre étude, consulter un praticien généraliste ne semble pas résoudre les problèmes de peau des patients, du moins pour ceux qui consultent chez le public puisque 39.6% d'entre eux repassent une deuxième fois pour le même motif chez le dermatologue hospitalier, contre 19.5% chez le privé ($p=0.0001$) ce qui paraît plus acceptable.

Discussion

Au Royaume Unis (UK), le généraliste est le premier professionnel de santé sollicité pour résoudre les problèmes de peau, dans le cadre des soins primaires (380). Les données recueillies à partir du registre national, Weekly Returns Service (WRS), du Royal College of General Practitioners (RCGP), ont montré que, 24% de la population soit environ 13 million de personnes, ont consulté un généraliste pour un problème de peau, représentant ainsi la majorité des demandes de consultation chez les généralistes en Angleterre et au pays de Galles (380). D'après ces mêmes données, les infections cutanées étaient les plus communes parmi les motifs chez les patients, suivies de l'acné, de l'eczéma, et des verrues (380).

En France, depuis les réformes opérées sur quelques articles de la loi sanitaire, les patients étaient amenés à consulter d'abord un médecin généraliste référent avant de passer par un spécialiste, entre autre le dermatologue, sinon ils verraient leurs actes de soins remboursés à des taux plus bas (381). Cette mesure avait réduit significativement l'accès direct au spécialiste.

Toujours en France, le déclin des dermatologues a poussé les autorités à impliquer de plus en plus le praticien généraliste, dans la prise en charge des pathologies cutanées entre autre, au diagnostic précoce du mélanome dont l'incidence ne cesse d'augmenter parmi les populations de peau blanche dans ce pays (382).

Le rôle du généraliste dans le dépistage du mélanome a été évalué à partir d'une enquête dans cinq régions du Nord-est de la France (381). Cette étude a conclu que 42% des cas incidents étaient initialement diagnostiqués par un généraliste contre 48% par un dermatologue (381). Le seul problème était en rapport avec un indice de Breslow plus élevé dans le groupe des généralistes que celui des dermatologues.

Ce constat a poussé les auteurs à proposer des FMC aux médecins généralistes, dont l'objectif était de les informer des facteurs de risque associés à ces tumeurs et les initier à identifier les patients à haut risque de mélanome. Ceci permettra de réduire les taux de diagnostic avec indice de Breslow élevé donc à un stade avancé et d'agir dans le cadre d'une prévention secondaire.

Discussion

En analysant les facteurs influençant le choix entre les deux secteurs, on a noté que les femmes au foyer, les retraités et à moindre degré les enfants de bas âge constituaient les catégories socioprofessionnelles qui consultaient le plus chez les dermatologues hospitaliers ($p=0.0001$). Ceci peut être expliqué par une plus grande disponibilité et une moindre contrainte professionnelle chez cette catégorie comparativement aux actifs et aux étudiants et enfants scolarisés qui eux ont opté pour le privé.

Parmi les patients qui ont eu deux consultations pour le même motif cutané, 448 ont consulté un dermatologue dont 210 chez le public et 238 chez le privé ($p=0.0001$).

Le recours à des consultations multiples chez les dermatologues libéraux ou hospitaliers est bien connu des praticiens et ne touche pas uniquement à notre discipline. Il s'agit en fait du nomadisme médical.

Ce phénomène relativement marginal est défini comme la multiplication, par un même patient, de consultations chez des praticiens différents pour une même cause, dans une période de temps rapprochée (383).

Les raisons sont multiples :

- Recherche d'un deuxième avis pour confirmer un diagnostic déjà établi ou explorer d'autres options thérapeutiques.
- Insatisfaction des soins pour un diagnostic inapproprié ou un échec du traitement du premier médecin consulté ou encore une communication insuffisante conduisant à une altération de la relation de confiance avec le médecin (384).
- Difficulté à obtenir un rendez-vous rapproché en particulier lorsque le problème de santé nécessite une prise en charge rapide. Ce phénomène peut être lié dans certains pays comme la France, au désert médical (385). En effet les délais d'attente pour une consultation peuvent aller en moyenne de 24 jours à 48 jours ce qui constitue, pour les personnes atteintes de maladies de peau une errance diagnostique qui peut parfois avoir des conséquences graves sur la santé (386).

- Troubles psychiques que peut présenter le patient comme c'est le cas de la pathomimie ou trouble factice où les symptômes physiques et la pathologie psychiatrique amènent le patient à consulter de façon obsessionnelle, dans une quête de diagnostic jamais satisfaite (387-389).
- Errance thérapeutique, à la différence de l'errance médicale, commence une fois le diagnostic posé. C'est la période durant laquelle le patient, soit sans traitement soit avec un traitement inadapté à la maladie, va errer de traitement en traitement, de praticiens en praticiens jusqu'à trouver, après une durée plus ou moins longue, ce qui lui permettra de mener la vie la plus "normale" possible. Cette forme d'errance médicale peu évaluée chez nous mais ressentie dans notre pratique, est très commune dans d'autres pays comme la France, notamment chez les patients qui souffrent de maladies chroniques comme le diabète, l'asthme, la sclérose en plaque, le psoriasis, la DA, la migraine ou encore le cancer (390).

Les autres facteurs ayant influencé le choix des patients entre les secteurs public et privé étaient, la qualité et la rapidité de la prise en charge, le motif financier et le manque d'infrastructures de soins.

- a) La qualité de la prise en charge était sans surprise le premier critère de choix, évoqué par plus de la moitié des patients dans notre étude. En effet 62.8% de ceux qui ont choisi le secteur privé l'ont fait parce qu'ils pensaient qu'il était mieux qualifié que le secteur public contre 58.3% pour ce dernier ($p=0.0001$).
- b) Le deuxième facteur qui paraissait aussi déterminant dans le choix chez le privé était la rapidité de la prise en charge évoqué par un quart des patients alors qu'il n'a été évoqué que chez 0.5% de ceux qui ont opté pour le public ($p=0.0001$).

En effet, si l'on regarde les délais des RDV donnés au consultants pour chaque secteur, la moyenne était de 7 jours pour les privés et de 13 jours pour le public donc presque le double ($p=0.0001$). Ceci peut être vu par le patient comme un retard de prise en charge notamment lorsqu'il s'agit de dermatoses aiguës ou retentissant sur la vie affective et socioprofessionnelle de ce dernier.

Discussion

La qualité des soins tel qu'elle a été définie par l'OMS, est le degré avec lequel les soins de santé à la population atteignent les résultats attendus et sont conformes aux données actuelles de la science (391). Les soins de santé de qualité devraient ainsi être efficaces, dispensés en temps utile, sûrs et centrés sur la personne (391). Pour atteindre ces objectifs, la qualité des soins nécessite de disposer de bonnes structures matérielles, humaines et organisationnelles (392).

Loin de ces définitions techniques, la perception de la qualité des soins par le patient est basée sur son vécu des soins à savoir : les capacités relationnelles du médecin (comme l'écoute, le tact, l'empathie, la confidentialité ...) l'information qu'il a reçue sur sa maladie, les délais d'obtention d'un rendez-vous, les conditions d'un séjour dans un établissement de soins en cas d'hospitalisation, etc. (392).

Une étude réalisée dans 8 pays ayant des systèmes de santé différents montrait que, les patients avaient des attentes communes vis-à-vis de leur médecin traitant : une consultation suffisamment longue pour répondre à leurs problèmes, la disponibilité en cas d'urgence, la confidentialité des informations échangées (393). Par ailleurs, l'information croissante via les médias et les sites Internet sur les progrès de la médecine émanant du monde entier ont rendu les patients plus attentifs à la qualité technique des soins qui leur sont proposés et également plus exigeants (392).

c) Le motif financier n'a pas été reconnu comme un critère dans le choix du secteur privé puisqu'il n'a été évoqué par aucun des patients (0%) l'ayant choisi ($p=0.0001$). Probablement, parce que 80% d'entre eux étaient assurés et même si la majorité était affiliée à la CNAS, une bonne partie l'était à la CASNOS, donc avait une fonction libérale ce qui suppose une aisance financière.

Chez le public, le motif financier est apparu comme étant le second paramètre après la qualité de la prise en charge et a été évoqué par 22.2 % des patients qui l'ont choisi ($p=0.0001$). Là aussi, probablement parce que les femmes au foyer, les retraités, les sans profession et la majorité des non assurés ont constitué l'essentiel des patients fréquentant le secteur public ($p=0.0001$).

d) L'orientation par un autre spécialiste ou généraliste et le manque d'infrastructures semblent peu intervenir, dans le choix entre les deux secteurs par rapport aux autres facteurs cités plus haut.

Discussion

En conclusion, si la qualité de la prise en charge était le critère décisif dans le choix des patients pour les deux secteurs, la rapidité de la prise en charge l'était plus pour le choix du secteur privé alors que le motif financier l'était plus pour le secteur public. L'orientation par un autre médecin et le manque d'infrastructures paraissaient indépendants de la volonté du patient et rentraient peu dans son choix.

Ainsi la médecine libérale offre au patient une plus grande facilité d'accès aux soins, un accueil personnalisé, un contact direct et plus souple avec le médecin mais aussi des moyens matériels mieux adaptés à ses besoins. L'hôpital public universitaire quant à lui bénéficie de l'environnement multidisciplinaire de haute qualité qu'il propose pour le patient.

Force et limite de l'étude :

Il s'agit de la première étude réalisée dans l'Est de l'Algérie qui traite des motifs de consultation en dermatologie. Nous pensons que nos résultats reflètent assez fidèlement ce que les dermatologues voient en consultation. Cette étude nous a permis, à travers l'analyse des motifs de consultation de 1720 patients dans les deux secteurs public et privé, de confirmer ce constat mais aussi, d'évaluer de façon objective, le poids réel des problèmes de peau dans l'Est Algérien. Elle nous a permis également de définir le rôle du dermatologue dans la prise en charge des maladies de la peau aussi bien dans le secteur public que privé. Enfin, on a pu déterminer les caractéristiques épidémiologiques des consultants et leurs comportements face à leurs dermatoses et face aux prestataires de soins disponibles.

Cependant, ces données restent insuffisantes pour évaluer les prévalences réelles de ces pathologies et les coûts induits de leurs prises en charge par la caisse d'assurance, la santé publique et par voie de conséquence sur l'économie.

D'autre part, le type d'enquête (observationnelle), le caractère régionale de l'étude, la difficulté de l'accessibilité géographique des deux seules structures hospitalières de dermatologies (situées toutes les deux au Nord de l'Algérie) notamment pour les personnes qui habitent le Sud (même si on a recensé des patients de Biskra, El Oued et Hassi Messaoud) font que nos résultats ne peuvent pas être extrapolé à tout le territoire Algérien. D'autres études sur la population générale sont nécessaires pour détecter les variations régionales et comparer les différentes populations afin d'adapter l'offre de soins au type de pathologies prévalent. L'évolution démographique et la dynamique accélérée dans les traitements innovants, nous obligent de disposer d'un système d'information fiable qui permettra d'orienter les politiques de santé de notre pays.

Les recommandations :

Au terme de cette étude nous proposons ces recommandations en espérant leur réalisation sur le plan pratique car elles peuvent déboucher sur des actions de santé publique:

1/- Instaurer des consultations thématiques pour les pathologies inflammatoires (psoriasis, DA, eczémas, urticaires,...), la cancérologie cutanée, les dermatoses bulleuses auto-immunes, la dermatologie pédiatrique, comme c'est le cas dans plusieurs pays. En fait il semble d'après nos résultats que nous répondons plus à une demande dite de « dermatologie générale ». Ce qui permettra de :

- ⊖ Axer la recherche sur des études de prévalence des maladies communes et rares de la peau.
- ⊖ Mettre en place une stratégie de surveillance et de dépistage.
- ⊖ Evaluer le coût réel des maladies communes et rares de la peau.
- ⊖ Améliorer la prise en charge des malades et donc réduire le phénomène lié à l'errance médicale des patients.

2/- Mettre en place un registre national des maladies de la peau en particulier des cancers cutanés dont la fréquence et la morbidité sont mal évaluées car nos malades sont éparpillés entre de nombreux services (d'oncologie médicale et de chirurgie orthopédique, plastique et maxilo-faciale).

D'autre part, pour avoir une base de données fiable à travers ce registre, il faudrait améliorer le recueil des informations pas uniquement en tenant en compte des critères socio-démographiques classiques du patient (âge, sexe, fonction, domicile,...) mais en fonction des objectifs pré-établis.

3/ Planifier des mesures préventives et de santé publique pour réduire la fréquence des dermatoses infectieuses.

4/- Organiser des programmes de FMC pour les médecins généralistes :

Il importe avant tout de déterminer le rôle du généraliste dans la gestion des problèmes de peau dans notre spécialité. Une fois ce rôle défini, il sera complété et orienté par des programmes de FMC en fonction des objectifs fixés et en concertation avec des experts de la spécialité.

5/- Promouvoir le rôle du médecin de famille et l'impliquer dans la prise en charge des maladies de la peau en tant que premier acteur dans les soins primaires. Dans les pays occidentaux, le médecin de famille est l'unique porte d'entrée au système de soins, dont le passage est obligatoire (395). Le passage par un médecin de famille, public ou libéral, est indispensable pour le contact des échelons supérieurs de spécialisation des services de soins (395).

6/- Proposer des réformes dans le cursus des étudiants inscrits en médecine :

Un riche programme nationale couvrant la majorité des pathologies cutanées est proposé aux étudiants de médecine en fin de cycle, mais pour une durée de trois semaines, jugée non suffisante pour que les futurs praticiens généralistes assimilent les pathologies cutanées. Il faudrait donc penser à prolonger cette durée et de les accompagner par un programme de formation médicale continue, axé sur les pathologies les plus fréquentes dans nos contrées, en zones urbaines mais surtout en zones rurales dépourvues de dermatologues.

7/- Améliorer la formation des résidents en sortant du cadre de la théorie et:

* Les impliquer dans la pratique dermatologique en équipant nos services avec des moyens et matériels adéquats comme la photothérapie, les lasers, la chirurgie dermatologique, la dermoscopie.

* Proposer des FMC thématiques mais aussi en dermato-esthétique.

* Proposer des stages de courte durée dans des services de dermatologie hospitaliers mieux équipés en matériel ou bien à consultation thématique.

