

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : Présentation générale de la province de Taroudant	3
I –Historique	4
II –Aperçu géographique	12
III –Découpage administratif	16
IV –Aperçu Démographique	18
V –Aperçu économique	19
VI –Infrastructures et équipements	23
VII –Santé à la province de Taroudant	25
CHAPITRE II : Aperçu général sur la caravane médicale	31
I–Justification et objectifs de la caravane	32
II–Cadre institutionnel	32
III–Prestation médicale	33
CHAPITRE III : Notre travail	35
I–Matériel et méthodes	36
II–Résultats	36
III–Discussion	52
CONCLUSION	72
RESUMES	74
BIBLIOGRAPHIE	78



INTRODUCTION

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

La dermatologie est une spécialité en plein essor actuellement. Jadis, un tel domaine avait été mal considéré ou déprécié. Aujourd’hui, il s’agit au contraire d’un sujet d’actualité, tant la demande est croissante en ce domaine. Nous sommes de plus en plus sensibles au regard d’autrui et à l’image que l’on offre du soi. La peau est en quelque sorte le reflet de notre état de santé et de notre bien-être. En effet son atteinte peut engendrer une perte de confiance en soi et porter préjudice aux relations affectives et professionnelles. Cette atteinte peut être en rapport avec une dermatose connue ou encore avec une infection ou une maladie de système.

Pour prouver la place méritée de la dermatologie dans la politique de la santé publique, il faut absolument connaître la fréquence et la répartition des maladies cutanées ainsi que leur retentissement sur la population.

Dans notre travail, nous nous proposons de présenter et d’analyser le profil épidémio-clinique des dermatoses constatées lors de la consultation gratuite de dermatologie à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant, dans le cadre de leurs activités civilo-militaires.

L’objectif de notre étude est de fournir des données statistiques précises sur la pathologie dermatologique dans la province de Taroudant, afin d’inciter à une action visant à:

- ❖ Etablir un plan de prévention efficace.
- ❖ Anticiper sur les besoins, les moyens, et optimiser les ressources disponibles afin de répondre aux besoins de la population.

Enfin nous espérons à travers cette étude constituer une base de données à partir de laquelle des solutions bien réfléchies seront envisagées dont le but est d’améliorer la situation sanitaire dans l’ensemble du Royaume en général et dans les provinces du Sud en particulier.



The title is enclosed in an ornate, symmetrical decorative frame. The frame features a central floral ornament at the top and bottom, with four scroll-like supports. The text is centered within this frame.

CHAPITRE I

Présentation générale
de la province de Taroudant

Avant de débuter notre étude, nous nous proposons de faire un rappel historique et géographique de la province de Taroudant. Ce qui permettra aisément de comprendre le profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique dans cette région du royaume.

I. HISTORIQUE

Taroudant est une des plus anciennes villes du Maroc, puisque elle fut peuplée depuis les plus anciennes époques et elle joua un rôle très important dans l'histoire du Souss et du Maroc en général, aussi bien pendant la période préislamique qu'à travers les différentes étapes de l'histoire du Maghreb musulman. En effet, elle se situe au centre de la plaine du Souss et représente le point de rencontre des axes routiers reliant le Nord de l'Atlas au Sud du Sahara et constitue un pôle d'attraction de l'activité politique et commerciale pour les tribus Soussies [1].

Certains chercheurs situent la date de sa fondation à la période qui précède l'Islam voire même avant J.C. D'autres la situent dans l'ère de l'occupation Romaine de l'Afrique du Nord, c'est à dire entre le premier siècle avant J.C et le cinquième siècle de notre ère. La plupart des chercheurs approuvent que la ville fût fondée par les Emirs des tribus Hachtouka et Jazoula. Cette citation d'Abou Ikacem Zayani a été appréciée grâce à ses fondements sur des données historiques [1].

L'origine du nom berbère Taroudant est énigmatique. Certaines légendes l'associent à une princesse Syrienne qui s'est installée dans la région et qui portait le nom de "la Reine Roudana". D'autres l'expliquent par la phrase berbère "Taroua ddante" qui veut dire "les enfants ont été emportés par l'eau" que crie une femme berbère qui faisait sa lessive au bord du fleuve quand les crues emportèrent ses enfants [2].

1. Taroudant et l'état Marocain médiéval:

1-1 L'époque des Idrissides :

Moulay Idriss II se soucia depuis sa nomination d'élargir les frontières de l'Etat qu'il hérita de son père en essayant de dominer le commerce transsaharien et de le concentrer vers sa capitale Fès. Pour cette raison, il dirigea ses assauts militaires au Sud vers le pays des Massmouda depuis 197 de l'hégire et il finit par le soumettre. C'est ainsi que Taroudant entra sous le pouvoir des Idrissides sous le règne de Mohamed ben Idris qui désigna son frère Abdallah ben Idris gouverneur sur les montagnes des Massmoudas et le Souss. La ville d'Aghmat fut sa résidence.

Etant sous la direction d'Aghmat, Taroudant perdit son rôle de capitale régionale et de résidence des gouverneurs. Cependant, elle conserva son importance commerciale en dominant les axes du commerce de l'or qui reliaient le Maroc à l'Afrique Subsaharienne. Cette position explique la préoccupation des Bourghwatas à rétablir leur pouvoir sur Taroudant après plus d'un siècle sous le pouvoir Idrisside [1]. Taroudant revint de nouveau à sa doctrine Kharijite sous le pouvoir des Bourghwatas vers la fin du troisième siècle de l'hégire et jusqu'à la moitié du quatrième où la doctrine Chiite s'y propagea avec l'aide et la bénédiction des Fatimides. Peu à peu, la ville se transforma en île Chiite au milieu des tribus Sunnites [1].

1-2 Sous la domination almoravide :

Les tribus Soussies, sous l'influence des fkihs sunnites de Jazoula et à leur tête, le cheikh Ouajaj Ibn Zalou Lamti, usèrent de tous les moyens pour confiner leurs ennemis Bajalis chiites à Taroudant.

Quand Abdallah Ibn Yassine Al Jazouli, disciple de Ouajaj Ibn Zallou réussit à unir les tribus de Senhaja dans le cadre du mouvement Almoravide, il arriva avec l'aide de son allié Abou Baker Ibn Omar Lamtouni à soumettre le Tafilelt, puis le Souss, d'autant plus que les religieux le pressaient d'écraser les chiites de Taroudant. Il y parvint en l'an 448 de l'hégire (1056). Ainsi

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

Taroudant redevint sunnite sous l'influence des Almoravides et connut une stabilité politique et un essor économique et urbaniste. Elle devint aussi un centre administratif qui permit aux Almoravides de contrôler la plaine du Souss et les montagnes de « Darn ».

Tamime, fils de Youssef Ibn Tachafine, y fut nommé Wali. Dès lors, la ville de Taroudant reprit son rôle de carrefour des routes commerciales venant du Sud, ce qui attira des gens d'origines diverses : Andalous, noirs africains...

Sous le règne de Youssef Ibn Tachafine et son fils Ali, elle fut fortifiée par la construction de remparts et la mise en valeur des terres agricoles.

Elle devint aussi une base militaire avancée pour la surveillance des tribus Masmouda du Haut Atlas, lieu de stationnement de l'armée Almoravide qui combattait les adeptes d'Ibn Toumert au début de l'avènement des Almohades [1].

1-3 Sous les Almohades :

La fin de la dynastie des Almoravides fut une époque de conflits pour la ville de Taroudant. Après la mort d'Ibn Toumert, son successeur Abdel Moumen Ibn Ali Al Goumi continua sa guerre d'usure contre les forces Almoravides dans le Souss. Les Almohades réussirent à entrer une première fois à Taroudant en l'an 528 de l'hégire. Ils la prirent définitivement en 535 de l'hégire (1140). Avec la capitulation de Taroudant, toutes les tribus du Souss se soumirent aux Almohades [1].

Taroudant, connut par la suite, une stabilité politique et un essor économique. Le commerce se développa, l'agriculture et l'artisanat prospérèrent. Elle reprit son rôle de capitale administrative du Souss. Les Almohades en firent le lieu de résidence de leurs Walis et une base militaire pour la surveillance de toute la région.

D'après le professeur Ahmed Bouzid, Taroudant aurait connu un grand essor urbaniste, dont les monuments auraient été détruits lors de la rébellion de Ali Ibn Yeder Zagandari qui occupa la ville de 651 à 665 de l'hégire (1253-1266) [1].

1-4 Sous les Mérinides et les Ouattassides :

Les Mérinides prirent la ville en 668 de l'hégire. Ils réussirent à éliminer le rebelle Ibn Yeder, mais sans parvenir à mettre fin à son mouvement de rébellion, ce qui nécessite l'envoi d'expédition militaire pour mater la rébellion et assurer la sécurité dans la région du Souss. Ces expéditions étaient dirigées contre les tribus de Bani Yeder installées à Taroudant et contre les Arabes de Maakil qui contrôlaient les axes routiers. Ce fut le cas des expéditions militaires de 671, 673, 681 et 683 de l'hégire et plus tard en 751 à l'époque du Sultan Abou Al Hassan et de son successeur Abou Inane en 756 qui réussit finalement à s'assurer l'allégeance de Taroudant jusqu'à sa mort en 759 de l'hégire.

Taroudant demeura néanmoins, malgré les troubles de cette période la capitale du Souss sur les plans, politique, administratif et économique.

Les Ouattassides ne réussirent pas à étendre leur influence jusqu'au Souss. Ainsi Taroudant demeura depuis la fin de la dynastie Mérinide indépendante de tout pouvoir central.

Mais elle pâtît beaucoup de sa soumission aux tribus Arabes qui dominèrent les plaines du Souss et qui imposèrent une dîme aux habitants en contre partie de la sécurisation des routes commerciales [1].

Il est difficile de dresser un tableau de la situation de la ville de Taroudant pendant cette période caractérisée par des troubles dans la région et dans l'ensemble du pays. Mais on peut admettre que la ville demeura fidèle à son rôle de pôle politique, économique et administratif. Ibn Khaldoun parle du développement de la culture de la canne à sucre. Hassan AL Ouazane (Léon l'Africain) parle de l'essor de l'artisanat et de sa diversité dans la ville qu'il qualifie de « magnifique» et dont les habitants étaient «très civilisés». La ville, étant indépendante de tout pouvoir centralisé sut se forger un système politique original et élaboré. Hassan AL Ouazane rapporte que la ville était gouvernée par quatre notables qui se relayaient au pouvoir tous les six mois.

Malgré cela, la ville souffrit de la crise du commerce caravanier occasionnée par le blocus imposé par les Portugais sur le littoral Atlantique depuis l'occupation de la ville de Ceuta en 818 de l'hégire (1415), surtout sur les voies commerciales maritimes du Sous (Agadir et Massa).

C'est ce qui amena les tribus du Souss à prêter allégeance aux Saadiens qui prêchaient la guerre Sainte contre les occupants étrangers en 916 de l'hégire (1510). Les habitants prêtèrent allégeance aux Saadiens en 920 de l'hégire (1515).

Sous cette dynastie, la ville de Taroudant connaîtra sa période la plus glorieuse. Elle se situera au niveau des pôles qui marquèrent la civilisation Marocaine, à savoir Fès et Marrakech [1].

2. Taroudant à l'époque contemporaine :

2-1 Sous les Saadiens :

En prêtant allégeance aux Saadiens, Taroudant entama son âge d'or. Ce fut en 920 de l'hégire (1515). Elle devint leur première capitale. L'émir Mohamed Cheikh Saadi procéda à la fortification de la ville et la dota de bâtiments luxueux et on lui attribua le nom de la ville (Mohammedia).

On parla beaucoup de cette ville dans les textes des historiens de l'époque, ce qui témoigne de son importance aux yeux des Saadiens et du rôle qu'elle joua pendant cette période historique.

Elle occupa un rôle prépondérant parmi les autres villes Marocaines. Elle fut la première capitale des Saadiens et joua un rôle militaire important. Fortifiée, elle servait à assembler les forces Sadiennes et toutes les potentialités des tribus de leur bord, en vue de lutter contre l'occupation du littoral marocain par les Portugais [3].

Sur le plan économique, elle connut un essor sans précédent. Elle devint le point de transit du commerce caravanier et reçut des commerçants musulmans et européens, surtout les

anglais. Ses produits connurent le succès: ustensiles en cuivre, tissus en laine, articles de cuir et surtout sa production de sucre appréciée par le palais anglais.

Le développement de la culture et des sciences fut aussi un atout de la ville et Jamâa El Kébir (la grande mosquée) fut l'une des plus grandes universités de l'époque où les plus grands érudits du XVI siècle dispensèrent leurs sciences. Citons parmi eux Saïd Ibn Ali Al Houzali, Abderhman Ibn Amrou Al Baakili, Aïssa Ibn Abderhman Souktani.

Ainsi au XVI siècle, la ville de Taroudant connut la gloire et atteignit son apogée. Mais au siècle suivant, elle fut frappée par une épidémie de peste qui décima ses habitants. Le Sultan Ahmed AL Mansour, lui-même en périt en 1012 de l'hégire. La plupart des survivants fuirent et la ville fut abandonnée. Ce fut le début du déclin pour la dynastie des Saadiens. Les descendants d'Ahmed Al Mansour se disputèrent le trône et le Maroc se subdivisa en deux royaumes dont les capitales furent Fès et Marrakech. Au sein du royaume de Marrakech, Taroudant jouit d'une place de choix. Elle fut le refuge du Sultan Zaydan Ibn Al Mansour. Par la suite, elle connut une période d'indépendance [1].

2-2 Taroudant et l'éclatement du royaume :

Taroudant demeura fidèle au Sultan Saâdien Zaydan. Il s'y réfugia après sa défaite contre les Turcs d'Algérie en 1604. Il y revint pour rassembler ses forces et se réorganiser en 1607 après sa défaite contre les forces de son neveu Abdallah Ibn Al Mamoun à Marrakech. Il y retourna encore en 1613 quand il fut chassé de Marrakech par le rebelle Ibn Abou Mahali. Il trouva refuge à Taroudant pour mettre ses femmes et sa fortune en sécurité. Ce fut grâce aux habitants de Taroudant et aux tribus environnantes mobilisées derrière le Cheikh Abou Zakaria Yahya Al Hahi que cette rébellion fut matée et le Sultan remit sur son trône. Mais un désaccord entre le Cheikh et le Sultan amena le Cheikh à se rebeller à son tour et à se proclamer Emir de la ville de Taroudant et de ses environs. Ainsi l'émirat des Hahis vit le jour en 1613 et dura jusqu'à 1629. Son fondateur Yahia Ibn Abdallah essaya jusqu'à sa mort en 1626 d'élargir sa zone

d'influence au dépend du Sultan Zydan de Marrakech et de Abou Hassoune Semlali de la région d'Illigh.

Durant son époque, l'émirat de Taroudant connut une stabilité et une floraison intellectuelle, vu que Yahia était un érudit en religion et un soufi notoire qui avait pour principe de favoriser le bien au dépend du mal selon les préceptes de la Charia.

Son rivale l'émir d'Illigh, Abou Hassoun Semlali attendait l'occasion propice pour étendre son influence sur Taroudant. Mais il dut attendre la mort de Yahia et ne réussit à soumettre la ville qu'en 1629. Il fut tyrannique et les Roudanis souffrirent des pratiques de ses Walis.

En 1670, Moulay Rachid mit fin à leur pouvoir en détruisant Illigh leur capitale. Ainsi, Taroudant passa sous l'influence de la dynastie des Alaouites [1].

2-3 Taroudant sous les Alaouites :

Elle fut le lieu de résidence du Khalifa du Sultan qui appartenait à la famille des Alaouites. Mais, comme la ville avait de grandes ressources économiques et qu'elle jouissait d'une situation stratégique entre le grand Atlas et l'Anti-Atlas, le Wali était parfois tenté de proclamer son indépendance vis-à-vis du pouvoir central.

En 1685, le Sultan Moulay Ismaël assiégea la ville pour combattre son frère Moulay AL Hassane et son neveu Moulay Ahmed qui s'étaient installés à Taroudant en accaparant la riche région du Souss. Il mit fin à cette rébellion en 1687.

Moulay Mohamed Al Alim fut nommé Wali par son père le Sultan Moulay Ismaël. La ville retrouva sa stabilité et son activité intellectuelle et littéraire reprit de plus belle. Mais en 1702, il se rebella contre son père qui envoya son autre fils Moulay Zidane reprendre la ville. Après trois ans de siège et de combats, les rebelles capitulèrent.

Moulay Abdelamlek fut nommé Wali en 1721. Il y demeura jusqu'au décès de son père et fut proclamé Sultan du Maroc après l'éviction de son frère Ahmed Addahabi par l'armée des Boukharis.

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

Après une période de troubles qui suivit la mort de Moulay Ismaël, Moulay Mohamed Ibn Abdallah conquit le Souss et prit Taroudant comme base militaire. Il y a nomma ses proches parmi lesquels son fils Moulay Abdessalam en 1785.

Ainsi, Taroudant fut le long de cette période, la résidence des Pachas, des Caïds qui représentaient le pouvoir central à Souss. Et pourtant, elle avait beaucoup perdu de ses rôles et de son charme à cause des guerres et des conflits surtout pendant le 17^{ème} et le 18^{ème} siècle ce qui entraîna la destruction des bases de son opulence économique et précisément l'industrie des sucreries.

Dès lors, la fortune de Taroudant ne se bâtissait que sur l'agriculture concentrée sur l'olivier qui représentait la source des richesses pour les Roudanais sans oublier ses artisans qui firent preuve de leur talent et de leur habileté, dans l'industrie textile, la tannerie ou l'industrie du cuir malgré la concurrence des produits Européens.

Taroudant reconnut, après, la présence de plusieurs Caïds dont les plus célèbres étaient: le Pacha Mohamed Ben Bouchta Iben Elbaghdadi qui fut, plus tard, célèbre à Fès, le célèbre Pacha Hammou qui y était décédé en 1900, le Pacha El Kabba qui se révolta sur l'autorité de Hida Muess. Ce dernier gouverna de nouveau après la défaite d'Ahmed El Hiba devant l'armée Française. Taroudant vécut des moments très difficiles sous l'autorité des officiers des affaires indigènes qui représentaient le protectorat.

Devant la prise de conscience nationaliste, des jeunes Roudanais rejoignaient le parti de «l'istiklal» (le parti de l'indépendance). Le mouvement national connut, pendant les années cinquante, un tournant et opta pour la résistance armée. Parmi les leaders de cette résistance on peut citer: Moulay H'fid El Ouatir, Si Mohamed ben Ibrahim Bourhan-Eddine, El Haj Hassan Loudaïi, Moulay Rachid Semlali, El Haj Mahfoud Sidki.

Après l'indépendance, ils avaient une participation très active à la vie politique et ils présentèrent beaucoup de sacrifices qui contribuaient au grand changement démocratique que connaît le Maroc contemporain [1].

II. Aperçu géographique

1. Situation géographique et superficie :

La province de Taroudant, est située au centre de la région Souss-Massa-Draa (figure 1) à environ 80 kilomètre de l'agglomération d'Agadir et à environ 250 km au Sud-Ouest de Marrakech et s'étend sur une superficie de 16500 km², ce qui représente 2,3 % du territoire national (pour une superficie nationale de 710850 km²) [2].

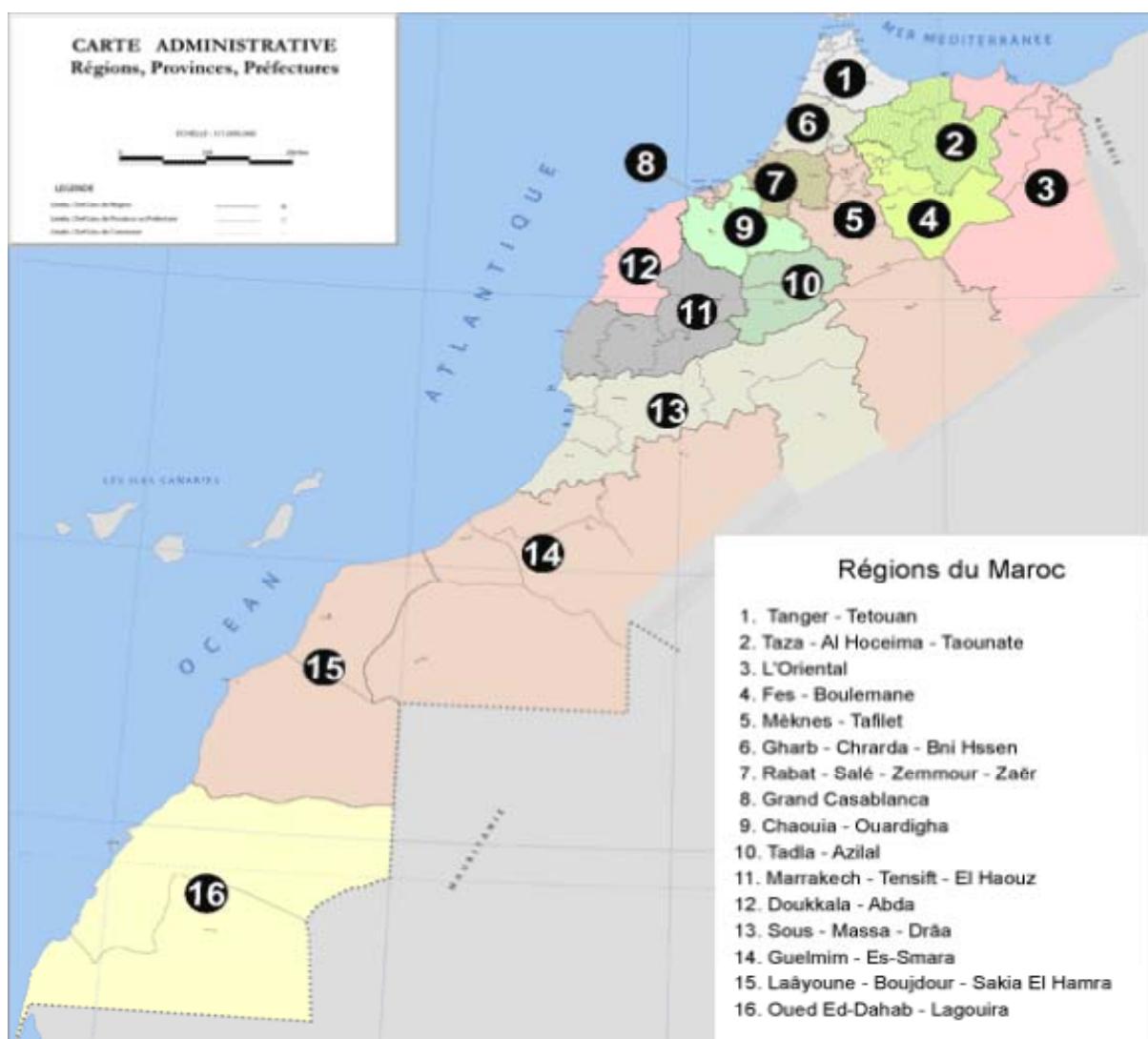


Fig.1 : Régions du Maroc [5].