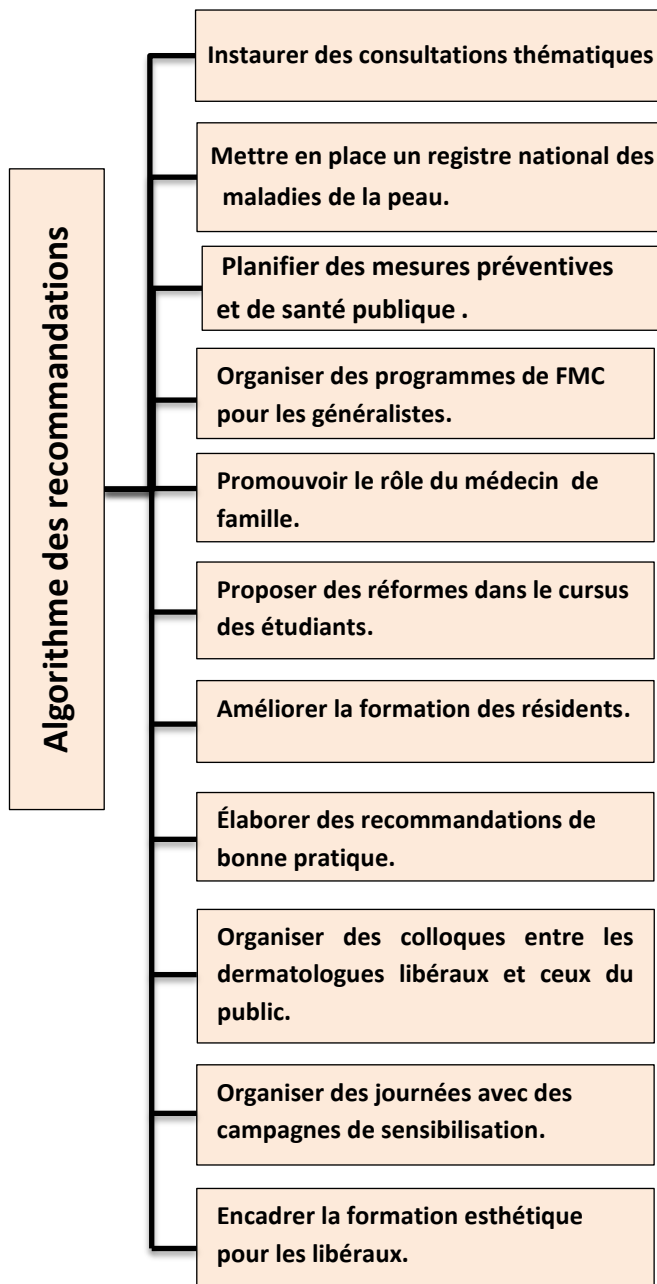
* Intégrer des cours de méthodologie clinique pour les résidents et tout le staff médical.

8/- Améliorer la prise en charge des malades en élaborant des recommandations de bonne pratique pour les généralistes et les dermatologues.

9/- Organiser des colloques entre les dermatologues libéraux et ceux du public.

10/- Organiser des journées avec des campagnes de sensibilisation et d'information de la population à travers les médias surtout dans le cadre de dépistage des tumeurs cutanées.

11/- Encadrer la formation esthétique pour les libéraux.



VII CONCLUSION :

Notre étude nous a permis à travers l'analyse des motifs de consultation dans les deux secteurs public et privé de deux villes de l'Est Algérien (Constantine et Annaba) de :

- ❖ Déterminer le profil sociodémographique des patients atteints de maladies de la peau. En effet :
- Notre population d'étude était jeune. 45% des consultants avaient moins de 30 ans et environ 70% avaient moins de 45ans. Les personnes âgées de 60 ans et plus n'ont représenté que 13.5%.
- La prédominance féminine était notée dans toutes les classes d'âge sauf chez les plus de 60 ans. Cette prédominance était plus marquée dans la tranche d'âge entre 15-29ans.
- Les pathologies cardio-vasculaires et métaboliques représentaient plus de la moitié des antécédents pathologiques chez nos patients.
- Environ les 3/4 de la population globale de l'étude étaient assurés. La majorité était affiliée à la CNAS.
- La plupart des patients qui ont consulté dans les deux wilayas était originaires de l'Est Algérien, allant de l'extrême Nord-Est (Taref) à l'extrême Sud-Est (Tamanrasset). Le pourcentage des consultants hors wilaya lieu de l'étude était significativement plus élevé à Annaba qu'à Constantine avec respectivement (31.2% et 12.5%). Les wilayas concernées étaient par ordre de fréquence décroissant: Taref, Guelma et Skikda.
- ❖ Prendre conscience par quoi le dermatologue est sollicité en identifiant:
- Quatre groupes de pathologies, les infections cutanées (mc4), les dermatoses inflammatoires (mc2), les pathologies des annexes (mc6) et les tumeurs cutanées (mc1) ont constitués 78.6% des demandes de consultation dans les secteurs (Public / Privé) et les deux régions (Constantine / Annaba).
- Il n'a pas été décelé de différence significative concernant l'ordre de fréquence des trois groupes de pathologies (mc4), (mc2) et (mc6) entre les deux secteurs public et privé et les deux régions (Constantine / Annaba).

CONCLUSION

- Les onychomycoses, les verrues, les folliculites, la gale, le psoriasis, l'acné et les nævus étaient les dermatoses les plus fréquentes dans chaque groupe de pathologie. Deux cas de mélanomes ont été colligés chez nos patients.
- Outre les infections cutanées pour la plupart des cas bénignes et dont la fréquence dans notre étude a été attribuée à un biais de recrutement des patients, l'attention devrait être attirée vers les dermatoses inflammatoires englobant le psoriasis, les eczémas, les urticaires et la DA, qui sont quant à elles chroniques, souvent associées à des comorbidités et dont la prise en charge représente un fardeau économique considérable, notamment du fait qu'elles étaient particulièrement fréquentes chez les patients de moins de 45ans population majoritaire dans notre étude.
- Les autres pathologies qui requièrent aussi de l'attention de par leur pronostic, sont les cancers cutanés. Nous pensons que leur fréquence a été probablement sous-estimée dans notre étude et qu'il est nécessaire de réaliser des études épidémiologiques pour déterminer la prévalence réelle de ces néoplasies dans la population générale en particuliers, des mélanomes, des lymphomes et des carcinomes cutanés.
- Nous avons également constaté des différences spécifiques au sexe féminin en particuliers pour les maladies auto-immunes et de système (mc5) les pathologies des annexes (mc6), les dermatoses topographiques (mc10) et les troubles pigmentaires (mc11). Même si la prise en charge des trois derniers est souvent du ressort du secteur libéral, ces dermatoses affichantes à impact esthétique et psychique, devraient être prises en compte lors de la planification d'interventions thérapeutiques car elles nécessitent le recours à des soins cosméto-esthétiques.
- ❖ L'étude nous a permis également de définir le rôle du dermatologue hospitalier et libéral chacun dans sa structure de soins publique ou privé, dans la prise en charge du patient :
- Une orientation de l'activité des dermatologues hospitaliers vers des pathologies spécifiques de par, leur évolution chronique, leurs pronostics, les coûts induits par leurs prises en charge et leurs impacts sur la vie socioprofessionnelle du patient et sur la santé publique. La gestion de ce type de pathologies peut aboutir à des hospitalisations et un suivi en milieu

spécialisé, comme c'est le cas des tumeurs cutanées malignes, des formes sévères de psoriasis et de DA, des toxidermies, de certaines infections cutanées (la leishmaniose cutanée, l'érysipèle, la tuberculose cutanée), des maladies auto-immunes (lupus cutané, dermatoses bulleuses auto-immunes, sclérodermie, ...) des prurits/ prurigo, etc.

- ➊ Par ailleurs, pour les dermatologues libéraux, leur activité est plus orientée vers la gestion des dermatoses affichantes à impact esthétique comme les pathologies des annexes (acné et les pathologies des poils), les troubles pigmentaires (mélasma et troubles de la pigmentation), les dermatoses par agent physique (les callosités plantaires et les photodermatoses) et les dermatoses topographiques (rosacée) dont la prise en charge requière souvent en plus des traitements classiques, des soins cosméto-esthétiques en ambulatoire non disponibles en milieu hospitalier.
- ❖ De la même manière, nous avons été en mesure de déterminer les facteurs influençant le choix du patient entre les deux secteurs Public/Privé :
- ➋ La quête de la qualité des soins était le critère décisif pour les patients dans la sélection entre les deux secteurs. Selon les critères choisis par les patients, la qualité des soins était jugée plus présente dans le secteur privé que dans le public en raison de, l'accès direct au dermatologue, les délais des RDV plus proches, les moyens disponibles et une meilleure qualité relationnelle et d'écoute du médecin.
- ➌ Les autres facteurs ayant influencé le choix des patients entre les deux secteurs étaient, l'activité professionnelle, l'assurance maladie, le motif financier. L'orientation par un autre médecin et le manque d'infrastructures paraissaient indépendants de la volonté du patient et rentraient peu dans son choix.
- ❖ Enfin, on a pu à travers cette étude, de mettre en lumière un phénomène connu mais non évalué chez nous, il s'agissait du nomadisme médical. Il serait intéressant d'apprécier son ampleur, identifier le profil des patients qui le pratiquent et essayer de l'expliquer. Cette démarche est du ressort des instances de la sécurité sociale afin de réduire les dépenses associées à ce comportement marginal.

CONCLUSION

Les pathologies cutanées constituent un véritable problème de santé publique, en raison de leur retentissement sur la vie socioprofessionnelle du patient, mais surtout du fait de leurs coûts économiques sur les ménages et les structures de soins.

L'objectif de cette étude n'était pas d'évaluer les prévalences des pathologies cutanées mais plutôt de déterminer, à travers l'analyse des motifs de consultation, le nombre de cas correspondant aux maladies dermatologiques présentées par les patients en consultation dans les deux secteurs public et privé de l'Est Algérien.

Elle nous a permis également de prendre conscience, par quoi on est sollicité et de là, à définir le rôle du dermatologue hospitalier et libéral et des structures de soins publiques et privés dans la prise en charge du patient.

ANNEXES

Questionnaire malade

1. Données épidémiologiques :

- Nom.
- Prénom.
- Age.
- Sexe.
- Profession.
- Domicile.
- Tares associées.

2. Motif de consultation : (précisez la pathologie)

- Dermatose aiguë.
- Dermatose chronique.
- Cosmético-esthétique.
- Autres.

3. Avez-vous un médecin de la famille ?

- Oui
- Non

4. Quel a été le délai entre votre demande de consultation et le RDV qui vous a été donné ?

- Durée :

5. Qu'est ce qui a motivé votre choix ?

- La qualité de la prise en charge.
- Le manque d'infrastructures de proximité.
- Le motif financier.
- La rapidité de la prise en charge.

6. S'agit-il de votre première consultation ?

- Oui
- Non

7. Si non, chez qui étiez-vous au début ?

- Dermatologue public.
- Dermatologue privé.
- Médecin généraliste.

8. Êtes-vous affilié à une assurance maladie ?

- CASNOS.
- CNAS.
- AUTRES.
- AUCUNE.

CATEGORIES PROFESSIONNELLES SELON
LA CODIFICATION DE L'ONS

Catégories professionnelles

- 1- Cadre supérieur , Profession libérale , Officier supérieur , Enseignant du supérieur
gros Commerçant , gros Exploitant agricole , Industriel .
 - 2 - Cadre moyen , Personnel d'encadrement administratif , Artisan patron , Gérant
Agriculteur Exploitant , Propriétaire de Taxi , Officier , Technicien supérieur , Enseignant
secondaire.
 - 3 - Ouvrier qualifié, spécialisé, Enseignant primaire et moyen, Technicien, petit
Commerçant détaillant.
 - 4 - Employé de bureau, Travailleur de service, Ouvrier non agricole permanent
Chauffeur de transports en commun et de taxi non propriétaire.
 - 5 - Ouvrier agricole permanent ou non, Manœuvre, agent de service.
 - 6 - Retraité, Pensionné.
 - 7 - Chômeur.
 - 8 - Femme au foyer s'adonnant à une activité secondaire source de revenu.
 - 9 - Femme au foyer ne s'adonnant pas à une activité secondaire source de revenu.
 - 10- Ecolier , Lycéen , Etudiant , Apprenti , Stagiaire , Enfant d'âge scolaire non
scolarisé (6 - 16 ans) .
 - 11 - Enfant d'âge préscolaire (0 - 6 ans).
 - 12 - Indéterminé.
-

Codification propre à l'étude :

- 1 à 5 = Actifs.
6 = Retraités.
7 = Sans profession.
8 à 9 = Femmes au foyer.
10 = Enfants scolarisés et étudiants.
11 = Enfants d'âge préscolaire (0 - 6 ans).
12 = Indéterminé.

CODES DES MOTIFS DE CONSULTATION

Motifs de consultation	Codes
Tumeurs cutanées	mc1
Dermatoses inflammatoires	mc2
Angiodermatologie	mc3
Infections cutanées	mc4
Immunodermatologie et médecine interne	mc5
Pathologies des annexes	mc6
Prurit et Prurigo	mc7
Dermatoses par agent physique	mc8
Pathologies des muqueuses	mc9
Dermatoses topographiques	mc10
Troubles pigmentaires	mc11
Génodermatoses	mc12
MST	mc13
Autres	mc14
Pathomimie	mc15

**CLASSIFICATION STATISTIQUE INTERNATIONALE DES
MALADIES ET DES PROBLÈMES DE SANTÉ CIM-11
SECTION : MALADIES DE LA PEAU ET DU TISSU
CELLULAIRE SOUSCUTANE**

- ❖ A18.4 Tuberculose de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.
- ❖ A 46 Erysipèle.
- ❖ A30 Lèpre [maladie de Hansen].
- ❖ A30.0 Lèpre indéterminée.
- ❖ A30.1 Lèpre tuberculoïde.
- ❖ A30.2 Lèpre tuberculoïde de type intermédiaire atypique.
- ❖ A30.3 Lèpre de type intermédiaire atypique.
- ❖ A30.4 Lèpre lépromateuse de type intermédiaire atypique.
- ❖ A30.5 Lèpre lépromateuse.
- ❖ A30.8 Autres formes de lèpre.
- ❖ A30.9 Lèpre, sans précision.
- ❖ A 51 Syphilis précoce.
- ❖ A51.3 Syphilis secondaire de la peau et des muqueuses.
- ❖ A51.5 Syphilis précoce, latente.
- ❖ A51.9 Syphilis précoce, sans précision.
- ❖ A 54 Infection gonococcique.
- ❖ A56.0 Infection à Chlamydia de la partie inférieure de l'appareil génito-urinaire.
- ❖ A 57 Chancre mou.
- ❖ A 59 Trichomonase.
- ❖ A 60 Infection anogénitale par le virus de l'herpès [Herpes simplex].
- ❖ A63.0 Condylomes anogénitaux (vénériens).
- ❖ B00.1 Dermite vésiculaire due au virus de l'herpès.
- ❖ B01Varicelle.
- ❖ B02 Zona [herpes zoster].
- ❖ B07 Verrues d'origine virale.
- ❖ B08.1 Molluscum contagiosum.
- ❖ B35.0 Teigne de la barbe et du cuir chevelu.
- ❖ B35.1 Teigne de l'ongle.