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

Le territoire s'articule autour de la vallée du Souss (40 % de la superficie de la province). Au Nord de celui-ci, on trouve les contreforts occidentaux du Haut Atlas, tandis qu'au Sud et au centre on trouve les montagnes de l'Anti-Atlas (60 % de la superficie de la province). L'oued Souss est né à l'Est de la province, là où le terrain s'élève et la vallée se case dans les montagnes, poursuit sa course vers l'Ouest, et finalement abandonne la province pour se jeter à quelques km après, dans l'Océan Atlantique, dans la province d'Agadir [6].

Les deux chaînes montagneuses qui occupent la région ont des caractéristiques très différentes : le Haut Atlas, plus élevé comprend la plus haute montagne d'Afrique du Nord, le Mont Toubkal, haut de 4167 mètres qui reçoit plus de précipitations, héberge dans ses vallées beaucoup de cours permanents d'eau, ce qui les rend touffue. L'Anti-Atlas, par contre, présente un caractère plus désertique, surtout si on avance vers le sud, et quelques vallées, où rarement on trouve des cours d'eau permanents. Dans la plupart du territoire pousse l'argan, arbre de feuilles persistantes, autochtone et qui se trouve seulement dans cette région dans le monde [6].

Géographiquement la Province de Taroudant est limitée par: (figure 2)

- Au nord par les Provinces de CHICHAOUA et EL HAOUZ
- Au sud par les Provinces de TIZNIT et TATA
- A l'est par la Province d'OUARZAZATE
- A l'ouest par les Provinces de Chtouka Ait Baha et Essaouira et préfectures d'Agadir Idaoutanane et Inzegane Ait-Melloul.



Fig.2 : Situation géographique de la province de Taroudant [6].

2. Climat et pluviométrie :

Le climat est sec et ensoleillé, avec des hivers tempérés et des étés très chauds. Mais il diffère de la vallée à la montagne. Dans cette dernière, il est plus froid et où la neige peut tomber en hiver. Les différences thermiques entre le jour et la nuit sont importantes. La radiation solaire, même en hiver, est intense.

En moyenne le jour en hiver, la température oscille entre 16 et 26° et l'été entre 28 et 45°. Les nuits sont fraîches surtout l'hiver où les températures descendent entre 4 et 8 [6].

La pluviométrie moyenne est de 275 mm/an. Mais cette pluviométrie peut être extrêmement irrégulière et devenir pendant certaines années, inférieure de plus de 40 % à la moyenne, ramenant ainsi le seuil de pénurie à un taux critique de 500 m³/an/habitant.

On distingue deux saisons :

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

- La saison humide, de Novembre à Mars où il tombe entre 70 et 75 % des précipitations de l'année.
- La saison sèche, d'Avril à Octobre où il tombe entre 25 à 30% de précipitations [2].

Le vent fait aussi souvent son apparition. Le Chergui, vent chaud qui vient du Sahara souffle en été et en automne. La vitesse moyenne annuelle du vent est de l'ordre de 3 km/h en montagne et 5 km/h en plaine. Elle peut atteindre au piémont des montagnes près de 8 km/h.

Les deux histogrammes ci-dessous présentent les moyennes des températures mensuelles et les précipitations en mm mensuelles par an [6].



Fig.3: Températures moyennes mensuelles et précipitations mensuelles en mm [6].

III. Découpage administratif :

La province de Taroudant appartient à la région de Souss-Massa-Draa qui regroupe 7 provinces et 2 préfectures:

- Préfectures: Agadir Ida Outanane et Inezgane Ait Melloul.
- Provinces: Chtouka Ait Baha, Tiznit, Taroudant, Ouarzazate, Zagora, Sidi Ifni et Tinghir (Figure 4).



Fig.4: Découpage administratif de la province de Taroudant [6].

La province de Taroudant est composée de 89 communes, dont 8 sont des municipalités (ou communes urbaines): Aït Iaaza, Aoulouz, El Guerdane, Irherm, Oulad Berhil, Oulad Teima, Taliouine et Taroudant.

Les 81 communes rurales restantes sont rattachées à 15 Caïdats, eux-mêmes rattachés à 5 Cercles: [1].

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

- cercle d'Irherm :
 - caïdat d'Ait Abdallah: Sidi Mzal, Ait Abdallah, Tuofelaazt, Tabia et Toumliline;
 - caïdat d'IImguert: Imaouen, Tindine, Sidi Boaal, Amalou et Tataoute;
 - caïdat d'Adas: Azaghar N'irs, Tisfane, Nihit, Oualqadi, Imi N'tayart et Adar;
- cercle d'Ouled Teima:
 - caïdat d'Argana: Argana, Bigoudine, Talmakante et Imilmaiss;
 - caïdat d'Ain Chaib: Sidi Boumoussa, Issen, Sidi Ahmed Ou Amar, Lagfilat, Sidi Moussa Lhamri, Eddir et Ahl Ramel;
 - caïdat d'Oulad M'hella: Assads, Tidsi-Nissendalene, El Koudia El Beida, Lakhnafif, Machraa El Ain et Lamhadi;
- cercle de Taroudant:
 - caïdat de Tamaloukte: Tamaloukte, Imoulass, Tafraouten et Ait Makhlouf;
 - caïdat d'Ahmar: Ahmar Laglalcha, Lamnizla, Zaouia Sidi Tahar et Ida Ou Moumen;
 - caïdat de Freija: Sidi Dahmane, Sidi Borja, Freija, Tazemmourt, Bounrar, Tiout, Sidi Ahmed Ou Abdellah et Ait Igas;
- cercle d'Oulad Berhil:
 - caïdat de Sidi Abdellah Ou Moussa: Arazane, Toughmart, Igoudar Mnabha, Tinzart et Lamhara;
 - caïdat d'Igli: Igli, Oulad Aissa, Ida Ou Ghailal et Sidi Abdellah Ou Said;
 - caïdat de Tafingoult: Talgjount, Tizi N'test, Ouneine, Tafingoult, Sidi Ouaaziz et Tigouga;
 - caïdat d'El Faid: Ida-Ougoummad, El Faid, Tistrasse et Ouzioud;
- cercle de Taliouine:
 - caïdat d'Askaouen: Toubkal, Ahl Tifnoute, Igoudi, Taouyalte et Askaouen;

- caïdat de Saktana: Azrar, Agadir Melloul, Tizgzaouine, Sidi Hsaine, Tassousfi, Assaisse, Zagmouzen et Assak.

IV. Aperçu démographique:

La population de la province de Taroudant selon le recensement de 2004 était de 786.661 habitants pour une population régionale de 3.094.985 et nationale globale de 29800000 habitants [7-8].

La population de Taroudant est en majorité rurale (76%). Deux villes dépassent le seuil des 50.000 habitants: Taroudant (69.489) et Ouled Teima (66.183).

La densité moyenne est de l'ordre de 47 habitant/km², contre une moyenne régionale de 43 habitant/km² et nationale de 42 habitant/km², avec un taux d'urbanisation qui est passé de 24,80% en 2006 à 26,89% en 2010, alors que ce taux au niveau régional et au niveau national est respectivement de 41% et 51,4% en 2004. Le taux d'accroissement annuel est de 3,7% contre un taux national estimé à 1,4% [7].

Mais malgré l'activisme de cette province on a remarqué que son niveau de pauvreté est supérieur à la moyenne nationale (22,59%) [9].

Le tableau ci-dessous montre la répartition de la population urbaine et rurale dans la région en 2007.

Tableau I : Population en milliers d'habitants: année 2007 [10].

	Urbain	Rural	Total
Agadir–Ida Outanane	426	99	525
Chtouka–AitBaha	44	268	312
Inzegane–Ait Melloul	439	23	462
Sidi Ifni	–	–	–
Taroudant	195	603	798
Tiznit	85	260	345

V. Aperçu économique :

De par son positionnement géographique, la diversité de ses reliefs et de ses ressources naturelles, l'économie de la Province se caractérise par une multiplicité des secteurs productifs à fort potentiel. Ses créneaux productifs s'articulent sur:

- Une agriculture moderne axée sur l'exportation d'agrumes et primeurs dans la plaine du Souss et traditionnelle vivrière en zones de montagnes.
- Une industrie tributaire de la transformation et conditionnement des produits agricoles.
- Un artisanat à activités diverses.
- Un secteur touristique très prometteur.
- Un potentiel minier insuffisamment exploité.

La figure 5 ci-dessous montre le pourcentage de participation de différents secteurs à l'économie de Taroudant.

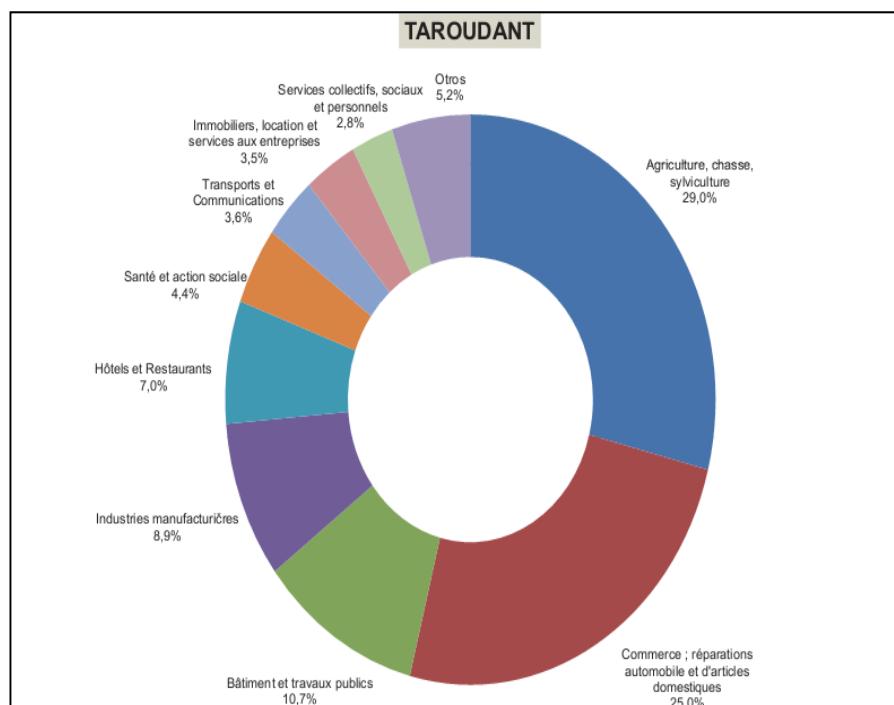


Fig .5: Répartition de participation de différents secteurs à l'économie de Taroudant [10].

1. L'agriculture :

La province de Taroudant, de par sa plaine qui a fait l'objet d'aménagements hydro-agricoles est une des provinces qui a le plus de potentialités agricoles par rapport à sa région. Elle représente 30% de l'activité économique de celle-ci [11].

La province a une production annuelle importante en blé tendre, en blé dur, en orge et en maïs. Elle totalise une production totale en céréales de 931.000 quintaux. Elle est classée deuxième après la province de Zagora. Elle est également productrice de primeurs et de cultures fourragères. La production arrive à des seuils agricoles très élevés surpassant largement la province d'Agadir. La province de Taroudant est également la principale productrice d'oliviers, d'huile d'argan, de bananiers et de pommiers. Elle est très connue également par la production d'agrumes, du safran et de roses.

La surface agricole utile est de 175.000 ha dont 75.370 ha comme zone irriguée et 99.713 ha comme zone Bour [5].

Tableau II : Production agricole :(année normale) [5].

Désignation	Superficie (Ha)	Production
Céréales	98745	931071QX
Maraîchage	9018	298935T
Fourrage	12621	645590T
Agrumes	29323	594000T
Oliviers	21545	20960T
Amandiers	20302	1837T
Bananiers	2600	87000T
Rosiers	06	2100000Tiges
Safran	520	1890Kgs

2. Elevage :

La région enregistre 90.000 têtes de bovins dont 32.581 de pure race, 44.000 têtes d'ovins et 434.000 têtes de caprins. La production animale de viandes rouges atteint 8.875

tonnes. Celle du lait est de 122 millions de litres dont 116 millions usinés. La production de viandes blanches, quant à elle, est de 2.380 tonnes [5].

3. Industrie :

L'industrie dans la province de Taroudant ne représente que 9 % de l'ensemble des secteurs d'activités principales, ce qui ne représente pas une part importante dans l'économie de la province. Elle est liée à l'agriculture (agro-industrie), notamment l'exploitation de stations d'emballage, qui naissent chaque année, permettant le conditionnement de produits (agrumes, primeurs, huiles, jus d'orange, lait et ses dérivés), afin de les acheminer vers les marchés nationaux et internationaux [5].

La zone industrielle est située à environ 10 km à l'est de la ville, sur la commune urbaine d'Ouled Teima, Ait Lazza et Sebt Eguerdane. Elle abrite, entre autres, l'une des plus grandes coopératives agricoles au Maroc.

Le tableau ci-dessous montre les établissements industriels de la province de Taroudant [5].

Tableau III: les établissements industriels dans la province de Taroudant: année 2010

Stations d'emballage des agrumes et de primeurs	21
Unités laitières	01
Unités de fabrication d'aliment de bétail	02
Huileries	903 dont 2 semi modernes

4. Artisanat :

Les activités artisanales dans la ville de Taroudant représentent une activité économique génératrice d'emploi qui jouit d'une belle réputation et sont très connues par leur diversité. C'est un secteur qui emploie un peu plus de 20% de la population active. L'artisanat de production et de transformation occupe une place considérable. Les activités de couture étant les plus importantes [11].

Le nombre des artisans dans la ville de Taroudant selon le Ministère de l'Industrie et du Commerce est de 5.000 personnes en 2001. Le secteur de la couture et de la broderie reste le secteur artisanal le plus important et représente environ le tiers du nombre total des artisans. Il est suivi du secteur de la construction avec 740 artisans. On remarque cependant que les activités liées à l'artisanat traditionnel reste faiblement représenté [11].

5. Tourisme :

Le secteur touristique constitue un pilier principal de l'économie de la province de Taroudant, compte tenu des énormes potentialités touristiques qu'elle recèle.

Le tourisme et l'artisanat sont en croissance et plusieurs projets d'investissement dans ces secteurs voient le jour. Les remparts couleur cuivre du 16^{ème} siècle, imposant de beauté, au son de frémissement des palmiers donnent à la cité de Taroudant sa douceur et son charme incomparable. Les Kasbahs de Taliouine et d'Ighil N'oughou, les paysages magnifiques de Tiout et bien d'autres trésors touristiques font la force de la province.

Cependant l'activité touristique dans la Province dénote une faiblesse. Les structures d'accueil et les équipements spécialisés restent très faibles par rapport à la destination. En effet, entre hôtels, maisons d'hôtes, auberges et gîtes d'étape, la capacité litière ne dépasse pas les 1.808 unités. Il faut noter que la province possède seulement cinq hôtels contre vingt-quatre dans la Province de Ouarzazate. Il y a seulement un seul hôtel cinq étoiles et un hôtel quatre étoiles pour toute la ville de Taroudannt. En effet, seulement 41.120 touristes ont visité Taroudant en 2010, contre 608.184 touristes pour la ville d'Agadir [11].

6. Le commerce :

Le commerce à la province de Taroudant est l'un des secteurs actifs depuis longtemps, vu sa situation géographique qui relie le Nord du Maroc au Sud et les pays Sub-Sahariens.

Une activité sur quatre dans la province est une activité commerciale. Elle comporte 9315 établissements commerciaux de détail et 231 établissement commerciaux de gros, dont environ 80% se trouvent en milieu urbain. Concernant les commerces de services, l'habillement, les téléradios et les librairies restent les commerces de services les plus importants dans la médina de Taroudant [12, 13].

7. Potentiel minier :

Les mines sont un autre secteur productif insuffisamment exploité. Ainsi, la mise en évidence des réserves en minéraux de cuivre, argent, barytine, talc et d'oxyde de fer, qu'abrite la province nécessiterait des prospections approfondies et des techniques modernes. En effet, la nature des reliefs, l'enclavement des zones d'extraction, de même que les fluctuations des cours internationaux des métaux handicapent ce secteur. Suite à cela, l'investissement s'est surtout axé sur les produits de marbre et d'argile [13].

VI. Infrastructures et équipements :

1. Equipements sociaux :

La province dispose de:

- ✓ 33 écoles publiques pour enseignement primaire et 21 écoles privées.
- ✓ 29 collèges publiques pour enseignement collégial et 4 collèges privés.
- ✓ 20 lycées pour enseignement qualifiant et 3 privés

Selon le recensement 2004, le taux d'analphabétisme est 54% :

Dont : -En milieux rural : 60 %

- En milieu urbain : 36% [14].

2. Eau potable, assainissement et électrification :

L'approvisionnement des populations en eau potable est aussi une des priorités. Des efforts ont été faits afin de concrétiser le Programme d'approvisionnement groupé en eau potable des populations rurales (Pager) et le renforcement de la production/distribution au niveau des centres gérés par l'Office national de l'eau potable. Ce programme a permis d'améliorer considérablement le taux d'approvisionnement en eau potable dans la province de Taroudant. Ce taux a été porté à 80% au terme de 2008, contre 13% durant la moitié des années 90 [13-15].

La proportion des ménages urbains disposant de l'électricité dépassait les 75% en 1994 contre seulement 11,3% pour les ruraux. Les taux respectifs au niveau national étaient de l'ordre de 80,7% et 9,7% [12-13].

D'autres progrès ont touché l'extension du réseau d'assainissement liquide et les éléments de confort des demeures.

3. Infrastructures :

Dans ce sens, le secteur des routes dans la région de Taroudant a connu une amélioration du point de vue construction, renforcement et aménagement. Ainsi, la province de Taroudant est reliée par voie express à l'aéroport Al Massira d'Inezgane Ait Melloul et ce, dans le cadre d'un partenariat entre le ministère de l'Equipement et le Conseil régional du Souss-Massa-Draâ. Par ailleurs, Taroudant est aussi bien desservie par des routes nationales, régionales et provinciales, soit au total, 1.208 km revêtus. A noter qu'il reste 963 km à réaliser [13-15].

VII. Santé à Taroudant :

1. Formation sanitaire :

La région de Souss-Massa-Drâa compte 12 hôpitaux publics dont 10 hôpitaux généraux et 2 spécialisés avec une capacité litière totale de 2182 lits. Concernant le réseau de soins de santé de base, la région dispose de :

- 18 Centres de Santé Urbains avec lits.
- 35 Centres de Santé Urbains.
- 53 Centres de Santé Communaux avec module d'accouchement.
- 153 Centres de Santé Communaux.
- 112 Dispensaires ruraux.

La province de Taroudant dispose d'un hôpital provincial avec une capacité litière de 230 lits et d'un hôpital local avec 45 lits, en plus des formations de santé de base [14].

Le tableau ci-dessous montre ces différentes structures [4].

Tableau IV : Formation sanitaire de la province [4].

Désignation	Nombre	Capacité litière
Hôpital provincial	01	230
Hôpital local	01	45
Centres de Santé Urbain avec lits d'accouchement	06	41
Centres de Santé Urbain	05	-
Centres de Santé Communal avec module d'accouchement	19	42
Centre de Santé Communal	61	61
Dispensaire rural	26	-

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

Tableau V. Principaux indicateurs de desserte [7].

Indicateurs de desserte	Provincial	Régional	National
Nombre d'habitants par établissement de soins de santé de base	7318	8662	11826
Nombre d'habitants par cabinet de consultation privé	25730	11158	5127
Nombre d'habitants par lits hospitalier	2440	1192	905
Nombre d'habitants par médecin	5080	3058	1678
Nombre d'habitants par chirurgien-dentiste	61356	24911	12159
Nombre d'habitants par pharmacie ou dépôt de médicaments	8670	5853	4713

Tableau VI et VII. Offre de soins disponible à Taroudant

Tableau VI. Secteur public [7].

Hôpitaux		Etablissements de SSB				Chirurgie-dentaire	
Nombre	Lits	Existant		En cours			
		Urbain	Rural	Urbain	Rural		
1	285	11	98	0	1	2	

Tableau VII. Secteur privé [7].

Cliniques privés		Cabinet RX	Labo méd	Cabinet cons	Pham/Dépôt	Chir dent
Nombre	Lits					
2	29	0	2	31	92	11

2. Hôpital Général Al Mokhtar Es-Soussi :

2-1 Répartition des lits hospitaliers par discipline et situation du plateau technique [7] :

Tableau VIII : Répartition des lits hospitaliers par discipline

Disciplines	Lits existants	Lits fonctionnels
Cancérologie		
Chirurgie	82	64
Chirurgie cardio-vasculaire		
Chirurgie infantile		
Chirurgie thoracique		
Chirurgie vasculaire		
Dermatologie		
Endocrinologie		
Gastro-entérologie		
Gynécologie	60	32
Médecine générale	45	32
Médecine interne		
Néphrologie		
Neuro-chirurgie		
Neuropsychiatrie	40	40
ORL		
Ophthalmologie		
Pédiatrie	36	25
Pneumo-phtisiologie		
Réanimation chirurgicale	22	20
Traumatologie-orthopédie		
Urgences		
Urologie		
Autres		
Total hôpital	285	213
Statut hôpital	SEGMA	

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

2-2 Bloc opératoire :

Tableau IX: Bloc opératoire (nombre de salle) [7].