- ❖ B35.2 Teigne de la main.
- ❖ B35.3 Teigne du pied.
- ❖ B35.4 Teigne de la peau glabre.
- ❖ B36.0 Pityriasis versicolor.
- ❖ B37 Candidose.
- ❖ B37.0 Stomatite à Candida.
- ❖ B37.2 Candidose de la peau et des ongles.
- ❖ B37.3† Candidose de la vulve et du vagin.
- ❖ B37.4 Candidose d'autres localisations urogénitales.
- ❖ B 47 Mycétome.
- ❖ B47.0 Eumycétome.
- ❖ B47.1 Actinomycétome.
- ❖ B47.9 Mycétome, sans précision.
- ❖ B 55 Leishmaniose cutanée.
- ❖ B55.1 Leishmaniose cutanée.
- ❖ B55.2 Leishmaniose cutanéomuqueuse.
- ❖ B 85 Pédiculose et phtiriase.
- ❖ B 86 Gale.
- ❖ C84.0 Mycosis fongoide.
- ❖ C41 Syndrome de Sésary.
- ❖ C46.0 Sarcome de Kaposi de la peau.
- ❖ D 03 Mélanome in situ.
- ❖ D04 Carcinome in situ de la peau.
- ❖ D17 Tumeur lipomateuse bénigne.
- ❖ D18.0 Hémangiome, tout siège.
- ❖ D22 Nævus à mélanocytes.
- ❖ D23 Autres tumeurs bénignes de la peau.
- ❖ D86.3 Sarcoïdose de la peau.
- ❖ I73.0 Syndrome de Raynaud.
- ❖ I 83 Varices des membres inférieurs.
- ❖ I83.2 Varices des membres inférieurs, avec ulcère et inflammation.
- ❖ I89.0 Lymphoedème, non classé ailleurs.
- ❖ K14.1 Langue géographique.
- ❖ K14.5 Langue plicaturée.

- ❖ **L00 Syndrome d'épidermolyse staphylococcique du nourrisson.**
- ❖ **L01 Impétigo.**
- ❖ **L01.1 Impétiginisation d'autres dermatoses.**
- ❖ **L02 Abscès cutané, furoncle et anthrax.**
- ❖ **L03 Phlegmon.**
- ❖ **L04 Lymphadénite aiguë.**
- ❖ **L05 Sinus pilonidal.**
- ❖ **L08 Autres infections localisées de la peau et du tissu cellulaire souscutané.**
- ❖ **L10 Pemphigus.**
- ❖ **L11 Autres acantholyses.**
- ❖ **L12 Pemphigoïde.**
- ❖ **L13 Autres dermatoses bulleuses.**
- ❖ **L13.0 Dermite herpétiforme.**
- ❖ **L13.1 Pustulose souscornée.**
- ❖ **L13.8 Autres dermatoses bulleuses précisées.**
- ❖ **L13.9 Dermatose bulleuse, sans précision.**
- ❖ **L20 Dermite atopique.**
- ❖ **L20.0 Prurigo de Besnier.**
- ❖ **L20.8 Autres dermatites atopiques.**
- ❖ **L21 Dermite séborrhéique.**
- ❖ **L22 Dermite fessière du nourrisson.**
- ❖ **L23 Dermite allergique de contact.**
- ❖ **L24 Dermite irritante de contact.**
- ❖ **L26 Dermite exfoliatrice.**
- ❖ **L27 Dermite due à des substances prises par voie interne.**
- ❖ **L28 Lichen simplex chronique et prurigo.**
- ❖ **L29 Prurit.**
- ❖ **L30.1 Dyshidrose.**
- ❖ **L40 Psoriasis.**
- ❖ **L40.5† Psoriasis arthropathique.**
- ❖ **L41 Parapsoriasis.**
- ❖ **L42 Pityriasis rosé de Gibert.**
- ❖ **L43 Lichen plan.**
- ❖ **L50 Urticaire.**

- ❖ **L51 Érythème polymorphe.**
- ❖ **L52 Erythème noueux.**
- ❖ **L55 Coup de soleil.**
- ❖ **L57 Modifications de la peau dues à une exposition chronique aux rayonnements non ionisants.**
- ❖ **L56.4 Lucite polymorphe.**
- ❖ **L57.0 Kératose actinique.**
- ❖ **L58 Radiodermite.**
- ❖ **L60 Maladies des ongles.**
- ❖ **L60.0 Ongle incarné.**
- ❖ **L60.1 Onycholyse.**
- ❖ **L60.2 Onychogryphose.**
- ❖ **L60.3 Dystrophie des ongles.**
- ❖ **L63 Pelade.**
- ❖ **L64 Alopécie androgénique.**
- ❖ **L65 Autres formes non cicatricielles de raréfaction du système pileux.**
- ❖ **L66 Alopécie cicatricielle.**
- ❖ **L68 Hypertrichose.**
- ❖ **L68.0 Hirsutisme.**
- ❖ **L70 Acné.**
- ❖ **L72 Kystes folliculaires de la peau et du tissu cellulaire souscutané.**
- ❖ **L71 Acné rosacée.**
- ❖ **L72.1 Kyste sébacé.**
- ❖ **L73 Autres affections folliculaires.**
- ❖ **L73.0 Acné chéloïde.**
- ❖ **L73.1 Pseudofolliculite de la barbe.**
- ❖ **L73.2 Hidrosadénite suppurée.**
- ❖ **L73.8 Autres formes précisées d'affections folliculaires (Sycosis de la barbe).**
- ❖ **L73.9 Affection folliculaire, sans précision.**
- ❖ **L80 Vitiligo.**
- ❖ **L81 Autres anomalies de la pigmentation.**
- ❖ **L81.0 Hyperpigmentation post inflammatoire.**
- ❖ **L81.1 Chloasma.**
- ❖ **L81.2 Taches de rousseur.**

- ❖ **L81.3 Taches café au lait.**
- ❖ **L81.4 Autres hyperpigmentations par la mélanine.**
- ❖ **L81.5 Leucodermie, non classée ailleurs.**
- ❖ **L81.6 Autres anomalies liées à une diminution de la formation de mélanine.**
- ❖ **L81.7 Dermatose purpurique pigmentée.**
- ❖ **L81.8 Autres anomalies précisées de la pigmentation.**
- ❖ **L82 Kératose séborrhéique.**
- ❖ **L83 Acanthosis nigricans.**
- ❖ **L84 Cors et callosités.**
- ❖ **L85.0 Ichtyose acquise.**
- ❖ **L85.1 Kératose [kératodermie] palmaire et plantaire acquise.**
- ❖ **L85.3 Xérosis cutané.**
- ❖ **L89 Ulcère de décubitus et zone de pression.**
- ❖ **L90.0 Lichen scléreux et atrophique.**
- ❖ **L91.0 Cicatrice hypertrophique (Cicatrice chéloïde).**
- ❖ **L92.0 Granulome annulaire.**
- ❖ **L92.1 Nécrobiose lipoïdique.**
- ❖ **L92.2 Granulome éosinophile de la peau**
- ❖ **L92.3 Granulome cutané et souscutané dû à la présence d'un corps étranger.**
- ❖ **L92.8 Autres lésions granulomateuses de la peau et du tissu cellulaire souscutané.**
- ❖ **L92.9 Lésion granulomateuse de la peau et du tissu cellulaire souscutané, sans précision.**
- ❖ **L93 Lupus érythémateux.**
- ❖ **L93.0 Lupus érythémateux chronique.**
- ❖ **L93.1 Lupus érythémateux cutané subaigu.**
- ❖ **L93.2 Autres lupus érythémateux localisés.**
- ❖ **L94.0 Sclérodermie localisée (morphée).**
- ❖ **L95 Vascularite [angéite] limitée à la peau, non classée ailleurs.**
- ❖ **L97 Ulcère du membre inférieur.**
- ❖ **L98.1 Dermite factice.**
- ❖ **L98.2 Dermatose neutrophile fébrile (Sweet).**
- ❖ **L98.3 Phlegmon à éosinophiles (Wells).**
- ❖ **L98.5 Mucinose cutanée.**
- ❖ **M32.9 Lupus érythémateux disséminé, sans précision.**

- ❖ **M33.0 Dermatomyosite juvénile.**
- ❖ **M33.1 Autres dermatomyosites.**
- ❖ **M34.0 Sclérose systémique progressive.**
- ❖ **M34.1 Syndrome CREST.**
- ❖ **M35.0 Syndrome de Gougerot–Sjögren.**
- ❖ **M35.2 Maladie de Behçet.**
- ❖ **R21 Rash et autres éruptions cutanées non spécifiques.**
- ❖ **R22 Autres tuméfactions et masses localisées de la peau et du tissu cellulaire
Souscutané.**
- ❖ **R61 Hyperhidrose.**

REFERENCES
ET
BIBLIOGRAPHIE

Références et bibliographie

- [1] Préambule à la constitution de l’OMS tel qu’adopté par la conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 états. 1946 ; (Actes officiels de l’OMS, n°2, p.100) et entré en vigueur le 07/04/1948.
- [2] Loi sanitaire 85.05 : Art4.
- [3] Sagnes-Raffy C. Organisation générale du système de santé en France. 2009-2010.
- [4] Abdelmoumene M, Achour N, Chaoui F, Fikri Benbrahim N, et al. Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie : Défis nationaux et enjeux partagés. Les Notes IPEMED. 2012 (3).
- [5] Avant-projet de la loi relative à la sante. Art 5. Août 2014.
- [6] Dépenses de santé. (OCDE) Organisation de Coopération et de Développement Économiques. <https://data.oecd.org/fr/healthres/depenses-de-sante>.
- [7] Morgan D, Fan Xiang F. Tendances récentes des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, et réactions aux chocs économiques et épidémiques. *Med Mal Metab* 2022;16: 214-224.
- World and national data, maps & rankings. <https://knoema.fr/atlas>.
- [8] World Bank (WB). World Development Indicators. Edition 2019, Washington, DC. USA.
- [9] Les indicateurs de base : des éléments fondamentaux pour l'analyse de la situation de santé. *Bulletin Epidémiologique de l'OPS*. 2001 :22 (4).
- [10] Hay RJ, Johns NE, Williams HC, et al. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Invest Dermatol*. 2014;134:1527-1534.
- [11] Segre JA. Epidermal barrier formation and recovery in skin disorders. *J Clin Invest* 2006; 116: 1150-1158.
- [12] Karimkhani C, and al. Global Skin Disease Morbidity and Mortality: An Update From the Global Burden of Disease Study 2013. *JAMA Dermatol*. 2017;1;153(5):406-412.
- [13] WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2019. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_daly-methods.pdf?sfvrsn=31b25009-7.
- [14] Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Data from: Findings from the Global Burden of Disease Study. 2017. Available at: <http://www.healthdata.org/policy-report/findings-global-burden-disease-study-2017>.
- [15] Lim HW, Collins SAB, Resneck JS Jr, et al. The burden of skin disease in the United States. *J Am Acad Dermatol* 2017; 76:958–972.
- [16] Kirsner RS, Hannon W, Agarwal A, Kerdel FA. The effect of health care delivery systems on admission to and treatment at an inpatient dermatology unit. *Dermatol Clin* 2000;18:391-5.
- [17] Lambert A, Delaporte E, Lok C, Froment L, Bailly L, Denoeux JP, Piette F, Thomas P, Joly P. Activité de consultation de trois services de dermatologie hospitalo-universitaires français. *Ann Dermatol Venereol* 2006; 133:657-62.
- [18] Harris DW, Benton EC, Hunter JA. The changing face of dermatology out-patient referrals in the south-east of Scotland. *Br J Dermatol* 1990;123:745-50.
- [19] Modeste AB, Josset V, Hautemaniere A, Roujeau JC. Enquête sur l’activité des services de Dermatologie hospitaliers français. *Ann Dermatol Venereol* 2002; 129:1266-70.

- [20] Kirsner RS, Yang DG, Kerdel FA. The changing status of inpatient dermatology at American Academic Dermatology programs. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40:755-7.
- [21] Bickers DR, Lim HW, Margolis D, et al. The burden of skin diseases: 2004 a joint project of the American Academy of Dermatology Association and the Society for Investigative Dermatology. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55:490-500.
- [22] American Academy of Dermatology/Milliman. Burden of skin disease. Available from: URL: www.aad.org/BSD. 2016.
- [23] Richard MA, and al. Prevalence of most common skin diseases in Europe: a population-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022 Jul;36(7):1088-1096.
- [24] Richard MA, Corgibet F. Objectifs Peau ; une mobilisation sans précédent. Compte-rendu du forum Objectifs Peau du 8 décembre 2016. *Dermato Mag*. 2017;5(1):11-13.
- [25] Chu S, Mehrmal S, Uppal P, Giesey RL, Delost ME, Delost GR. Burden of skin disease and associated socioeconomic status in Europe: An ecologic study from the Global Burden of Disease Study 2017. *JAAD Int*. 2020;1(2):95-103.
- [26] Urban K, and al. Burden of skin disease and associated socioeconomic status in Asia: A cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 1990-2017. *JAAD Int*. 2020;10;2:40-50.
- [27] Seth D, Cheldize K, Brown D, Freeman EF. Global burden of skin disease: inequities and innovations. *Curr Dermatol Rep*. 2017;6 (3):204-210.
- [28] Laughter MR, Maymone MBC, Karimkhani C, Rundle C, and al. The Burden of Skin and Subcutaneous Diseases in the United States From 1990 to 2017. *JAMA Dermatol*. 2020 ; 156(8):874-881.
- [29] Prise en charge du psoriasis au Maghreb. *Ann Dermatol venereol* 2012 ; 139, hors-série n°1.
- [30] Ammar-Khodja A, Benkaidali I, Bouadjar B, Serradj A, Titi A, Benchikhi H, Amal S, Hassam B, Sekkat A, Mernissi FZ, Mokhtar I, Dahoui R, Denguezli M, Doss N, Turki H. EPIMAG: International Cross-Sectional Epidemiological Psoriasis Study in the Maghreb. *Dermatology*. 2015;231(2):134-44.
- [31] Messaili M, Kaïd Tlilane N. Dépenses publiques de santé et santé de la population en Algérie : une analyse économétrique. *Santé Publique*. 2017;3 (29):383-392).
- [32] Vincent Bollenot. « 1887. Le code de l'indigénat algérien est généralisé à toutes les colonies françaises », *Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe* [en ligne], ISSN 2677-6588, mis en ligne le 16/04/23).
- [33] Ghanem L, Ghanem N. Les plus grandes épidémies et pandémies de l'Histoire Cas de L'Algérie Entre l'époque Ottomane et Coloniale. *902-887:(1) 5 ; 2022. مجلة البحوث التاريخية*.
- [34] Guillerrou Y. Villes et campagnes en Algérie. *Autrepart*. 1999 ; (11): 47-60).
- [35] Jordi. JJ. 1962, l'exode des Français d'Algérie. *Les Chemins de mémoire* n°278.
- [36] Moumen A. « De l'Algérie à la France. Les conditions de départ et d'accueil des rapatriés, pieds-noirs et harkis en 1962 », *Matériaux pour l'histoire de notre temps*. 2010 ; 99 (3) :60-68.
- [37] L'Algérie dans la voie du socialisme. *Le Monde diplomatique*. Octobre 1965 ; page 5. <https://www.monde-diplomatique.fr/>.
- [38] L'Algérie dans la voie du socialisme : Une médecine au service du peuple. *Le Monde diplomatique*. Octobre 1965 ; page 22. https://www.monde-diplomatique.fr.
- [39] Ordonnance no 73-65 du 28 décembre 1973 portant institution de la médecine gratuite dans les secteurs sanitaires. *Journal officiel*, 1974-01-01.