Bloc	Nombre de salle aseptique		Nombre de salle septique	
	équipée	Non équipée	équipée	Non équipée
Central	1	1	1	1
Urgence				
Maternité	1		1	
ORL				
Ophthalmologie				
Traumatologie				

2-3 Radiologie :

Tableau X : Salles de radiologie [7].

	Nombre de salles équipées	Nombre de Salles non équipées
Centrale	3	
Urgences		1

2-4 Laboratoire [7] :

OU

2-5 Hémodialyse (nombre d'appareil de dialyse) [7] :

0

3. Corps médical et paramédical :

3-1 Personnel médical [4] :

Tableau XI : Répartition du personnel par spécialités et par réseau

Spécialités	Chefferie provinciale	Réseau hospitalier	Réseau ambulatoire	total
Médecine générale	03	20	86	109
Chirurgie générale	-	04	-	04
Chirurgie infantile	-	01	-	01
Neuro-chirurgie	-	01	-	01
Endocrinologie	-	01	-	01
Médecine du travail	-	01	01	02
Médecine du sport	-	01	-	01
Médecine interne	-	01	-	01
Dermatologie	-	01	-	01
Néphrologie	-	01	01	02
Radiologie	-	02	-	02
Analyses biologiques et médicales	-	02	-	02
Gynéco-Obstétrique	-	04	-	04
Traumatologie-Orthopédie	-	02	-	02
Pédiatrie	-	02	-	02
Psychiatrie	-	01	-	01
ORL	-	01	-	01
Urologie	-	02	-	02
Cardiologie	-	04	-	04
Pneumo-phtisiologie	-	01	-	01
Gastro-entérologie	-	01	-	01

3-2 Personnels infirmiers [4] :

Tableau XII : Personnel infirmier [4].

	Chefferie provinciale	Réseau hospitalier	Réseau ambulatoire	Total
Personnels infirmiers	17	187	245	447

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

3-3 Personnel administratif et technicien :

Tableau XIII : Personnel administratif et technicien [4].

	Chefferie provinciale	Réseau hospitalier	Réseau ambulatoire	Total
Administratif et technicien	50	12	20	82

3-4 Données épidémiologies des maladies sous-surveillance :

**Tableau XIV : Situation épidémiologique annuelles des maladies sous-surveillance
à Taroudant en 2006 [16].**

Maladies sous-surveillance	régional	provincial
Rougeole	127	4
Coqueluche	2	0
Tétanos	2	0
Urétrites	8014	314
Syphilis	602	4
Conjonctivites	55880	12027
Trachome	1332	1055
H. Virales	84	0
RAA	768	10
Rage	2	0
Méningite	125	1
Typhoïde	5	1
Bilharziose	0	0
SIDA	54	0
Paludisme	14	0
Leishmaniose viscérale	6	2
Leishmaniose cutanée	1047	645
Tuberculose	1813	0
IST	32238	1797



The title is enclosed in an ornate, symmetrical decorative frame. The frame features a central rectangular area with a double-line border. It is adorned with intricate scrollwork and floral motifs at the corners and midpoints of the top and bottom lines. The word "CHAPITRE II" is centered within this frame in a large, bold, serif font.

CHAPITRE II

Aperçu général
sur la caravane médicale

I. Justification et objectifs de la caravane :

Dans le cadre des activités civilo-militaires de l'Armée Marocaine et de la coopération américano-marocaine, les Forces Armées Royales (FAR) ont organisé une campagne de prestations médicales au profit de la population civile de la province de Taroudant. Cette opération enrichie par la participation américaine, s'inscrit dans le prolongement de l'action médicale entreprise régulièrement par les FAR au titre des différents projets nationaux revêtant un caractère social.

Cette action humanitaire vise de surcroît à rapprocher la médecine des malades et de combler le déficit médical et sanitaire dont souffrent les populations éloignées et parfois même enclavées et hors de portée de toute infrastructure médicale et sanitaire.

II. Cadre institutionnel:

La caravane de Taroudant a représenté la 6^{ième} campagne sanitaire organisée par les FAR du 08 au 12 Mai 2009 au profit de la population civile. Ces prestations médicales venaient après celles qui avaient eu lieu à:

- Ouarzazate du 07 au 10 Février 2006.
- Er-Rachidia du 27 Février au 03 Mars 2006.
- Marrakech (Tahanaout-Amizmiz) du 20 au 24 Mars 2006.
- Al Hoceima (Imzourene) du 18 au 21 Avril 2006.
- Tan Tan du 02 au 05 Mai 2006.

Ces journées médicales de Taroudant ont été organisées en liaison avec le ministère de la santé et les autorités locales de la province.

Cette campagne médicale traduit l'engagement et la mobilisation permanente des FAR en faveur de l'initiative nationale pour le développement humain (INDH) lancée par S.M le Roi et reflète la parfaite symbiose Armée-Nation.

III. Prestations médicales:

Les prestations regroupaient:

- Les consultations médicales, toutes disciplines confondues.
- La distribution gratuite de médicaments, sur ordonnance médicale aux malades consultants.
- La distribution de trousse dentaires et la sensibilisation sur l'importance des soins préventifs.
- Des consultations vétérinaires

Ces prestations médicales avaient été réalisées dans les centres de santé ou dans les écoles des localités visitées. Elles avaient concerné 5 localités à raison d'une journée complète par localité, soit 10 heures de travail non-stop, de 08 heures à 18 heures.

Les moyens humains et matériels mobilisés par les Forces Armées Royales ont été constitués de médecins généralistes, de médecins spécialistes, de personnels paramédicaux, des ambulances, des camions dentaires, d'importantes quantités de médicaments ainsi que des moyens logistiques conséquents.

Les médecins généralistes participant à cette caravane avaient joué un rôle déminant dans la réussite de celle-ci. Ils avaient d'abord la charge de voir tous les malades se présentant à la consultation du site visité et ensuite d'adresser en fonction la symptomatologie présentée, les patients aux différentes consultations spécialisées.

Des consultations multidisciplinaires, notamment dans certaines spécialités en manque dans la province, ont été assurées par des médecins spécialistes en médecine interne, en cardiologie, en dermatologie, en rhumatologie, en gynéco-obstétrique, en ORL, en ophtalmologie et en pédiatrie au profit de la population de la province de Taroudant. Les chirurgiens-dentistes ont fournis les soins dentaires nécessaires en fonction des indications. Le médecin vétérinaire a quant à lui assuré des consultations vétérinaires au profit du bétail de la province et ce dans toutes les régions visitées par la caravane médicale. Cette action civilo-

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

militaire et contrairement aux précédentes est la première qui comportait la présence d'un médecin vétérinaire pour des soins de base pour le bétail de la région.

Les médicaments à usage humain ou vétérinaire ont été distribués gratuitement pour tous traitements prescrits.

Le choix des localités visitées a été fixé au préalable, d'un commun accord entre les autorités militaires sanitaires, le ministère de la santé et les autorités locales.

Outre le corps médical marocain, cette caravane a été marquée par la participation d'une mission américaine composée de plusieurs personnes, dont les médecins, disposant d'une riche expérience dans ce domaine.



CHAPITRE III

Notre travail

I. Matériel et méthodes:

Notre travail est une étude prospective, menée sur 5 jours, du 08 au 12 Mai 2009, intéressant toutes les personnes qui se sont présentées à la consultation gratuite de dermatologie de toutes les régions visitées.

360 patients ont été examinés. Pour chaque malade, en plus d'un examen clinique complet, ont été étudiés les paramètres suivants: l'âge, le sexe, les antécédents pathologiques, l'histoire de la maladie et les éventuels traitements reçus à l'aide d'une fiche préétablie. Les prestations médicales étaient de type santé publique orientées vers une prise en charge de masse, avec peu de recours aux examens complémentaires.

La quasi-totalité des malades est traitée sur place. Mais certaines pathologies graves ou nécessitant une prise en charge spécialisée en milieu hospitalier, ont été dirigées vers les centres de santé de la ville de Taroudant. Certains malades avec des pathologies graves mais non urgentes, avaient été adressés à l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat. Pour l'ensemble des pathologies graves, l'attitude était d'établir une liaison avec les services susmentionnés pour une prise en charge spécifique et un suivi adéquat.

Notre étude se limitera aux seuls patients ayant consulté pour la dermatologie parmi toutes les pathologies médico-chirurgicales.

II. Résultats:

360 patients avaient consulté pour une affection dermatologique sur un total de 5140 personnes vues lors de cette caravane médicale. Ce qui présente un pourcentage global de 7%.

Dans ce travail les différentes dermatoses rencontrées chez les 360 patients seront analysées en précisant pour chaque type de dermatose sa fréquence par rapport aux autres pathologies dermatologiques.

1. Répartition des malades:

1-1 Répartition selon le sexe :

Durant ces consultations gratuites, 222 patients étaient de sexe féminin (62%) et 138 patients de sexe masculin (38%). Cette répartition par sexe est matérialisée par la figure 6.

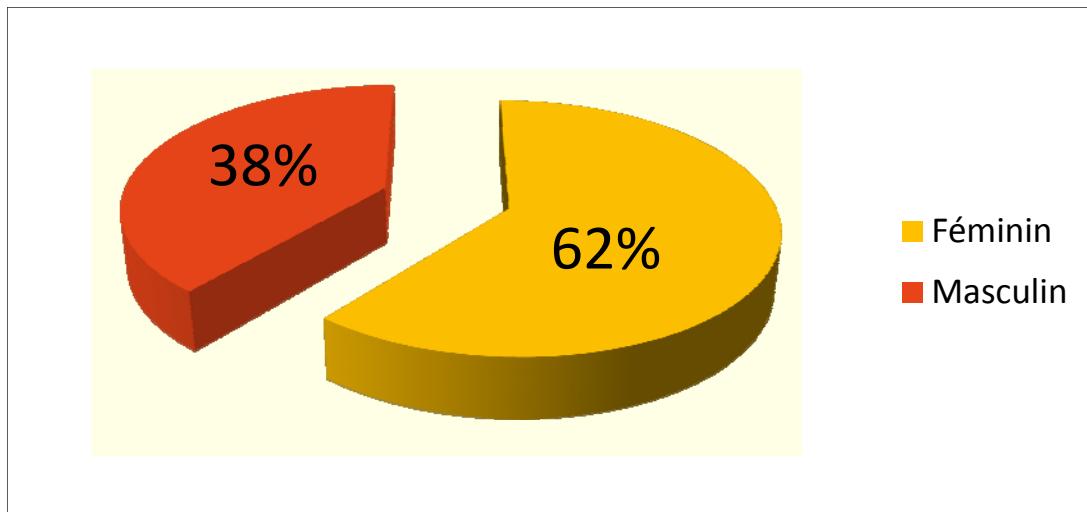


Fig.6 : Répartition des malades selon le sexe.