- [40] Ghouati A. L'enseignement supérieur en Algérie : entre contraintes politiques et défis socio-économiques. Paris, Éditions Pétra, col. « Éducation, art du possible », 2019.
- [41] Abbou Y, Brahamia B. Le système de santé algérien entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé. *Insaniyat*. 2017 ; (75-76) :149-171.
- [42] Mebtoul M. Les enjeux de la privatisation des soins en Algérie. *Journal des anthropologues*, 96-97 | 2004, 195-207.
- [43] Dépenses de santé : comment la France se positionne ? Statistiques de l'OCDE sur la santé. 7 Juillet 2015. <http://www.oecd.org/health>.
- [44] CHAOUI F. Les politiques de santé (1962-2016) entre rente pétrolière et volontarisme populiste. *Nous autres*. 2016 ; p : 147-161.
- [45] Kaddar M. Projet de loi sanitaire : des avancées et des questions de la santé. *Quotidien d'Oran* ; 15 janvier 2017.<http://www.lequotidien-oran.com/?news=5238478>.
- [46] Améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé. *Études économiques de l'OCDE*. 2005 ; 9 : 125-165.
- [47] Akki-Alouani, Aoumeur A-K. « Pour un système de santé qui profite à tous : l'Algérie face au défi de l'approche systémique ». *Pensée plurielle*. 2015 ; (39), 2 : 93-107.
- [48] Hordé P. Consultation médicale – Définition. *Sante-Médecine*.
- [49] Hervé C, Mamzer MF. La consultation médicale à l'épreuve d'une nouvelle humanisation : quelle évolution éthique pour le médecin et son patient ? *Ethics, Medicine and Public Health*. 2016; (2), 2:238-245).
- [50] Legoupil D, Davaine AC, Karam A, Peu Duvalon P, Dupré D, Greco M, Delmas A, Sassolas B, Misery L. Évaluation d'une consultation d'urgences en dermatologie. *Ann Dermatol Venereol* 2005 ; 132 : 857-859.
- [51] Penso-Assathiany D, Bourdon-Lanoy E, Derancourt C, Roujeau JC, Bastuji-Garin S. Demandes de rendez-vous en urgence en dermatologie libérale : Etude Urgences en Dermatologie libérale. (ET.U.DE). *Ann Dermatol Venereol* 2007 ; 134 :23-29.
- [52] Blaise S, Trividic M, Boulinguez A, Sparsa A, Bonnetblanc J-M, Bédane C. Consultations d'urgence en dermatologie au CHU de Limoge. *Ann Dermatol Venereol* 2004 ; 131 :1098-100.
- [53] Specht C; Darce M; Tellier S; Lechevalier P; Kone Paut I; Piram M. Atteinte dermatologique dans la maladie de Kawasaki : données extraites de la base de données française (Kawanet). *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 2016 ; 143(12), S142.
- [54] Aballi AJ, Bicken LC. Perineal rash in Kawasaki syndrome. *Pediatr Infect Dis*. avr 1984;3(2):187.
- [55] Ingen-Housz-Oro S, Mirkamali A, Valeyrie-Allanore L, Chosidow O, Wolkenstein P. Bilan d'activité d'une consultation post-urgence rapide pour la prise en charge des urgences dermatologiques. *Ann Dermatol Venereol* 2010;137: 519-522.
- [56] Bonnetblanc J-M. Les recommandations pour la pratique clinique. *Ann Dermatol Venereol* 2002;129:1113-4.

- [57] Mesrati H, Chaabane H, Amouri M, Hariz W, Mseddi M, Boudaya S, Turky H. Motifs de consultation des enfants an âge préscolaire dans un service de dermatologie. *Ann Dermatol Venereol* 2011; A82 ; doi : 10.1016/j.annder.2011.09.092.
- [58] Maza A, Berbis J, Gaudy-Marqueste C, Morand JJ, Berbis P, Grob JJ, Richard MA. Evaluation de l'activité hospitalière de consultation liaison en dermatologie à partir d'une enquête prospective multicentrique au sein d'un CHU français. *Ann Dermatol Venereol* 2009; 136 :241-8.
- [59] Falanga V, Schachner LA, Rae V, Ceballos PI, Gonzalez A, Liang G, et al. Dermatologic consultations in the hospital setting. *Arch Dermatol* 1994;130:1022-5.
- [60] Lukasiewicz E, Martel J, Roujeau JC, Flahault A. La dermatologie libérale en France métropolitaine en 2000. *Ann Dermatol Venereol* 2002;129:1261-5.
- [61] Loi n° 05-04 du 27 Dhou El Hidja 1425 correspondant au 6 février 2005 portant code de l'organisation pénitentiaire et de la réinsertion sociale des détenus. *JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 12. 4 Moharram 1426 ; 13 février 2005.*
- [62] Les soins aux personnes détenues. Agence Régionale de Santé Paca. <http://www.ars.paca.sante.fr> – MAJ 25/10/17).
- [63] Adamski H, Chiron R, Paysant F, Taversan A, Bernard B, Veillard D, et al. Consultation de dermatologie dans un centre pénitentiaire de femmes : analyse de six années d'activité. *Ann Dermatol Venereol* 2008 ; 135, 682-690.
- [64] Grange F, Pellenq E, et al. Consultation dermatologique en milieu carcéral : analyse de trois années d'activité dans une maison d'arrêt française. *Ann Dermatol Venereol* 2001 ; 128 : 513-6.
- [65] Young P, Gauthier V, Joly P, Proust B, Lauret P. Consultation de dermatologie en milieu pénitentiaire: enquête prospective dans une maison d'arrêt et dans un centre de détention. *Ann Dermatol Venereol* 2000; 127(4): 4S63-4.
- [66] Brauner GJ, Goodheart HP. Dermatologic care behind bars. *Jam Acad Dermatol.* 1988; 18 : 1066-73.
- [67] Vieu C, Granel-Brocard F, Baumann C, Cuny J-F, Barbaud A, Schmutz J-L. Evaluation de l'activité oncodermatologique globale d'un service de dermatologie hospitalo-universitaire en France. *Ann Dermatol Venereol.* doi: 10. 1016/ j. annder. 2008.05.015.
- [68] Storan ER, McEvoy MT, Wetter DA, el-Azhary RA, Bridges AG, Camilleri MJ, Davis MDP. Experience with the dermatology inpatient hospital service for adults: Mayo Clinic, 2000–2010. *JEADV* 2013; 27: 1360–1365.
- [69] Theodore H. Tulchinsky, Elena A. Varavikova. *Diagnosis-Related Groups. Chapter 15; Health Technology, Quality, Law, and Ethics. The New Public Health (Third Edition); 2014.*
- [70] Federman D, Hogan D, Taylor JR, Caralis P, Kirsner RS. A comparison of diagnosis, evaluation, and treatment of patients with dermatologic disorders. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32: 726–729.
- [71] Dlova NC, Hamed SH, Tsoka-Gwegweni J, Grobler A. Skin lightening practices: an epidemiological study of South African women of African and Indian ancestries. *Br J Dermatol.* 2015;2:2-9.
- [72] Sagoe D, Pallesen S, Dlova NC, Lartey M, Ezzedine K, Dadzie O. The global prevalence and correlates of skin bleaching: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Int J Dermatol.* 2019 Jan;58(1):24–44. DOI : 10.1111/ijd.14052.

- [73] Li EP, Mai HI, Belk RW et al. Skin lightening and beauty in four Asian cultures. *Adv Consum Rev* 2008; 35:444-9.
- [74] Hamed SH, Tayyem R, Nimer N, Alkhatib HS. Skin-lightening practice among women living in Jordan: prevalence, determinants, and user's awareness. *International journal of dermatology*. 2010 Apr;49(4):414–20.
- [75] Wone I, Tal-Dia A, Diallo OF, Badiane M, Toure K, Diallo I, et al. Prevalence of the use of skin bleaching cosmetics in two areas in Dakar (Senegal) *Dakar medical*. 2000; 45(2):154–7.
- [76] Gathse A, Obengui I., JR. Motifs de consultation liés à l'usage des dépigmentants chez 104 utilisatrices à Brazzaville. *Bulletin de la société de pathologie exotique*. 2005;96:401–2
- [77] Malik S. The domination of fair skin: skin whitening, Indian woman and public health. PhD thesis, San Francisco State University Department of Health Education Colmmating Experience. 2007.
- [78] Adebajo S. An epidemiological survey of the use of cosmetic skin lightening cosmetic among traders in Lagos, Nigéria. *West Afr J Med* 2002 ; 21:51.
- [79] Blay YA. Skin bleaching and global white supremacy by way of introduction. *J Pan Afr Sud* 2011; 4:4-46.
- [80] Wene L, Tal-Dia A, Diallo O et al. Prevalence of the use of skin bleaching cosmetics in tow areas in Dakar (Senegal). *Dakar Med* 2000; 45:154-7.
- [81] Halder R, Cames P. Mc Duirin C et al. Incidence of common dermatoses in a predominantly black dermatologic practice. *Cutis* 1983;32:388-90.
- [82] Mahe A, Ly F, Perret JL. Systemic complications of the cosmetic use of skin-bleaching products. *Int J Dermatol* 2005; 44(1):37-8.
- [83] Bellaje R, Sefiani H Benali D Soulaymani A, Soulaymani Bencheikh R. L'intoxication par les crèmes éclaircissantes au Maroc, profil épidémiologique. *European Scientific Journal*. 2016 ;(12)12:29-42.
- [84] Nnoruka E, Okoye O. Topical steroid abuse: its use as a depigmenting agent. *J Natl Med Assoc*. 2006;98(6):934-9.
- [85] Kourouma S, Ildevert PG, Kaloga M, Ecra EJ, Sangaré A, Kouassi IY, et al. Dépigmentation cutanée cosmétique des femmes noires : résultats d'une enquête CAP à Abidjan (Côte d'Ivoire). *The Pan African Medical Journal*. 2016;24:159.
- [86] Barr RD, Rees PH, Cordy PE, Kungu A, Woodger BA, Cameron HM. Nephrotic syndrome in adult Africans in Nairobi. *Br Med J*. 1972;2 (5806):131-4.
- [87] Olumide YM, Akinkugbe AO, Altraide D et al. Complications of chronic use of skin lightening cosmetics. *Int J Dermatol* 2008;47:344–53.
- [88] Hardwick N, Gelder L, Merwe C, Merwe M. Exogenous ochronosis: an epidemiological study. *Br J Dermatol* 1989; 120:229-38.
- [89] Mishra SN, Dhurat RS, Deshpande DJ, Nayak CS. Diagnostic utility of dermoscopy in hydroquinone-induced exogenous ochronosis. *Int J Dermatol*. 2012.
doi: 10.1111/j.1365-4632.2011.05305.x.
- [90] Cellarier D, Adet A, Barré M. Le côté obscur de l'éclaircissement de la peau [The dark side of skin lightening]. *Med Trop Sante Int*. 2022; 27;2 (4):264.

- [91] Bellew SG, Alster TS. Treatment of exogenous ochronosis with a Q-switched alexandrite (755 nm) laser. *Dermatol Surg*. 2004;30(4 Pt 1):555-558.
- [92] Ceglie WW, Careta MF, Patriota R, Torezan LA. Exogenous ochronosis successfully treated with the combination of intense pulsed light and fractional CO2 laser. *An Bras Dermatol*. 2023; 98(1):138-140.
- [93] Olumide YM, Akinkugbe AO, Altraide D et al. Complications of chronic use of skin lightening cosmetics. *Int J Dermatol* 2008; 47: 344–53.
- [94] World Health Organization. Mercury in skin lightening products.
<https://apo.who.int/publications/i/item/WHO-CED-PHE-EPE-19.13>
- [95] Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE), 2008. Produits et déchets contenant du mercure. Genève, Programme des Nations Unies pour l'environnement, Division Technologie, Industrie et Economie, Service Substances Chimiques.
http://www.unep.org/chemicalsandwaste/Portals/9/Mercury/AwarenessPack/English/UNEP_Mod1_UK_Web.pdf.
- [96] PISC (1991). Mercury-containing cream and soap. In: Inorganic mercury. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Programme international sur la sécurité chimique (Environmental Health Criteria 118; <http://www.inchem.org/documents/ehc/ehc/ehc118.htm#SectionNumber:3.5>).
- [97] PISC (2003). Elemental mercury and inorganic mercury compounds: human health aspects. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Programme international sur la sécurité chimique (Document international succinct sur l'évaluation des risques chimiques 50 ; <http://www.who.int/entity/ipcs/publications/cicad/en/cicad50.pdf>).
- [98] Abraham Tharakan PK, Seethalekshmy NV. Beautification Gone Awry: Membranous Glomerulonephritis Following Use of Skin Lightening Cream Containing Mercury. *Indian J Dermatol*. 2022;67(6):837.
- [99] Barr RD, Rees PH, Cordy PE, Kungu A, Woodger BA, Cameron HM (1972). Nephrotic syndrome in adult Africans in Nairobi. *British Medical Journal* 1972;5806:131–134.
- [100] Ladizinski B, Mistry N, Kundu RV. Widespread use of toxic skin lightening compounds: medical and psychosocial aspects. *Dermatologic Clinics* 2011; 29:111-123.
- [101] Gorge AO. Skin diseases in tropical Africa. Medical, social and economic implications. *Int J Dermatol* 1988; 27:187-9.
- [102] Mouhari-Toure A, Klu AS, Kombaté K, Saka B, Tchangai-Wella K, Pitche P. Les motifs d'hospitalisation en dermatologie à Lomé (Togo). *Ann Dermatol Venereol*.
doi: 10.1016/j.annder.2009.03.016.
- [103] Manzambi Kuwekita J, and al. Le tradipraticien dans l'offre des soins de santé de proximité en zones de santé semi-rurales : Résultats d'une étude menée dans la commune périphérique de Kisenso à Kinshasa, Congo. *Journal d'Epidémiologie et de Santé Publique*. (JESP) 2014 ;13.
- [104] Hammiche, V., Merad ,R., Azzouz ,M.. Les plantes toxiques à usage médicinal du pourtour méditerranéen. (2013); Paris, France : Editions Springer Verlag.
- [105] Keita S. Dermatoses des plis chez le noir Africain à Bamako (Mali). *International Journal of Dermatology*.2012 ;51(1) : 41-44.

- [106] Berthon M . Prévenir les maladies de la peau : quels sont les facteurs de risque ? Deuxiemeavis.fr. 2021. <https://www.deuxiemeavis.fr/famille/maladies-de-la-peau>.
- [107] Fox H. Observations on skin diseases in the Negro. *J Cutan Dis* 1908;26:67-79.
- [108] Hazen HH. Skin diseases in Negro. *J Cutan Dis* 1914; 32:705-13.
- [109] Petit A. Les motifs de consultation : une approche de la dermatologie sur peau noire. *Ann Dermatol Venereol* 2006; 133:861-9.
- [110] Verhagen ARHB, Koten JW, Chaddah VK, Patel RI. Skin diseases in Kenya. A clinical and histopathological study of 3168 patients. *Arch Dermatol* 1968;98:577-86.
- [111] Fofana Y, et al. Profil épidémiologique des dermatoses chez les enfants vus en consultation dermatologique dans le service de dermatologie du centre national d'appui à la lutte contre la maladie à Bamako (Mali). *Pan Afr Med J*. 2016 ;(20) 25:238.
- [112] Abetel G, Danthe C, Hungerbühler P, Lavanchy J-D, Russ D. Glomérulonéphrite post-infectieuse. *Médecine&Hygiène*.2002 ; 2397.
- [113] Benchikhi H, Naciri-Bennani B, Tarwate M, Hali F, et al. Evolution de la répartition des cancers cutanés vus dans le service de dermatologie de Casablanca entre les périodes 1971-1991 et 1992-2011 . *Ann Dermatol Venereol* .doi:10.1016/j.annder.2012.06.052.
- [114] Lessin SR. Cutaneous T-cell lymphoma epidemiology: patients providing the power. *Arch Dermatol* 2007;143:916-8.
- [115] Saunes M, Nilsen TI, Johannessen TB. Incidence of primary cutaneous T-cell lymphoma in Norway. *Br J Dermatol* 2009; 160:376-9.
- [116] B. Flageul. Lèpre. *Maladie de Hansen*. EMC - Dermatologie 2010;1-16 [Article 98-370-A-10].
- [117] Coeytaux A, Truffert A, Antille C, Mueller Y. La lèpre, une maladie neurologique *REVUE MÉDICALE SUISSE*. 2007 ;(110). ISSN: 1660-9379.
- [118] Reibel F, Cambau E, Aubry A. Histoire et actualité du traitement de la lèpre. *JOURNAL DES ANTI-INFECTIEUX*. 2015 ; 17:391-98.
- [119] World Health Organization. Vers Zéro Lèpre: Stratégie Mondiale de Lutte Contre La Lèpre (Maladie de Hansen) 2021–2030. World Health Organization, 2021. JSTOR, <http://www.jstor.org/stable/resrep38994>.
- [120] Keita S, Tiendrebeogo A, Berthe D, Faye O, N'diaye HT. Valeur prédictive des motifs de consultation pour le diagnostic de lèpre à Bamako (Mali). *Ann Dermatol Venereol* 2002;129:1009-11.
- [121] Palich R. Traitement actuel de l'infection par le VIH. *La Revue du Praticien*. 2021 ; 71(9);976-82.
- [122] Lange J. Étendre l'accès à la prévention et au traitement du VIH dans un contexte de rareté des ressources : défis et perspectives. *Revue d'économie du développement*. 2006 ; 14 :119-139.
- [123] France. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Décret n°88-61 du 18 janvier 1988 pris pour l'application de l'article L 335-23 du code la santé publique concernant le dépistage de façon anonyme et gratuite du virus de l'immunodéficience humaine. Modifié par décrets n° 92-691 du 17 juillet 1992 et n° 98-74 du 11 février 1998. *JO Rep Fr Ed Lois Décrets* 1988; 120:944-5.

- [124] Jarzebowski W, Caumes E, Dupin N; et al. Effect of early syphilis infection on plasma viral load and CD4 cell count in human immunodeficiency virus-infected men: results from the FHDH-ANRS CO4 Cohort. *Archives of Internal Medicine*. 2012; 172: 1237-1243.
- [125] Chen JL, Kodagoda D, Lawrence AM, Kerndr PR. Rapid public health interventions in response to an outbreak syphilis in Los Angeles. *Sex Transm Dis* 2002; 29:285-7.
- [126] Fennema JS, Cairo I, Spaargaren J, Dukers NH, Coutinho RA. Syphilis epidemic and increase of number of HIV infections among homosexual men attending the Amsterdam venereal disease clinic. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002; 146:633-5.
- [127] Demmer C, Caroléo O. Collige student's perceptions of advances in VIH treatment and the need for safer sex practices. *Psychol Rep* 2001;88:431-42.
- [128] Di Meo M, Grange F, Mulberg C, Guillaume JC. Caractéristiques et évolution des consultants, des facteurs risque et des comportements dans un Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit du VIH. *Ann Dermatol Venereol* 2004 ; 131 :165-70
- [129] Aubin F., Laurent R. Les lésions cutanées à papillomavirus . *Rev. Prat.* 2006 ; 56 :1905- 1911.
- [130] Collège des enseignants. Affections cutanées et muqueuses à papillomavirus humain (HPV). *Ann Dermatol Venereol* 2005; 132:7S134-7S139.
- [131] Kuwabara AM, Rainer BM, Basdag H, Cohen BA. Children with warts: A Retrospective Study in an Outpatient Setting. *Pediatric Dermatology* 2015; 5:679-83.
- [132] Beutner KR. Non genital humain papillomavirus infections. *Clin Lab Med* 2000; 20:423-430.
- [133] Chanal J, Merio L, Chosidow O. Traitements des verrues. *Rev. Prat.* 2020 ;70 (1):7-9.
- [134] Dréno B. Anatomie et physiologie de la peau et de ses annexes. [https://doi.org/10.1016/S0151-9638\(09\)72527-X](https://doi.org/10.1016/S0151-9638(09)72527-X).
- [135] André P. ATLAS DE DERMATOLOGIE ESTHETIQUE. Elsevier Health Sciences. 2022 ; p160. (ISBN :2294777220, 9782294777226).
- [136] Bonté F, Girard D, Archambault JC, Desmoulière A. Skin Changes During Ageing. *Subcell Biochem*. 2019;91:249-280.
- [137] Kohl E, Steinbauer J, Landthaler M, Szeimies RM. Skin ageing. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011 Aug;25(8):873-84.
- [138] Gosain A, DiPietro LA. Aging and wound healing. *World J Surg* 2004 ; 28 : 321-6.
- [139] Vierkötter A, Ranft U, Krämer U, et al. The SCINEXA: a novel, validated score to simultaneously assess and differentiate between intrinsic and extrinsic skin ageing. *J Dermatol Sci* 2009 ; 53 :207-11.
- [140] Yalçın B, Tamer E, Toy GG, Öztaş P, Hayran M, Allı N. The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. *Int J Dermatol* 2006; 45:672-676.
- [141] Cooper SM, Wojnarowska F. Influence of treatment of erosive lichen planus on its prognosis. *Arch Dermatol*. 2006; 142:289-294.
- [142] Yang H, Ahmed I, Mathew V, Schroeter AL. Diffuse dermal angiomatosis of the breast. *Arch Dermatol*. 2006;142:343-347.
- [143] Bachmeyer C, Goubin I, Berseneff H, Blum L. Coarse calcifications by mammography in lupus mastitis. *Arch Dermatol*. 2006;142:398-399.

- [144] Iorizzo M, Vincenzi C, Voudouris S, Piraccini BM, Tosti A. Finasteride treatment of female pattern hair loss. *Arch Dermatol.* 2006; 142:298-302.
- [145] Robinson JK, Ramos-e-Siliva M. Women's dermatologic diseases, health care delivery, and socioeconomic barriers. *Arch Dermatol* 2006; 142:362-364.
- [146] Léauté-Labrèze, C, et al. Infant Hemangioma. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 2011; 25:1245-1260.
- [147] Li J, et al. Demographic and Clinical Characteristics and Risk Factors for Infant Hemangioma. *Archives of Dermatology.* 2011 ; 147 : 1049-1056.
- [148] Zulian F, and al. Juvenile localized scleroderma: clinical and epidemiological features in 750 children. An international study. *Rheumatology.* 2006 ;45(5) :614-620.
- [149] Glaser DH, Schutt C, VonVille HM, Schollaert-Fitch K, Torok K. Linear Scleroderma of the Head - Updates in management of Parry Romberg Syndrome and En coup de sabre: A rapid scoping review across subspecialties. *Eur J Rheumatol.* 2020 Feb;7(Suppl1):S48-S57.
- [150] Badaoui A, Mahé E. Dermatoses faciales. *Rev. Prat.* 2018 ; 68(8) :303-9.
- [151] Singh N, Thappa DM, Jaisankar TJ, Habeebullah S. Pattern of non-venereal dermatoses of female external genitalia in South India. *Dermatol Online J.* 2008 Jan 15;14(1):1.
- [152] Kone-Paut I, Saadoun D. Protocole National de Diagnostic et de Soins. *Maladie de Behçet.* 2019.
- [153] Marsaud C, Koné-Paut I. *Maladie de Kawasaki.* *J Pediatr Pueric.* 2018;31(5):225-234.
- [154] Kridin K, Schmidt E. Epidemiology of Pemphigus. *JID Innov.* 2021 ; 20;1(1):100004.
- [155] Bastuji-Garin S, Turki H, Mokhtar I, Nouira R, Fazaa B, Jomaa B, et al. Possible relation of Tunisian pemphigus with traditional cosmetics: a multicenter case-control study. *Am J Epidemiol* 2002;155:249-56.
- [156] BetaThalassemie. <https://www.orpha.net/data/patho/fr/BetaThalassemie>.
- [157] Dogramaci AC, Savas N, Ozer B, Duran N. Skin diseases in patients with β -thalassemia major. *Int J Dermatol* 2009, 48, 1057-1061.
- [158] Bachir D. Dépister l'hémochromatose chez les patients porteurs d'une beta-thalassémie mineure avant les complications. *Hématologie.* 2001 ; 7, (3).
- [159] Haemochromatosis in patients with β -thalassemia trait. *Brit J Haematol* 2000 ; 111 : 908-14.
- [160] Defachelle C. L'organisation des soins en hospitalisation de jour. Quelles contraintes pour quels enjeux. *Ecole Nationale de la Santé Publique.* 1999.
- [161] Bruneua Y, Bastuji-Garinb S, Dupind N, Richarda MA, Collège des enseignants de dermatologie de France (CEDEF). Organisation et activité des hôpitaux de jour des services de dermatologie des CHU en France : étude transversale prospective. *Ann Dermatol Venereol* 2012;139 : 710-716.
- [162] Marciano P. L'avènement des hôpitaux de jour. L'hôpital de jour pour enfants. 2009 ; p:17-54
- [163] Savalli J. Hôpital de jour. <https://www.psycom.org/2020>.
- [164] Carte du Nord de l'Algérie. <https://fr.mapsofworld.com/afrique/algerie>.
- [165] w.w.w. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Constantine-Algérie>.
- [166] Berrah MK. Démographie Algérienne. N°690. <http://www.ons>.
- [167] <http://ons.dz>, 2020 (consulté le 26 mai 2023).

- [168] <https://fr.wikipedia.org/wiki/Constantine-Algérie>.
- [169] Côte M. Guide d'Algérie : Paysages et Patrimoine, Constantine, Média-Plus. 1996; p.319. (ISBN 9961-922-00-X).
- [170] <https://constantine.mta.gov.dz>.
- [171] <https://www.industrie.gov.dz>.
- [172] <https://fr.climate-data.org/afrique/algerie/constantine>.
- [173] <https://fr.climate-data.org/afrique/algerie/annaba>.
- [174] Quatrième recensement général de la population et de l'habitat. Code des catégories socio-professionnelles. Office National des Statistiques. <https://www.ons.dz/img/>.
- [175] CIM-11. <https://icd.who.int/fr>.
- [176] Boudghene Stambouli O, Dahmani B, Himeur Z, Lachachi A. Profil épidémiologique des affections dermatologiques de 1981-2017 : expérience du service de dermatologie du CHU Tlemcen. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.040>
- [177] Souissi A, Zeglaoui F, Zouari B, Kamoun MR. A study of skin diseases in Tunis. An analysis of 28,244 dermatological outpatient cases. ACTA Dermatol Venereol Alp Panon Adriat. 2007; 16(3):111.
- [178] Almohideb M. Epidemiological Patterns of Skin Disease in Saudi Arabia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Dermatol Res Pract. 2020 p1-20.
- [179] Orozco S et al. Prevalence of skin diseases among hospitals in the public healthcare system of a developing country. International Journal of Dermatology 2018.1-6.
- [180] Ersan Bilgili M, Yildiz M, Sarici G. Prevalence of skin diseases in a dermatology outpatient clinic in Turkey. A cross-sectional, retrospective study. J Dermatol Case Rep. 2013; 7(4): 108-112).
- [181] Daoudi N, Iken M, Boumhil L, Naoui H, Lmimouni B. Impact des onychomycoses sur la qualité de vie des patients à l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V de Rabat (Maroc). <http://dx.doi.org/10.1016/j.mycmed.2012.12.037>.
- [182] David S.E, Ahmed Z, Salek M.S, Finlay A.Y. Does enough quality of life-related discussion occur during dermatology outpatient consultations. Br J Dermatol 2005; 153: 997-1000.
- [183] Sampogna F, Chren NM, Melchi CF, Pasquini P, Tabolli S, Abeni D, Italian Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE) Study Group. Age, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis. Br J Dermatol 2006; 154:325-31.
- [184] Consoli SG, Chastaing M, Misery L. Psychiatrie et dermatologie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Dermatologie, 98-874-A-10, 2010.
- [185] Chakib M. Prévalence du diabète en Algérie : La valse des chiffres. Santé-Mag - N° 01 Décembre 2011 p31.
- [186] Ben Abdelaziz A, Melki S, Ben Abdelaziz A, Ben Salem K, Soulimane A, Serhier Z, Dahdi SA. Profile and evolution of the Global Burden of Morbidity in the Maghreb (Tunisia, Morocco, Algeria). The Triple burden of morbidity. Tunis Med. 2018;96(10-11):760-773.
- [187] <https://www.who.int/health-topics/diabete/hypertension>. Publié le 16 mars 2023 consulté le 15 juin 2023.
- [188] Archambeaud F, Fougere É. Spécificités du diabète de type 2 chez le sujet âgé. Actual Pharm. 2017;56(571):42-6.