1-2 Répartition selon l'âge:

Sur nos 360 malades on trouve 272 adultes ce qui représente un pourcentage de 75% et 88 enfants, soit un pourcentage de 25%. Ceci est illustré par la figure 6.

- Les âges extrêmes étaient de 9 mois et de 86 ans.
- La moyenne d'âge était de 31 ans.

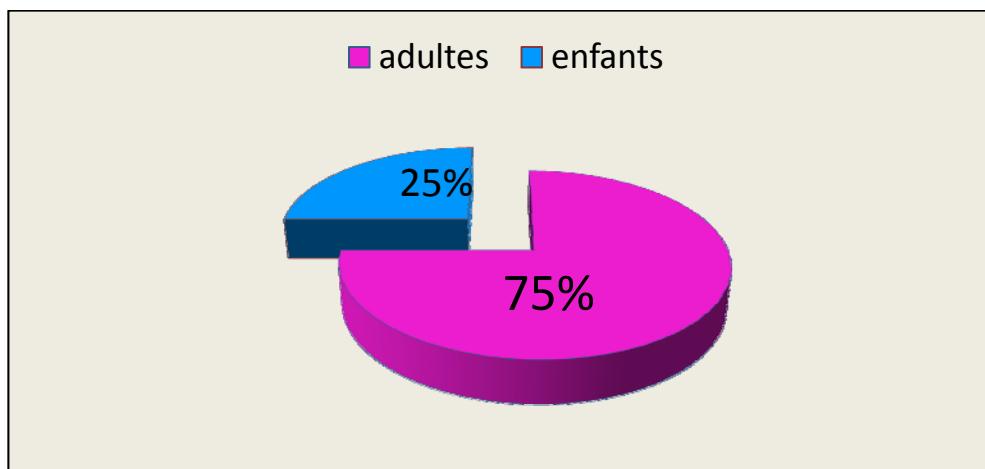


Fig.7 : Répartition selon l'âge.

1-3 Répartition selon l'âge et le sexe :

Nos 360 patients sont répartis comme suit :

- 272 adultes (75%) dont 174 sont des femmes, soit un pourcentage de 64% et 98 des hommes, soit un pourcentage de 36%.
- 88 enfants (25%) dont 48 filles (54%) et 40 garçons (46%).
- 45,8 % de nos malades, indépendamment du sexe avaient un âge entre 15 et 34 ans (figure 8).

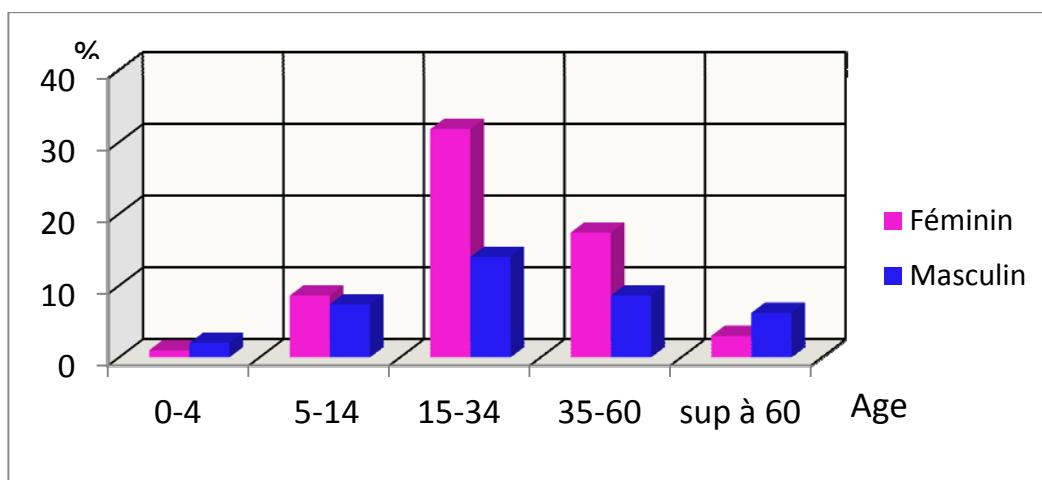


Fig.8: Répartition des patients selon l'âge et le sexe.

2. La répartition des maladies dermatologiques chez l'adulte :

Le classement en 8 catégories des dermatoses rencontrées est basé sur son type et sa fréquence.

A noter que 23 patients adultes avaient plus qu'une seule pathologie dermatologique dont 16 femmes et 7 hommes. Ces affections dermatologiques ont été prises en considération dans les statistiques afin de déterminer la fréquence de chaque pathologie par rapport aux malades consultants.

2-1 Les maladies infectieuses:

Elles représentaient le chef de file des dermatoses observées au cours de cette caravane avec un pourcentage de 26,8% (73 cas). Les mycoses représentent la première pathologie infectieuse avec un pourcentage de 19,76% (54 malades).

a- Les infections mycosiques :

Parmi les 54 cas d'infection mycosique, on notait 32 cas de dermatophyties (11,76%), suivis par les onychomycoses avec 11 cas (4%), puis le pityriasis versicolor (10 cas) et enfin un seul cas de dermatite séborrhéique. (Tableau XV, figure 8).

Tableau XV : La pathologie mycosique

Pathologie	Nombre	Pourcentage
Dermatophyties	32	11,76%
Onychomycoses	11	4,04%
Pityriasis versicolor	10	3,6%
Dermatite séborrhéique	1	0,36%
Total	54	19,76%

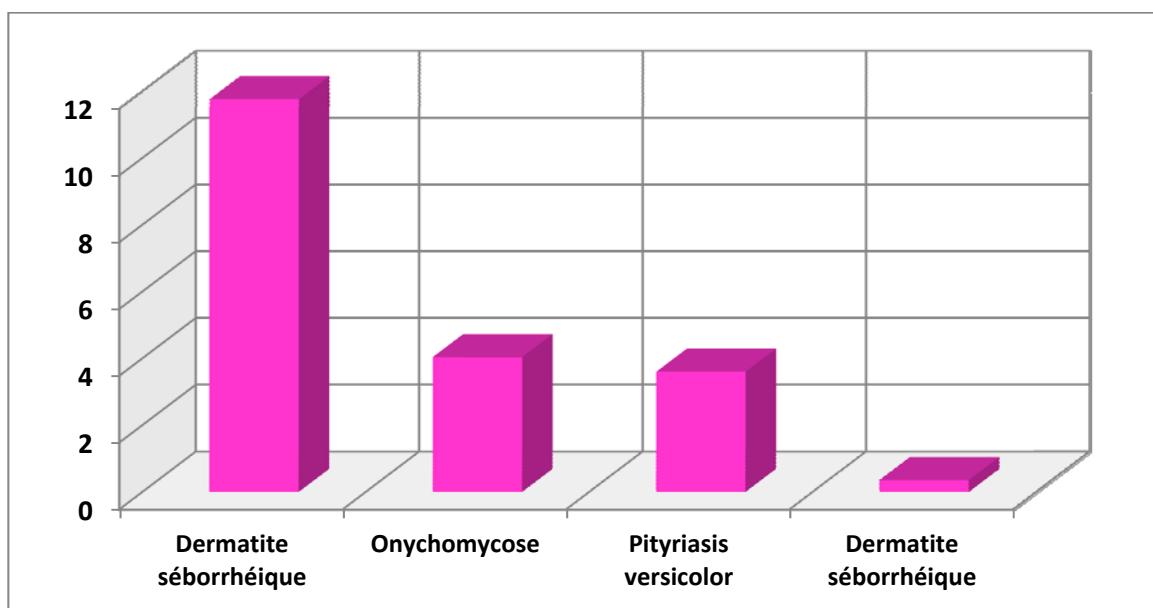


Fig.9 : Représentation graphique de la pathologie mycosique.

b- Les infections bactériennes :

Elles avaient été notées dans 10 cas. Le furoncle était la dermatose bactérienne la plus fréquente avec 4 cas (1,47 %), suivi par l'érythrasma avec 3 cas (1,1%), de la furonculose 2 cas (0,73%) et un seul cas d'érysipèle (0,36%) (Tableau XVI, figure 9).

Tableau XVI : Les infections bactériennes.

Infections bactériennes	Nombre	Pourcentage
Furoncle	4	1,47%
Erythrasma	3	1,1%
Furonculose	2	0,73%
Erysipèle	1	0,36%
Total	10	3,67%

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

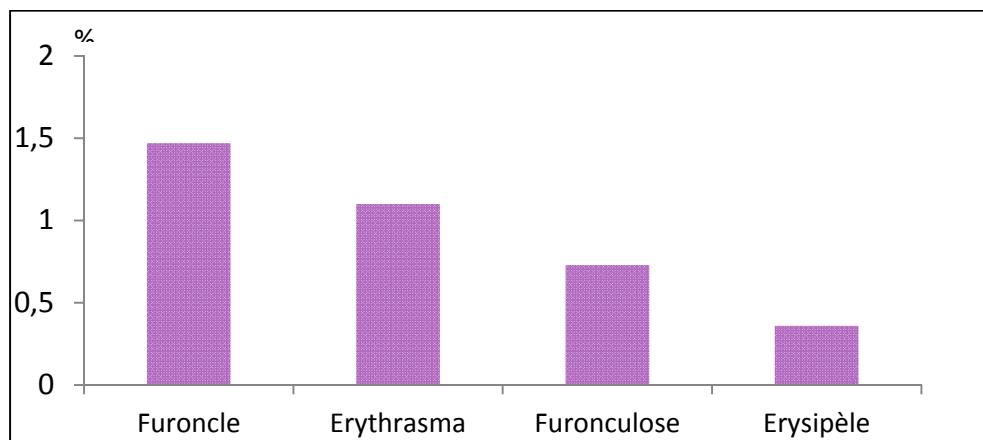


Fig.10 : Représentation graphique des infections bactériennes.

c- Les infections virales :

Parmi les 8 cas de dermatoses virales constatées, les verrues vulgaires étaient les plus représentées avec 4 cas (1,47%) suivies par le zona avec 3 cas (1,1%). Un seul cas d'herpès a été trouvé chez une femme, ce qui représente un pourcentage de 0,36%.

Tableau XVII : Pathologie virales.

Pathologie virales	Nombre	Pourcentage
Verrues vulgaires	4	1,47%
Zona	3	1,1%
Herpès	1	0,36%
Total	8	2,93%

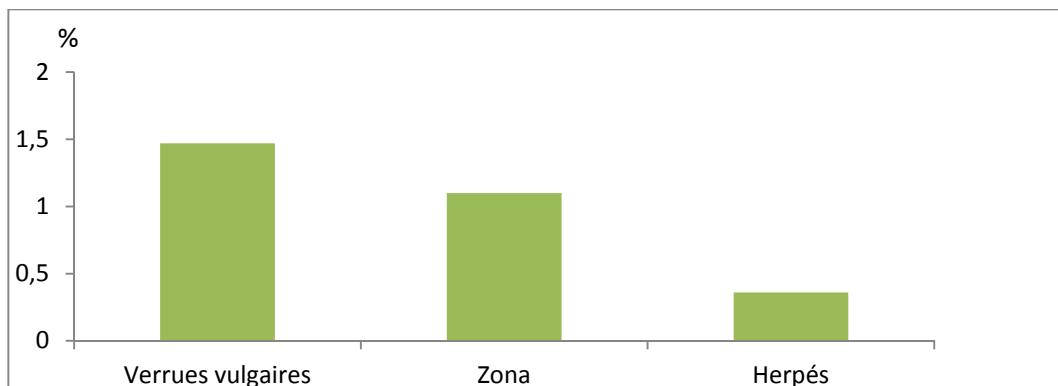


Fig.11: Représentation graphique de la pathologie virale.