- [189] Richard MA et al. Prévalence des comorbidités au cours du psoriasis et de la dermatite atopique. Analyse à partir de l'étude Objectifs Peau. *Ann Dermatol Venereol.* 2017; 144 (12): S55.
- [190] Henshaw E, Ibekwe P, Adeyemi A et al. Dermatologic practice review of common skin diseases in Nigeria. *Int J Health Sci Res.* 2018; 8(1):235-248.
- [191] Muteba Baseke C. Profil épidémiologique des affections dermatologiques en milieu hospitalier. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2013.01.409>.
- [192] Yeon Paek S, Koriakos A , DO, MPH, Stephanie Saxton-Daniels S, G. Pandya A. Skin diseases in rural Yucatan, Mexico. *Int J Dermatol* 2012, 51, 823-828.
- [193] Failmezger T. A clinical survey of skin diseases in selected Latin American countries. *Int J Dermatol* 1978; 17: 583-591.
- [194] Dimri D, Reddy B V, Kumar Singh A. Profile of skin disorders in unreached hilly areas of North India. *Dermatology Research and Practice.* 2016; 2-15.
- [195] Chabasse D, Contet-Audonneau N. *Dermatophytes et dermatophytoses.* EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Maladies infectieuses, 8-614-A-10, 2011.
- [196] Kaushik N, Pujalte GG, Reese ST. Superficial fungal infections. *Prim Care* 2015; 42(4): 501–516
- [197] Ameen M. Epidemiology of superficial fungal infections. *Clin Dermatol* 2010; 28(2): 197–201.
- [198] Havlickova B, Czaika VA, Friedrich M. Epidemiological trends in skin mycoses worldwide. *Mycoses* 2008; 51(Suppl 4): 2–15.
- [199] Kaushik N, Pujalte GG, Reese ST. Superficial fungal infections. *Prim Care* 2015; 42(4): 501–516.
- [200] Zhan P, Li D, Wang C, Sun J, Geng C, Xiong Z, Seyedmousavi S, Liu W, de Hoog GS. Epidemiological changes in tinea capitis over the sixty years of economic growth in China. *Med Mycol* 2015; 53 (7): 691–698.
- [201] Djeridane A, Djeridane Y, Ammar-Khodja A. Epidemiological and aetiological study on tinea pedis and onychomycosis in Algeria. *Mycoses* 2006;49:190-196.
- [202] Benmezad A, Moulahem T. Profil fongique des mycoses superficielles diagnostiquées au laboratoire de parasitologie-mycologie du CHU de Constantine : étude rétrospective : années 2011-2012-2013. *J Mycol Med* 2015; 25:243.
- [203] Ilham A, Touabti A. Les onychomycoses au laboratoire de parasitologie CHU Sétif: étude sur dix ans. *J Mycol Med* 2012;23:81-82.
- [204] Neji S, et al. Les mycoses superficielles : profil épidémiologique et mycologique des différents champignons isolés au CHU de Sfax (Tunisie).
- [205] Jarraya M. Bioclimatologie des infections cutanées mycosiques à Sfax (Centre-Est de la Tunisie). *EchoGéo [Online]*, 38 | 2016.
- [206] Feuilhade de Chauvin M. Les onychomycoses. *Rev Prat* 2000;50 :2223-30.
- [207] Chabasse D. Peut-on chiffrer la fréquence des onychomycoses ? *Ann Dermatol venereol* 2003; 130:1222-30.
- [208] Guibal F, Baran R, E. Duhard E, Feuilhade de Chauvin M. Épidémiologie et prise en charge des onychomycoses en pratique dermatologique libérale en France. *Ann Dermatol Venereol.* 2008 ;135:561-566.

- [209] Coulibaly O, L'Ollivier C, Piarroux R, Ranque S. Epidemiology of human dermatophytoses in Africa. *Med Mycol J.* 2018; 56: 145-161.
- [210] Mahe A, Ly F, Aymard G et al. Skin diseases associated with the cosmetic use of bleaching products in women from Dakar, Senegal. *Br J Dermatol.* 2003;148: 493-500.
- [211] Ngwogu AC, Otokunefor TV. Epidemiology of dermatophytoses in a rural community in Eastern Nigeria and review of literature from Africa. *Mycopathologia.*2007;164:149-158.3.
- [212] Adou-Bryn KD, Assoumou A, Haddad RN et al. Epidemiology of tinea capitis in Abidjan, Cote d'Ivoire. *Medecine Trop Rev Corps Santé Colon.* 2004; 64: 171-175.
- [213] Hogewonin AA, Duijvestein M, Boakye D et al. Prevalence of symptomatic tinea capitis and associated causative organisms in the Greater Accra Region, Ghana. *Br J Dermatol.* 2006; 154: 784-786.
- [214] Polonelli L, Garcovich A, Morace G. Dermatophyte carriers among school children. *Mykosen.* 1982; 25: 254-257.
- [215] Ameen M. Epidemiology of superficial fungal infections. *Clin Dermatol* 2010;28:197.
- [216] Drake LA, Patrick DL, Fleckman P et al. The impact of onychomycosis on quality of life: development of an international onychomycosis-specific questionnaire to measure patient quality of life. *J Am Acad Dermatol*, 1999, 41: 189-196.
- [217] Urban K, et al. The global, regional, and national burden of fungal skin diseases in 195 countries and territories: A cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2017. *JAAD Int.*2020;30,(2):22-27.
- [218] Penso-Assathiany D. *Verrues.* EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Traité de Médecine Akos*, 2-0649, 2011.
- [219] Koning MNC, Quint KD, Bruggink SC, Gussekloo J, Bouwes Bavinck JN, Feltkamp MCW, et al. High prevalence of cutaneous warts in elementary school children and the ubiquitous presence of wart-associated human papillomavirus on clinically normal skin. *Br J Dermatol.* 2015;172:196-201.
- [220] Porro AM, Alchorne MMA, Mota GR, Michalany N, Pignatari ACC, Souza IE. Detection and typing of human papillomavirus in cutaneous warts of patients infected with human immunodeficiency virus type 1. *Br J Dermatol.* 2003;149:1192-9.
- [221] CEDEF. Item 299 – UE 9 Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques. *Ann Dermatol Venereol.* 2018; 145 Suppl 1:S165-S185.
- [222] Ciconte A, Campbell J, Tabrizi S et al. Warts are not merely blemishes on the skin: a study on the morbidity associated with having viral cutaneous warts. *Australas J Dermatol* 2003; 44:169-73.
- [223] Hogendoorn GK et al. Developing and validating the Cutaneous WARTS (CWARTS) diagnostic tool: a novel clinical assessment and classification system for cutaneous warts. *Br J Dermatol* 2018; 178:330.
- [224] Fouéré S, Biver-Dalle C, Prétet JL, Mouglin C, Aubin F. Lésions cutanées et muqueuses associées aux papillomavirus humains. *EMC-Dermatologie* 2015 ;10(4) :1-11 [Article 98-300-A-10].
- [225] Koning MNC, Quint KD, Bruggink SC, Gussekloo J, Bouwes Bavinck JN, Feltkamp MCW, et al. High prevalence of cutaneous warts in elementary school children and the ubiquitous presence of wart-associated human papillomavirus on clinically normal skin. *Br J Dermatol.* 2015; 172:196-201.

- [226] Magalhães GM, Vieira EC, Garcia LC, De Carvalho-Leite MLR, Guedes ACM, Araújo MG. Update on human papilloma virus - part I: epidemiology, pathogenesis, and clinical spectrum. *An Bras Dermatol*. 2021; 96:1-16.
- [227] Chosidow O. Scabies. *N Engl J Med* 2006; 354:1718-27.
- [228] Karimkhani C, Colombara DV, Drucker AM, Norton SA, Hay R, Engelman D, et al. The global burden of scabies: a cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Infect Dis*. 2017; 17:1247-54.
- [229] Engelman D, Fuller LC, Steer AC. Consensus criteria for the diagnosis of scabies: A Delphi study of international experts. *PLoS Negl Trop Dis* 2018; 12(5): e0006549.
- [230] Anderson KL, Strowd LC. Epidemiology, diagnosis, and treatment of scabies in a dermatology office. *J Am Board Fam Med* 2017;30(1): 78-84.
- [231] Thompson MJ, Engelman D, Gholam K, Fuller LC, Steer AC. Systematic review of the diagnosis of scabies in therapeutic trials. *Clin Exp Dermatol* 2017; 42(5): 481-7.
- [232] Leung et al. Scabies: A Neglected Global Disease. *Current Pediatric Reviews*. 2019; 15, (0):1-10.
- [233] Jannic A, Bernigaud C, Brenaut E, Chosidow O. Scabies Itch. *Dermatol Clin* 2018; 36(3): 301-8.
- [234] Romani L, Steer AC, Whitfeld MJ, Kaldor JM. Prevalence of scabies and impetigo worldwide : a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2015; 15:960-7.
- [235] Masudi N et al. gale humaine : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques au Bénin. *Am. J. innov. res. appl. sci*. 2021; 13(3): 380-384
- [236] Gnebehi, Guédé FL, Ahogo KC : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la gale au service de dermatologie-vénérologie du CHU de Treichville. Université de Félix Houphouët-Boigny. 2017. p64.
- [237] Kouotou E.A, Kouawa Komguem M, Zoung Kanyi Bissek AC. Prévalence et déterminants de la gale humaine en milieu scolaire : cas des internats camerounais. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2015.10.430>.
- [238] Fuller LC. Epidemiology of scabies. *Curr Opin Infect Dis*. 2013 Apr;26(2):123-6.
- [239] Hicks MI, Elston DM. Scabies. *Dermatol Ther* 2009; 22(4): 279-92.
- [240] Bernigaud C, Chosidow O. La gale. *La Revue du Praticien* ; 2018 ; 68(1);63-8.
- [241] Banerji A. Scabies. *Paediatr Child Health* 2015; 20(7): 395-402.
- [242] Luo DQ, Huang MX, Liu JH, Tang W, Zhao YK, Sarkar R. Bullous Scabies. *Am J Trop Med Hyg* 2016; 95(3): 689-93.
- [243] Hewitt KA, Nalabanda A, Cassell JA. Scabies outbreaks in residential care homes: factors associated with late recognition, burden, and impact. A mixed methods study in England. *Epidemiol Infect* 2015; 143: 1542–51.
- [244] Bouvresse S, Chosidow O. Scabies in healthcare settings. *Curr Opin Infect Dis* 2010; 23: 111–118.
- [245] Di Meco E, Di Napoli A, Amato LM, Fortino A, Costanzo G, Rossi A, et al. Infectious and dermatological diseases among arriving migrants on the Italian coasts. *Eur J Public Health* 2018; 28: 910–916.

- [246] Arnaud A, Chosidow O, Détrez M-A, Bitar D, Huber F, Foulet F, et al. Prevalences of scabies and pediculosis corporis among homeless people in the Paris region: results from two randomized cross-sectional surveys (HYTPEAC study). *Br J Dermatol* 2016; 174: 104–112.
- [247] Bernigaud C, Fischer K, Chosidow O. The Management of Scabies in the 21st Century: Past, Advances and Potentials. *Acta Derm Venereol* 2020; 100: adv00112. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/scabies>.
- [248] Banerji A. Scabies. *Paediatr Child Health* 2015; 20(7): 395-402. [<http://dx.doi.org/10.1093/pch/22.7.395>] [PMID: 26527041].
- [249] Engelman D, Kiang K, Chosidow O, McCarthy J, Fuller C, Lammie P, et al. Toward the global control of human scabies: introducing the International Alliance for the Control of Scabies. *PLoS Negl Trop Dis* 2013; 7: e2167.
- [250] Engelman D, Cantey PT, Marks M, Solomon AW, Chang AY, Chosidow O, et al. The public health control of scabies: priorities for research and action. *Lancet Lond Engl* 2019; 394: 81–92.
- [251] Lynar S, Currie BJ, Baird R. Scabies and mortality. *Lancet Infect Dis* 2017; 17: 1234.
- [252] Chosidow O, Fuller LC. Scratching the itch: is scabies a truly neglected disease? *Lancet Infect Dis* 2017; 17: 1220–122.
- [253] Thornley S, Marshall R, Jarrett P, Sundborn G, Reynolds E, Schofield G. Scabies is strongly associated with acute rheumatic fever in a cohort study of Auckland children. *J Paediatr Child Health* 2018; 54: 625–632.
- [254] Lawrence G, Leafasia J, Sheridan J, Hills S, Wate J, Wate C, et al. Control of scabies, skin sores and haematuria in children in the Solomon Islands: another role for ivermectin. *Bull World Health Organ* 2005; 83: 34-42.
- [255] WHO. Neglected tropical diseases. Geneva: World Health Organization, 2017. http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/.
- [256] Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. *Lancet*. 2021 Apr 3; 397(10281):1301-1315.
- [257] WHO. Global report on psoriasis. Geneva: World Health Organization, 2016).
- [258] Lebowitz M. Psoriasis. *Lancet* 2003; 361: 1197-204.
- [259] Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CEM, Ashcroft DM. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ* 2020; 369: m1590.
- [260] Eder L, Widdifield J, Rosen CF, et al. Trends in the prevalence and incidence of psoriasis and psoriatic arthritis in Ontario, Canada: a population-based study. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2019; 71: 1084–91.
- [261] Damiani G, Bragazzi NL, Karimkhani Aksut C, Wu D, Alicandro G, McGonagle D et al. The Global, Regional, and National Burden of Psoriasis: Results and Insights From the Global Burden of Disease 2019 Study. *Front Med (Lausanne)*. 2021 Dec 16;8:743180. doi: 10.3389/fmed.2021.743180.
- [263] Ammar-Khodja A. Situation et prévalence du psoriasis en Algérie. *Ann Dermatol Venereol* 2012 ; 139: 5-6, hors-série n°1.

- [264] Du-Thanh A, Girard C, Jullien D. Psoriasis. EMC- Dermatologie 2013 ; 8 (3) :1-20 [Article 98-520-A-10].
- [265] GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet*. (2020) 396:1204-22.
- [266] Mehrmal S, Uppal P, Giesey RL, Delost GR. Identifying the prevalence and disability-adjusted life years of the most common dermatoses worldwide. *J Am Acad Dermatol*. 2020; 82(1):258-259.
- [267] Springate DA, Parisi R, Kontopantelis E, Reeves D, Griffiths CEM, Ashcroft DM. Incidence, prevalence and mortality of patients with psoriasis: a U.K. population-based cohort study. *Br J Dermatol* 2017;176:650-8.
- [268] Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Dann FJ, Gabriel SE, Maradit Kremers H. Trends in incidence of adult-onset psoriasis over three decades: a population-based study. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60: 394-401.
- [269] Jullien D. Psoriasis : une maladie systémique inflammatoire chronique. *Ann Dermatol Venerool* 2008 ;135, S296-S300.
- [270] Ryan C, Sadlier M, De Vol E, et al. Genital psoriasis is associated with significant impairment in quality of life and sexual functioning. *J Am Acad Dermatol* 2015; 72: 978–83.
- [271] Ortonne JP. Psoriasis, metabolic syndrome and its components. *Ann Dermatol Venerool* 2008; 135 (4): 235- 42.
- [272] Veale DJ, Fearon U. The pathogenesis of psoriatic arthritis. *Lancet* 2018; 391: 2273–84.
- [273] Van den Bosch F, Coates L. Clinical management of psoriatic arthritis. *Lancet* 2018; 391: 2285–94.
- [274] Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic arthritis. *N Engl J Med* 2017; 376: 957–70.
- [275] Langley RGB, Krueger GG, Griffiths CEM. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis* 2005; 64(2):18-23.
- [276] Singh S, Taylor C, Kornmehl H, Armstrong AW. Psoriasis and suicidality: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* 2017; 77: 425-40.e2
- [277] Sommer DM, Jenisch S, Suchan M, Christophers E, Weichenthal M. Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. *Arch Dermatol Res* 2006;298:321-8.
- [278] Hotamisligil GS. Inflammation and metabolic disorders. *Nature* 2006;444:860-7.
- [279] Davidovici BB, Sattar N, Prinz JC, Puig L, Emery P, Barker JN et al. Psoriasis and systemic inflammatory diseases: potential mechanistic links between skin disease and co-morbid conditions. *J Invest Dermatol* 2010;130:1785-96.
- [280] Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. *JAMA* 2006; 296: 1735–41.
- [281] Gelfand JM, Dommasch ED, Shin DB, et al. The risk of stroke in patients with psoriasis. *J Invest Dermatol* 2009; 129: 2411–18.
- [282] Javitz HS, Ward MM, Farber E, Nail L, Vallow SG. The direct cost of care for psoriasis and psoriatic arthritis in the United States. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46:850-60.

- [283] Zoung-Kanyi Bissek AC, Kouotou E, Defo D, Njamnshi KA, Koueke P, Muna W. Épidémiologie des dermatoses à l'Hôpital Général de Yaoundé. *Health Sci Dis.* 2009;10:1-5.
- [284] Vos T, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380:2163-96.
- [285] Hay RJ, Johns NE, Williams HC et al. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Invest Dermatol* 2013; 134:1527-34.
- [286] Pawin H, Beylot C, Chivot M, Faure M, Poli F, Revuz J, et al. Phy-siopathology of acne vulgaris: recent data, new understanding of the treatments. *Eur J Dermatol* 2004;14:4-12.
- [287] Dréno B. Données récentes sur l'épidémiologie de l'acné. *Ann Dermatol Venereol* 2010 ;137(2):49-51.
- [288] Daniel F, Dreno B, Poli F, Auffret N, Beylot C, Bodokh I, et al. Descriptive epidemiological study of acne on scholar pupils in France during autumn 1996. *Ann Dermatol Venereol* 2000;127:273-8.
- [289] Stathakis V, Kilkenny M, Marks R. Descriptive epidemiology of acne vulgaris in the community. *Australas J Dermatol.* 1997;38:115-123.
- [290] Collier CN, Harper JC, Cafardi JA, et al. The prevalence of acne in adults 20 years and older. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58:56-59.
- [291] Wolkenstein P, Machovcová A, Szepietowski JC, et al. Acne prevalence and associations with lifestyle: A cross-sectional online survey of adolescents/young adults in 7 European countries. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018; 32:298-306.
- [292] Ammar-Khodja AO, Lekehal A. Les particularités épidémio-cliniques de l'acné chez les sujets de 20 à 30 ans. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.09.187>.
- [293] Farhi D, Bouadjar B, Enquete sur l'acné en Algérie. *Ann Dermatol Venereol* 2013; 140 :386-388.
- [294] Kane A, Oumou Niang S, Cisse Diagne A, Ly F, Ndiaye B. Epidemiologic, clinical, and therapeutic features of acne in Dakar, Senegal. *Int J Dermatol* 2007;46:36-8.
- [295] Adégbidi H, Koudoukpo C, Atadokpèdé F, Ango-Padonou F, Yédomon HG. Epidemiological and clinical aspects of acne in the dermatology department of the teaching hospital of Parakou (Benin). *J Cosmet Dermatol Sci Appl* 2014;4:129-34.
- [296] Aksu AE, Metintas S, Saracoglu ZN, Gurel G, Sabuncu I, Arikan I, et al. Acne: prevalence and relationship with dietary habits in Eskisehir, Turkey. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012; 26(12):1503-9.
- [297] Muthupalaniappen L, Tan HC, Puah JW, Apipi M, Sohaimi AE, Mahat NF, et al. Acne prevalence, severity and risk factors among medical students in Malaysia. *Clin Ter.* 2014; 165(4): 187-92.
- [298] Okoro E, Ogunbiyi A, George A. Prevalence and pattern of acne vulgaris among adolescents in Ibadan, south-west Nigeria. *Journal of the Egyptian Women's Dermatologic Society.* 2016; 13: 7-12.
- [299] El-Hamd MA, Nada EEA, Moustafa MA, Mahboob-Allah RA. Prevalence of acne vulgaris and its impact of the quality of life among secondary school-aged adolescents in Sohag Province, Upper Egypt. *J Cosmet Dermatol.* 2017; 16(3): 370-3.
- [300] Lynn DD, Umari T, Dunnick CA, Dellavalle RP. The epidemiology of acne vulgaris in late adolescence. *Adolesc Health Med Ther.* 2016;7:13-25.

- [301] Bhate K, Williams HC. Epidemiology of acne vulgaris. *Br J Dermatol*. 2013; 168: 474–85. doi:10.1111/bjd.12149.
- [302] Radtke, M. A., Schafer, I. & Augustin, M. Pharmacoeconomy in acne—evaluation of benefit and economics. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2010; 8 (1), S105-14.
- [303] Lynn DD, Umari T, Dunnick CA, Dellavalle RP. The epidemiology of acne vulgaris in late adolescence. *Adolesc Health Med Ther*. 2016;7:13-25.
- [304] Wolf R, Matz H, Orion E. Acne and diet. *Clin Dermatol*. 2004;22(5):387-393.
- [305] Gieler U, Gieler T, Kupfer JP. Acne and quality of life –impact and management. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29:12-4.
- [306] Dunn LK, O’Neill JL, Feldman SR. Acne in adolescents: quality of life, self-esteem, mood, and psychological disorders. *Dermatol Online J*. 2011;17:1.
- [307] Alanazi MS, Hammad SM, Mohamed AE. Prevalence and psychological impact of Acne vulgaris among female secondary school students in Arar city, Saudi Arabia, in 2018. *Electron Physician*. 2018; 25; 10 (8):7224-7229.
- [308] Tayel K, Attia M, Agamia N, et al. Acne vulgaris: prevalence, severity, and impact on quality of life and self-esteem among Egyptian adolescents. *J. Egypt. Public. Health. Assoc*. 2020; 95; 30.
- [309] Rachel E. Christensen BS a, Mohammad Jafferany MD. Psychiatric and psychologic aspects of chronic skin diseases. *Clinics in Dermatology*. 2023; 41(1): 75-81.
- [310] Samuels DV, Rosenthal R, Lin R, Chaudhari S, Natsuaki MN. Acne vulgaris and risk of depression and anxiety: A meta-analytic review. *J Am Acad Dermatol*. 2020 ; 83(2):532-541.
- [311] Féton-Danou N. Impact psychologique de l’acné. *Ann Dermatol Venereol* 2010; 137:62-5.
- [312] Dégbôé B, Koudoukpo C, Agbéssi N, Elégbédé-Adégbitè N, et al. Acne on pigmented skin: epidemiological, clinical and therapeutic features in dermatology in Benin. *Journal of Cosmetics, Dermatological Sciences and Applications*. 2019; 9:305-312.
- [313] Saka B et al. Acne in Lomé, Togo: Clinical Aspects and Quality of Life of Patients. *BMC Dermatology*. 2018; 7. <https://doi.org/10.1186/s12895-018-0075-z>.
- [314] Kouotou EA, Adegbidi H, Bene Belembe R, Sieleunou I, et al. Acné au Cameroun : qualité de vie et comorbidités psychiatriques. *Ann Dermatol Venereol* 2016 ; 143(10) : 601-606.
- [315] Jaber R, Alnshash B, Mousa S, Fayoumi H, et al. The épidemiology of acne vulgaris among adolescents and young adults in Jordan University Hospital. *Open Journal of Nursing*. 2020;10: 353-366.
- [316] Ali E, Soliman F, Maklad S. The effect of acne vulgaris on body image satisfaction, self-esteem and quality of life of adolescents at Tanta city. *Tanta Scientific Nursing Journal*. 2022; 27(4): 188-206.
- [317] Alshammrie F, Alshammari R, Alharbi R M, et al. Epidemiology of Acne Vulgaris and its association with lifestyle among adolescents and young adults in Hail, Kingdom of Saudi Arabia: A Community-Based Study. *Cureus* 2020; 12(7): e9277.
- [318] El-Khateeb EA, Imam AA, Sallam MA. Pattern of skin diseases in Cairo, Egypt. *International Journal of Dermatology*. 2011 ; 50 (7):844-853.

- [319] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021 May; 71(3):209-249.
- [320] Doherty VR, Brewster DH, Jensen S, Gorman D. Trends in skin cancer incidence by socioeconomic position in Scotland, 1978-2004. *Br J Cancer.* 2010;102(11):1661-1664.
- [321] Becquart O, Guillot B. Carcinome épidermoïde cutané et ses précurseurs. *EMC – Dermatologie* 2019;14(4):1-18 [Article 98-625-A-10].
- [322] Qassemyar A, Guerreschi P, Dégardin N, Mortier L, Duquennoy-Martinot V. Chirurgie des tumeurs cutanées. *EMC - Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique* 2017;12(2):1-26 [Article 45-140].
- [323] Vries E, Coebergh JW. Cutaneous malignant melanoma in Europe. *Eur J Cancer* 2004; 40:2355-66.
- [324] Staples M, Marks R, Gilles F. Trends in the incidence of non mélanocytic skin cancer (NMSC) treated in Australia 1985-1995: are primary prevention programs starting to have an effect? *Int J Cancer* 1998; 78:144:8.
- [325] Sitek A, et al. Skin color parameters and Fitzpatrick phototypes in estimating the risk of skin cancer: A case-control study in the Polish population. *J Am Acad Dermatol* 2016;74:716-23.
- [326] Boffetta P, Tubiana M, Hill C, Boniol M, Aurengo A, Masse A, et al. The causes of cancer in France. *Ann Oncol* 2009;20:550-5.
- [327] IARC Working Group Report Volume 1. Exposure to artificial UV radiation and skin cancer. 2006. ISBN-13978-92-832-2441-9.
- [328] Richard MA, Grob JJ. Nævus (mélanocytaires). *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*. 2017, Elsevier Masson SAS.
- [329] MacKie RM, English J, Aitchison TC, Fitzsimons CP, Wilson P. The number and distribution of benign pigmented moles (melanocytic naevi) in a healthy British population. *Br J Dermatol.* 1985 Aug;113 (2):167-74.
- [330] Schäfer T, Merkl J, Klemm E, Wichmann HE, Ring J; KORA Study Group. The epidemiology of nevi and signs of skin aging in the adult general population: Results of the KORA-survey 2000. *J Invest Dermatol.* 2006 Jul;126(7):1490-6.
- [331] Bauer J. et coll. Risk factors of incident melanocytic nevi: a longitudinal study in a cohort of 1,232 young German children . *Int J Cancer.* 2005; 115(1): 121-126.
- [332] Whiteman D. C. et coll. Melanocytic nevi in very young children: the role of phenotype, sun exposure, and sun protection. *J Am Acad Dermatol.* 2005; 52(1): 40-47.
- [333] HAS. Mélanome cutané – Guide médecin. Haute Autorité de Santé (HAS), Institut National du Cancer (INCa). Janvier 2012. <http://www.e-cancer.fr/soins/recommandations/cancers-de-la-peau>.
- [334] Fofana Y, et al. Profil épidémiologique des dermatoses chez les enfants vus en consultation dermatologique dans le service de dermatologie du centre national d'appui à la lutte contre la maladie à Bamako. *Pan African Medical Journal.* 2016; 25: 238.
- [335] Hogewoning A, et al. Skin diseases among schoolchildren in Ghana, Gabon, and Rwanda. *Int J Dermatol.* 2013; 52(5):589-600.

- [336] Ranaivo IM, et al. Clinicoepidemiology of Skin Diseases in Children Seen at the University Hospital Center Morafeno, Toamasina, Madagascar. *Dermatol Res Pract.* 2021 ; (9):645-6448.
- [337] WHO. Discussion papers in Child Health. Epidemiology and management of common skin diseases in children in developing countries. WHO/FCH/CAH/05.12.2005.
- [338] Kiprono SK, et al. *BMC Dermatology* (2015) 15:16.DOI 10.1186/s12895-015-0035-9.
- [339] García E, et al. Prevalence of skin diseases in children 1 to 6 years old in the city of Bogota, Colombia. *World Allergy Organization Journal* 2020;13:100484.
<http://doi.org/10.1016/j.waojou.2020.100484>.
- [340] Bist J, Rana S, Kumari N, Singh R, Mehta A. Prevalence of skin diseases among infants in a tertiary medical facility in Uttarakhand,” *International Journal of Research in Medical Sciences.* 2015; (3) 5:1172–1176.
- [341] Özçelik S, Kulaç Ý, Yazıcı M, Öcal E. Distribution of childhood skin diseases according to age and gender, a single institution experience. *Turk Pediatri Ars* 2018; 53(2): 105-112.
- [342] Wenk C, Itin PH. Epidemiology of pediatric dermatology and allergology in the region of Aargau, Switzerland. *Pediatr Dermatol.* 2003;20:482-7.
- [343] Hon KL, Leung TF, Wong Y, Ma KC, Fok TF. Skin diseases in Chinese children at a pediatric Dermatology Center. *Ped Dermatol.* 2004;21:109-12.
- [344] Fung WK, Lo KK. Prevalence of skin disease among school children and adolescents in a Student Health Service Center in Hong Kong. *Pediatr Dermatol* 2000;17: 440-446.
- [345] Goh CL, Akarapanth R. Epidemiology of skin disease among children in a referral skin clinic in Singapore. *Pediatr Dermatol* 1994; 11: 125–128.
- [346] Silverberg JI. Public health burden and epidemiology of atopic dermatitis. *Dermatol Clin.* 2017;35:283–289. <https://doi.org/10.1016/j.det.2017.02.002>.
- [347] Bonnetblanc J-M. Allergies cutané-muqueuses chez l'enfant et l'adulte : dermatite (ou eczéma) atopique. *Ann Dermatol Venereol* 2008 ; 135S : F80-F87.
- [348] Ait khaled et al. Prevalence of symptoms of asthma, rhinitis and eczema in 13 to 14 year old children in Africa: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood Phase III. *Allergy* 2007; 62: 247-258.
- [349] Mosam A, Todd G. Global epidemiology and disparities in atopic dermatitis. *Br J Dermatol.* 2023 May 24;188(6):726-737.
- [350] Pawin H, Chivot M, Beylot C, Faure M, Poli F, Revuz J, et al. Living with acne. A study of adolescents' personal experiences. *Dermatology* 2007; 215:308-14.
- [351] Diepgen TL, Andersen KE, Brandao FM et al. Hand eczema classification: a cross-sectional, multicentre study of the aetiology and morphology of hand eczema. *Br J Dermatol* 2009; 160: 353–358.
- [352] Chen W, Mempel M, Schober W et al. Gender difference, sex hormones, and immediate type hypersensitivity reactions. *Allergy* 2008;63: 1418–1427.
- [353] Fors R, Persson M, Bergström E et al. Nickel allergy- prevalence in a population of Swedish youths from patch test and questionnaire data. *Contact Dermatitis* 2008; 58: 80–87.