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

d- Les infections parasitaires :

Au cours de cette caravane un seul cas de leishmaniose cutanée chez un patient avait été observé.

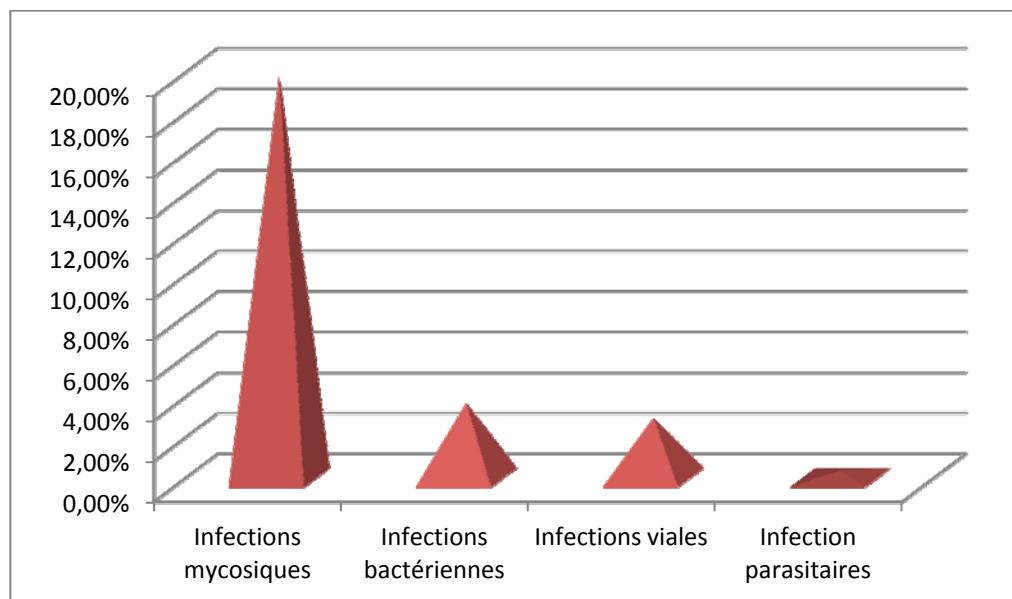


Fig. 12: Représentation graphique de la pathologie infectieuse.

2-2 Pathologie immuno-allergique :

Cette pathologie occupait le 2^{ième} rang en termes de fréquence des maladies rencontrées au cours de cette caravane médicale avec 55 cas. L'eczéma de contact a été diagnostiqué chez 24 patients (8,82%). Quant à la dermite chronique d'irritation, elle avait été notée chez 12 malades (4,41%), suivie par le prurit chronique chez 9 patients (3,30%), puis un seul cas respectivement de prurigo et de névrodermite (0,36%).

Les différentes pathologies immuno-allergiques rencontrées sont illustrées par le tableau XVIII et la figure 13.

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

Tableau XVIII : La pathologie immuno allergique

Pathologie	Nombre	Pourcentage
Eczéma de contact	24	8,82%
Dermite chronique d'irritation	12	4,41%
Prurit chronique	9	3,30%
Eczéma dysidrosique	8	2,94%
Névrodermite	1	0,36%
Prurigo	1	0,36%
Total	55	20,22%

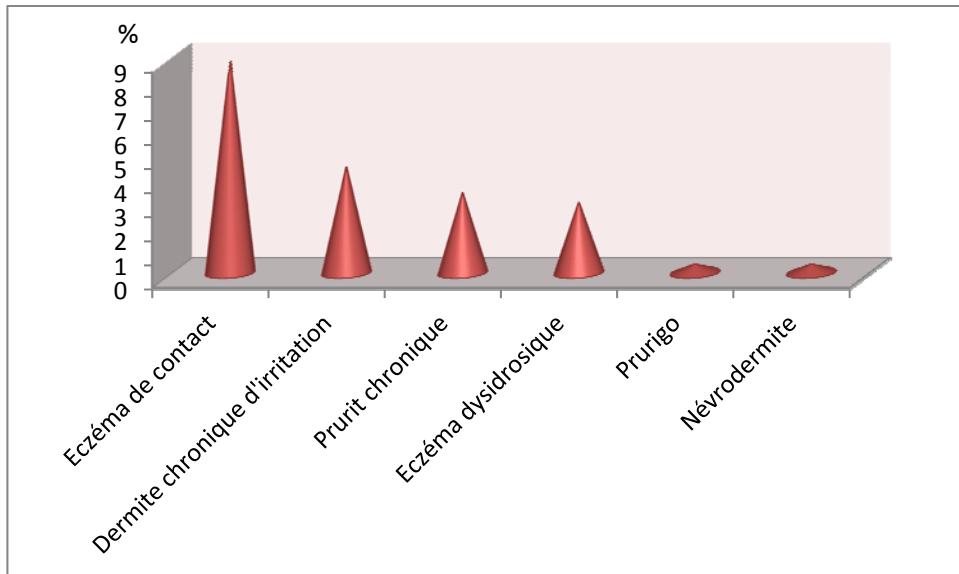


Fig.13 : Représentation graphique de la pathologie immuno-allergique.

2-3 Troubles de la différentiation épidermique :

Ils ont été observés dans 42 cas. Dans cette catégorie, la xérose cutanée était le motif de consultation le plus fréquent. Elle avait été observée dans 22 cas (8,09%), suivie par la kératose palmo-plantaire dans 14 cas (5,14%). 6 malades avaient un psoriasis, soit un pourcentage de 2,2%. Ces données sont résumées dans le tableau XIX et la figure 14.

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

Tableau XIX: Pathologie de la différentiation épidermique

Pathologie	Nombre	Pourcentage
Xérose cutanée	22	8,09%
Kératose palmo-plantaire	14	5,14%
Psoriasis	6	2,2%
Total	42	15,44%

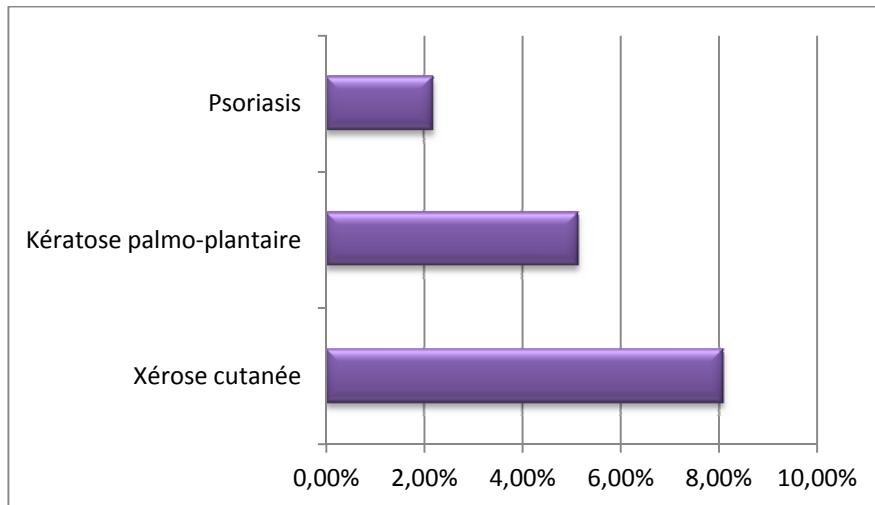


Fig.14: Représentation graphique de la pathologie de différentiation épidermique.

2-4 La pathologie annexielle

Parmi les 31 cas de la pathologie annexielle, 18 étaient des cas d'acné (6,61%), 4 concernaient une chute de cheveux, 4 étaient en rapport avec un ongle incarné, 3 avec un hirsutisme, un seul cas d'alopecie et un seul cas de pelade. La répartition de ces maladies figure sur le Tableau XX et la figure 15.

Tableau XX: Pathologie des annexes.

Pathologie	Nombre	Pourcentage
Acné	18	6,61%
Chute de cheveux	4	1,47%
ongle incarné	4	1,47%
Hirsutisme	3	1,10%
Alopecie	1	0,36%
Pelade	1	0,36%
Total	31	11,39%

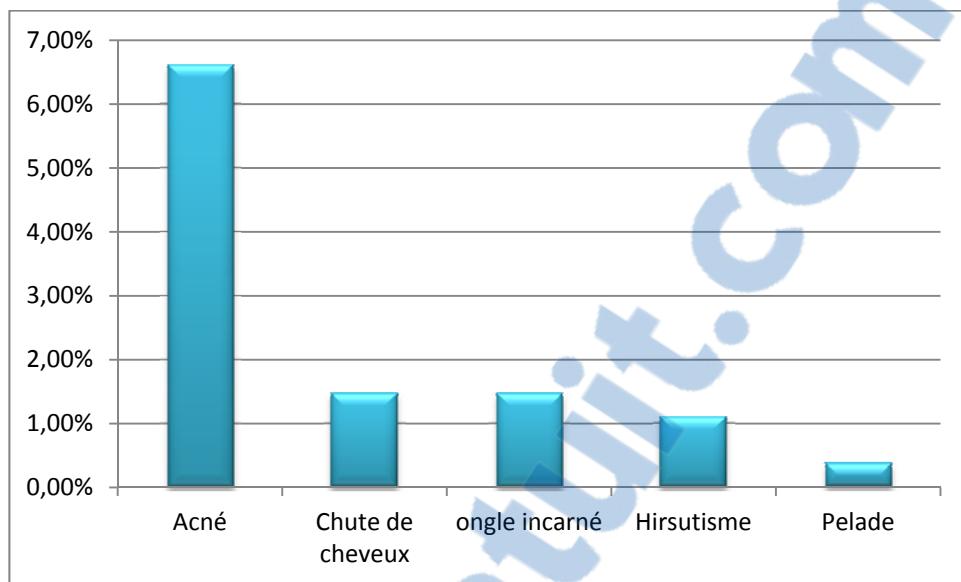


Fig.15: Pathologie des annexes.

2-5 Troubles de la pigmentation :

Les troubles de la pigmentation cutanée avaient occupé également le 4^{ème} rang en termes de fréquence avec 31 cas au même titre que la pathologie annexielle. Ainsi le diagnostic de mélasma/chloasma avait été posé chez 14 patientes (5,14%). 9 malades avaient une mélanose du visage (3,31%). 6 présentaient un vitiligo (2,2%). Ces résultats sont exposés dans le tableau XXI et la figure 16.

Tableau XXI: Répartition des troubles de pigmentation.