- [354] Warshaw EM, Buchholz HJ, Belsito DV et al. Allergic patch test reactions associated with cosmetics: retrospective analysis of cross-sectional data from the North American Contact Dermatitis Group, 2001–2004. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60: 23–38. 138,139.
- [355] Svensson A, Ofenloch RF, Bruze M et al. Prevalence of skin disease in a population-based sample of adults from five European countries. *Br J Dermatol* 2018; 178: 1111–1118.
- [356] Tirumani A, Leber MJ. Systemic lupus erythematosus [WWWdocument] 2008.
URL <http://emedicine.medscape.com/article/809378-overview> (last accessed: 26 December 2008).
- [357] Whiting DA. Chronic telogen effluvium: increased scalp hair shedding in middle aged women. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35: 899-906.
- [358] Millard LG, Cotterill JA. Trichotillomania Psychocutaneous disorders. In Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, eds. *Rook's Textbook of Dermatology*, 7th edn. Blackwell Science Ltd, Oxford, UK, 2004:61.21–61.23.
- [359] Tan J, Schöfer H, Araviiskaia E, Audibert F, Kerrouche N, Berg M; RISE study group. Prevalence of rosacea in the general population of Germany and Russia - The RISE study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016 Mar;30(3):428-34.
- [360] Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C (eds) *Rook's Textbook of Dermatology*. Wiley-Blackwell, Oxford, 2006.
- [361] Yu YS, Cheng YW, Chen W. Lifetime course of acne: a retrospective questionnaire study in school teachers. *Dermatol Sinica* 2008; 26:10–15.
- [362] Kamp E, Ashraf M, Musbahi E, De Giovanni C. Menopause, skin and common dermatoses. Part 2: skin disorders. *Clin Exp Dermatol*. 2022; 47(12):2117-2122.
- [363] Kippenberger S, Loitsch S, Solano F et al. Quantification of tyrosinase, TRP-1, and Trp-2 transcripts in human melanocytes by reverse transcriptase-competitive multiplex PCR—regulation by steroid hormones. *J Invest Dermatol* 1998; 110: 364-367.
- [364] Scott MC, Suzuki I, Abdel-Malek ZA. Regulation of the human melanocortin 1 receptor expression in epidermal melanocytes by paracrine and endocrine factors and by ultraviolet radiation. *Pigment Cell Res* 2002; 15: 433-439.
- [365] Escribese MM, Kraus T, Rhee E et al. Estrogen inhibits dendritic cell maturation to RNA viruses. *Blood* 2008; 112: 4574–4584.
- [366] Kim MK, Patel RA, Shinn AH et al. Evaluation of gender difference in skin type and pH. *J Dermatol Sci* 2006; 41: 153–156.
- [367] Borovicka JH, Thomas L, Prince C, Mehregan DR. Scarring alopecia: clinical and pathologic study of 54 African-American women. *Int J Dermatol* 2009; 48: 840-845.
- [368] Kalar MU, et al. Skin Disorders in Elderly Population Attending Tertiary Care Hospital in Karachi. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*. 2016; Vol.8.
- [369] Hahnel E, et al. The epidemiology of skin conditions in the aged: A systematic review, *Journal of Tissue Viability* (2016). <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtv.2016.04.001>.
- [370] Jafferany M, Huynh TV, Silverman MA, Zaidi Z. Geriatric dermatoses: a clinical review of skin diseases in an aging population. *Int J Dermatol* 2012; 51(5):509-22.

- [371] Farage MA., Miller KW., Berardesca E., Maibach HI. Clinical implications of aging skin: cutaneous disorders in the elderly. *Am J Clin Dermatol* 2009; 10:73-86.
- [372] Behm B, Schreml S, Landthaler M, Babilas P. Skin signs in diabetes mellitus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26(10):1203e11.
- [373] Bartholomeeusen S, Vandenbroucke J, Truyers C, Buntinx F. Epidemiology and comorbidity of erysipelas in primary care. *Dermatology* 2007; 215(2):118-122.
- [374] United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). World Population Ageing 2020 Highlights: Living arrangements of older persons (ST/ESA/SER.A/451).
- [375] Murray CJ, Barber RM, Foreman KJ, Abbasoglu Ozgoren A, Abd-Allah F, Abera SF, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet* 2015; 386(10009): 2145e91.
- [376] Boyers LN, Karimkhani C, Naghavi M, Sherwood D, Margolis DJ, Hay RJ, et al. Global mortality from conditions with skin manifestations. *J Am Acad Dermatol* 2014;71(6):1137e1143 e17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2014.08.022>.
- [377] Kottner J, Lichterfeld A, Blume-Peytavi U, Kuhlmeier A. Skin health promotion in the elderly. *Z Gerontol Geriatr* 2015;48(3):231e6. <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-014-0614-0>.
- [378] Lamchahab FE, et al. Bilan d'hospitalisation du service de dermatologie-vénérologie du CHU Ibn Sina Rabat Maroc. *Pan African Medical Journal*. 2011; 717.
- [379] Fleischer AB, Feldman SR, Rapp SR. The magnitude of skin disease in the United States. *Dermatol Clin* 2000;18:15-9.
- [380] Schofield J.K, Fleming D, Grindlay D, Williams H. Skin conditions are the commonest new reason people present to general practitioners in England and Wales. *Br J Dermatol* 2011; 165: 1044-1050.
- [381] Grange F, et al. The role of general practitioners in diagnosis of cutaneous melanoma: a population-based study in France. *Br J Dermatol* 2012; 167:1351-1359.
- [382] Fleischer AB, Feldman SR, Rapp SR. The magnitude of skin disease in the United States. *Dermatol Clin* 2000;18:15-9.
- [383] Tamburni S. Nomadisme médical du patient <http://www.macsfr.fr>.
- [384] Grandperrin T. Évaluation du profil des patients à risque de nomadisme médical dans un service d'urgences. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2018. (dumas-01977887).
- [385] Chevillard, Guillaume, Véronique Lucas-Gabrielli, et Julien Mousques. « « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches », *L'Espace géographique*. 2018 ; (47), 4 : 362-380.
- [386] Babinet, Olivier, et Corinne Isnard Bagnis. « 5. Quelle solution aux déserts médicaux et autres oubliés de la télésanté ? ». *La e-santé en question (s)*. Sous la direction de Babinet Olivier, Isnard Bagnis Corinne. Presses de l'EHESP, 2020 ; p : 61-75.
- [387] Rief W, Heller W, Geismer E, Fichter M. Two year follow up study of patients with somatoform disorders. *Psychosomatics*.1995 ; 36(4) :376-386.
- [388] Garcia-Campayod, Sanz-Carillo C. The use of alternative medicines by somatoform disorder patients in Spain. *Br J Gen Pract* 2000 - 50(455): 487-488.
- [389] Kaplan H.I., Sadock B.J. Troubles somatoformes. *Synopsis de psychiatrie; Pradel*.1998; p 798-800.

- [390] Heuyer T, Pavan S, Vicard C. The health and life path of rare disease patients: results of the 2015 French barometer. Patient related outcome measures. 2017; Vol 13, (8):97-110.
- [391] Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé. Novembre 2022. <https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab> + HAS.
- [392] Hurlimann C. Approche conceptuelle de la qualité des soins. Adsp. 2001; (35):23- 28.
- [393] Grol R, and al. Patient's priorities with respect to general practice care: an international comparison. Family practice. 1999; 16: 4-115394.
- [394] Ben Abdelaziz A, Nouria S, Chebil D, Azzaza M, Barhoumi T, Ben Salem K. Family Medicine (General Medicine): What academic and professional specificities? Tunis Med. 2021 Jan; 99(1):29-37.

RESUMES

Résumé :

Les maladies de la peau représentent une cause majeure de morbidité et ont de ce fait un impact financier et sur la santé publique. On dispose de peu de données sur le poids réel des pathologies cutanées en Algérie. Notre objectif était de, décrire la typologie des dermatoses prises en charge en consultation externe dans le secteur public et privé puis de comparer cette demande entre les deux secteurs.

L'enquête a été réalisée en deux périodes de l'année, dans deux villes de l'Est Algérien, Constantine et Annaba. Les malades étaient recrutés à partir de la consultation. Seuls les nouveaux cas étaient inclus dans l'étude.

Les groupes de pathologies les plus fréquents pour les deux secteurs (Public/Privé) et les deux régions (Constantine/Annaba) étaient, les infections cutanées (onychomycoses, verrues, folliculites, gale) 30.4%, les dermatoses inflammatoires (le psoriasis, les eczémas, les urticaires et la dermatite atopique) 26.5%, les pathologies des annexes (l'acné, la pelade et les kystes sébacés) 16.7% et les tumeurs cutanées (les naevus, les molluscums pendulums et les carcinomes) 5.0%. Ils ont mobilisé 78.6% des demandes de consultation. Les autres motifs étaient, les prurits/prurigo, les troubles pigmentaires, l'immunodermatologie et médecine interne, les dermatoses topographiques et les dermatoses par agent physique. Si la différence dans la répartition des groupes de pathologies n'était pas significative en inter-région, elle l'était entre les deux secteurs et pouvait être influencée par des facteurs liés au type de pathologie présenté et au patient.

Les problèmes de peau constituent un véritable problème de santé en raison de leur fort retentissement sur la vie socioprofessionnelle du patient mais surtout du fait de leurs coûts sur les ménages, les structures de soins et sur l'économie.

Mots clés : maladies cutanées, motifs de consultation, consultation externe, secteur public, secteur privé.

ملخص :

تمثل الأمراض الجلدية سببا رئيسيا للاعتلال، وبالتالي لها تأثير مالي وعلى الصحة العامة. هناك القليل من البيانات حول العبء الحقيقي للأمراض الجلدية في الجزائر. كان هدفنا وصف و تصنيف الأمراض الجلدية التي تم تشخيصها في العيادات المتعددة الخدمات في القطاع العام والعيادات التابعة للقطاع الخاص ومن ثم المقارنة بين القطاعين. تم إجراء الدراسة الميدانية على فترتين زمنيتين من السنة في مدينتين بالشرق الجزائري، قسنطينة وعنابة. لقد تم إستخدام المرضى من المعاینات الخارجية للعيادات حيث تم تضمين الحالات الجديدة فقط في الدراسة. كانت مجموعات الأمراض الأكثر شيوعا في القطاعين (العام/الخاص) والمنطقتين (قسنطينة/عنابة) هي العدوى الجلدية (فطر الأظافر، الثآليل، التهاب الجريبات، الجرب) بنسبة 30.4%، الأمراض الجلدية الالتهابية (الصدفية، الأكزيما، الشرى أو الأرتيكاريا والتهاب الجلد التأتبي) بنسبة 26.5%، أمراض ملحقات الجلد (حب الشباب، الثعلبة، الأكياس الدهنية) بنسبة 16.7% وأورام الجلد (الوحمات، المُلنساء المُدلاة والسرطانات) بنسبة 5%. هذه الأمراض كانت سببا في تعبئة 78.6% من طلبات الاستشارة الطبية لدى المرضى.

الأسباب الأخرى هي الحكة/الحُكَاكُ، الاضطرابات الصبغية، الأمراض الجلدية المناعية والطب الباطني، الأمراض الجلدية الطبوغرافية والأمراض الجلدية الناجمة عن العوامل الفيزيائية.

إذا لم نلاحظ إختلافا كبيرا في توزيع مجموعات الأمراض بين المنطقتين، فإنه كان موجودا بين القطاعين العام و الخاص ويمكن أن يتأثر بالعوامل المرتبطة بنوع المرض المقدم وبالمريض .

يمكن لأمراض الجلد أن تتسبب في مشاكل صحية حقيقية للمريض بسبب تأثيرها الكبير على حياته الاجتماعية والمهنية من جهة، ومالية بسبب تكاليفها الباهضة على الأسر وهياكل الرعاية الصحية و من ثم الاقتصاد من جهة أخرى.

الكلمات المفتاحية : الأمراض الجلدية، دوافع المعاینات الطبية، المعاینات الطبية الخارجية، القطاع العام، القطاع الخاص.

Summary:

Skin diseases are a major cause of morbidity and therefore have a financial and public health impact. Little data is available on the real burden of skin diseases in Algeria. Our aim was to describe the typology of dermatoses treated on an outpatient basis in the public and private sectors, and to compare this demand between the two sectors.

The survey was carried out at two times of the year, in two towns in eastern Algeria, Constantine and Annaba. Patients were recruited on the basis of consultation. Only new cases were included in the study.

The most frequent pathology groups for the two sectors (public/private) and the two regions (Constantine/Annaba) were skin infections (onychomycosis, warts, folliculitis, scabies) 30.4%, inflammatory dermatoses (psoriasis, eczema, urticaria and atopic dermatitis) 26.5%, adnexal pathologies (acne, alopecia and sebaceous cysts) 16.7% and skin tumours (nevi, molluscum and carcinoma) 5%. They accounted for 78.6% of consultation requests.

The other reasons were pruritus/prurigo, pigmentary disorders, immunodermatology and internal medicine, topographical dermatoses and dermatoses caused by physical agents. Although the difference in the distribution of pathology groups was not significant between regions, it was between the two sectors and could be influenced by factors linked to the type of pathology presented and the patient.

Skin problems constitute a real health problem because of their strong impact on the patient's socio-professional life, but above all because of their cost to households, healthcare structures and the economy.

Keywords: skin diseases, reasons for consultation, outpatient consultation, public sector, private sector.