Pathologie	Nombre	Pourcentage
Mélasma/chloasma	14	5,14%
Mélanose du visage	9	3,31%
Vitiligo	6	2,2%
Dyschromie	2	0,73%
Total	31	11,39%

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

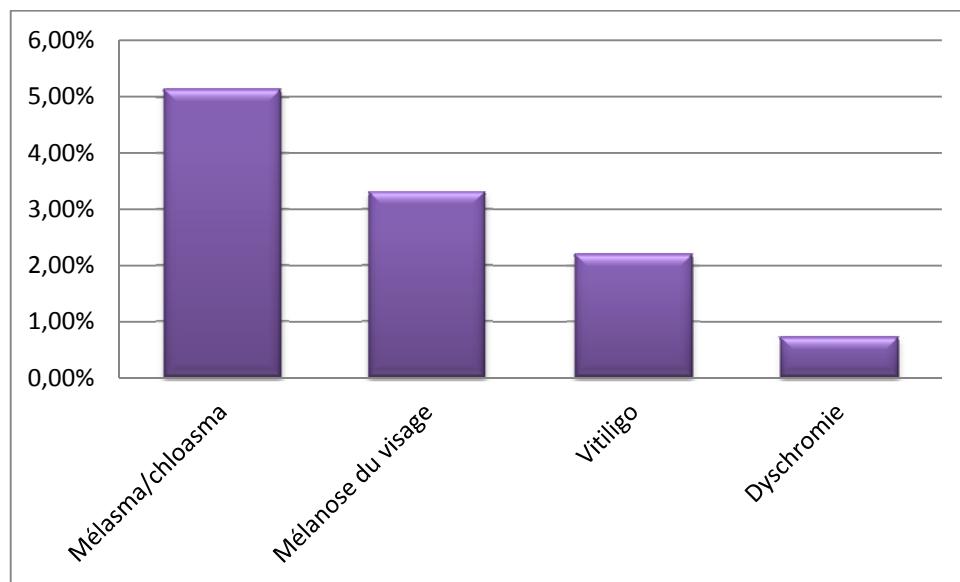


Fig.16: Représentation graphique des troubles de pigmentation.

2-6 La pathologie tumorale :

Les tumeurs avaient été suspectées dans 30 cas. Parmi les 19 cas de tumeurs bénignes (6,98%), 7 malades avaient un kyste épidermoïde (2,57%), 5 avaient un molluscum pendulum (1,83%), 4 avaient un lipome, 2 avaient un névrome (0,73%) et un seul patient avait une suspicion de maladie de kaposi (0,36%).

11 patients avaient des tumeurs suspectes de malignité (4,04%) dont 6 cas de carcinome basocellulaire (2,20%), 2 fortes suspicions de carcinome spinocellulaire (0,73%), 2 cas de suspicion d'un mélanome (0,73%) et enfin un cas d'extension vers la peau d'un carcinome mammaire négligé chez une femme (tableau XXII et la figure 17).

Tableau XXII : Pathologie tumorale.

Pathologie tumorale		Nombre	Pourcentage
Bénigne	kyste épidermoïde	7	2,57%
	Molluscum pendulum	5	1,83%
	Lipome	4	1,47%
	Névrome	2	0,73%
	Maladie de kaposi	1	0,36%
Maligne	Carcinome basocellulaire	6	2,20%
	Carcinome spinocellulaire	2	0,73%
	Suspicion d'un mélanome	2	0,73%
	Carcinome mammaire stade 4	1	0,36%
Total		30	11,02%

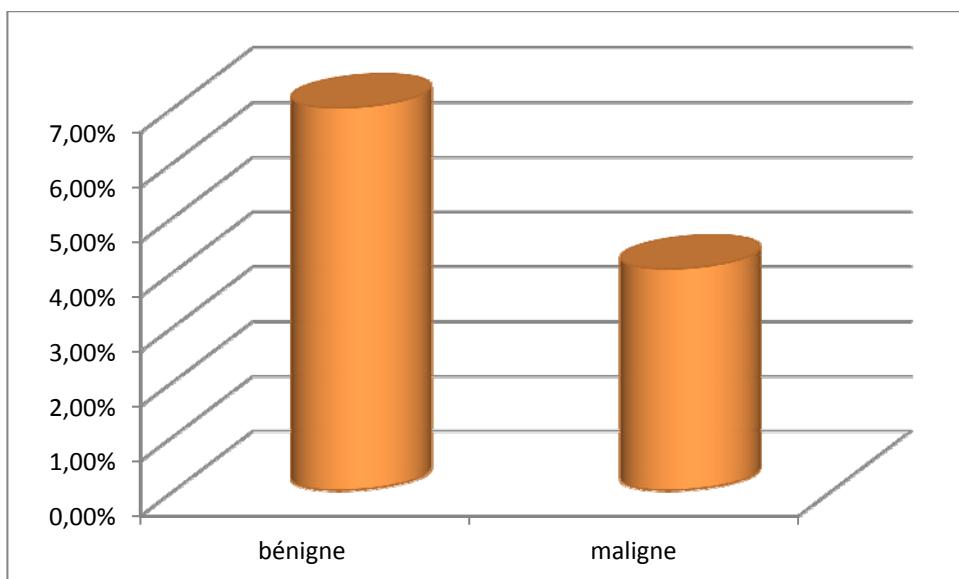


Fig.17: représentation graphique de la pathologie tumorale

2-7 La pathologie dysimmunitaire :

La pathologie dysimmunitaire venait au 7^{ème} rang avec 10 cas. L'urticaire était la pathologie la plus fréquente avec 7 cas, soit un pourcentage de 2,57%, suivie par le lupus avec 2 cas (0,73%) et un seul cas de syndrome de Raynaud (0,36%). (Tableau XXIII)

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

Tableau XXIII : La pathologie dysimmunitaire

Pathologie	Nombre	Pourcentage
Urticaire	7	2,57%
Lupus	2	0,73%
Raynaud	1	0,36%
Total	10	3,66%

2-8 Pathologie diverse :

Tableau XXIV : Pathologie diverse.

Pathologie	Nombre	Pourcentage
Rosacée	4	1,42%
Chéloïdes	3	1,11%
Ulcère de jambe	3	1,11%
Cicatrice de Brûlures	2	0,73%
Xéroderma pigmentosum	2	0,73%
Photosensibilité	2	0,73%
Plaies	2	0,73%
Erythème noueux	2	0,73%
Chéilité	2	0,73%
Neurofibromatose	1	0,36%
Total	23	8,45%

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

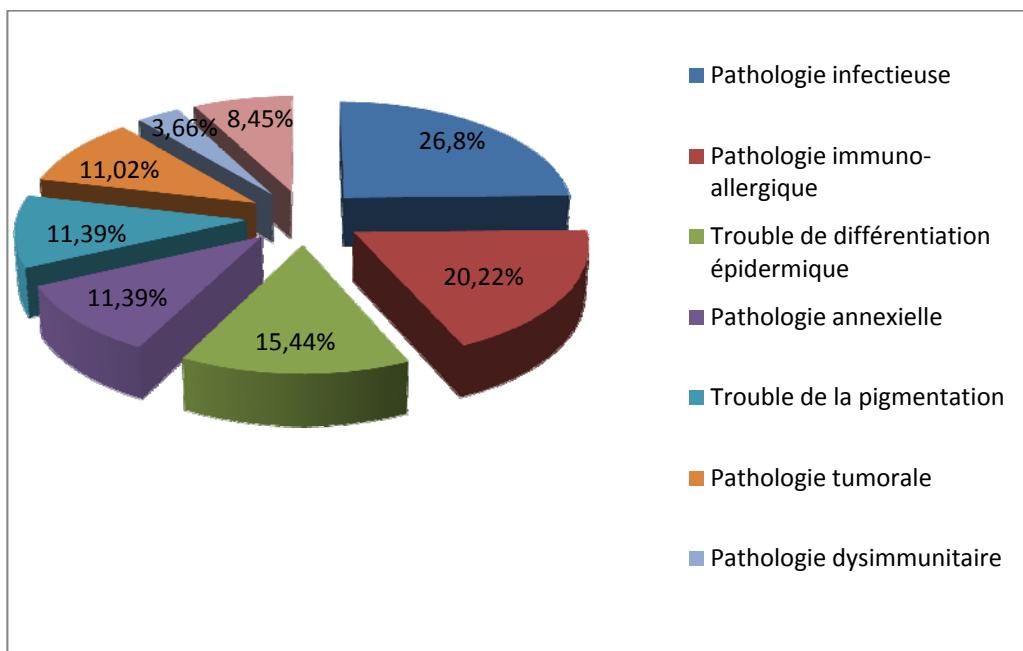


Fig.18: Récapitulation des différentes dermatoses diagnostiquées chez l'adulte.

3. La pathologie dermatologique de l'enfant:

Les enfants étaient âgés, conformément aux critères de l'OMS, de la naissance à 15ans.

3-1 La pathologie infectieuse :

Comme chez l'adulte, les infections cutanées venaient au 1^{er} rang avec un pourcentage de 35,22% de toute la pathologie dermatologique recensée chez l'enfant. L'impétigo était le motif de consultation le plus fréquent. Il avait été observé dans 6 cas, ce qui représente un pourcentage de 6,81%, suivi par le molluscum contagiosum dans 5 cas (5,68%).

Les différentes infections diagnostiquées chez l'enfant sont résumées dans le tableau XXV.

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

Tableau XXV: La pathologie infectieuse chez l'enfant.

Pathologie	Nombre	Pourcentage
Impétigo	6	
Molluscum contagiosum	5	
Verrues vulgaires	4	
Dermatophyties	4	
Pityriasis versicolor	4	
Varicelle	3	
Gale	2	
Herpès	1	
Dermite séborrhéique	1	
Abcès de jambe post traumatique	1	
Total	31	35,22%

3-2 La pathologie immuno-allergique:

La pathologie immuno-allergique était diversifiée dans notre campagne, représentée essentiellement par la dermatite atopique (8,80%) et les dartres par (7,95%). Ces résultats sont exposés dans le tableau XXVI.

Tableau XXVI : La pathologie immuno-allergique chez l'enfant.

Pathologie	Nombre	Pourcentage
Dermatite atopique	10	
Dartres	7	
Prurigo	5	
Eczéma de contact	3	
Prurit	1	
Total	26	29,5%

3-3 La pathologie annexielle :

14 malades avaient une acné juvénile, soit un pourcentage de 15,90% (tableau XXVII).

Tableau XXVII: La pathologie annexielle.

Pathologie	Nombre	Pourcentage
Acné juvénile	14	
Ongle incarné	1	
Pelade	1	
Total	16	18,18%

3-4 La pathologie de la différenciation épidermique :

La xérose cutanée, la kératose palmo-plantaire et la kératose pilaire étaient les seuls troubles de différenciation épidermique recensés chez l'enfant avec un pourcentage de 3,40% pour chacune (3 cas).

Tableau XXVIII: Les troubles de la différenciation épidermique.

Type de la pathologie	Nombre	Pourcentage
Xérose cutanée	3	
Kératose palmo-plantaire	3	10,22%
Kératose pilaire	3	
Total	9	10,22%

3-5 La pathologie dysimmunitaire :

Représentée par l'urticaire, elle a été enregistrée chez 6 enfants (tableau XXIX).

Tableau XXIX: La pathologie dysimmunitaire chez l'enfant.

Pathologie	Nombre	Pourcentage
urticaire	6	6,8%

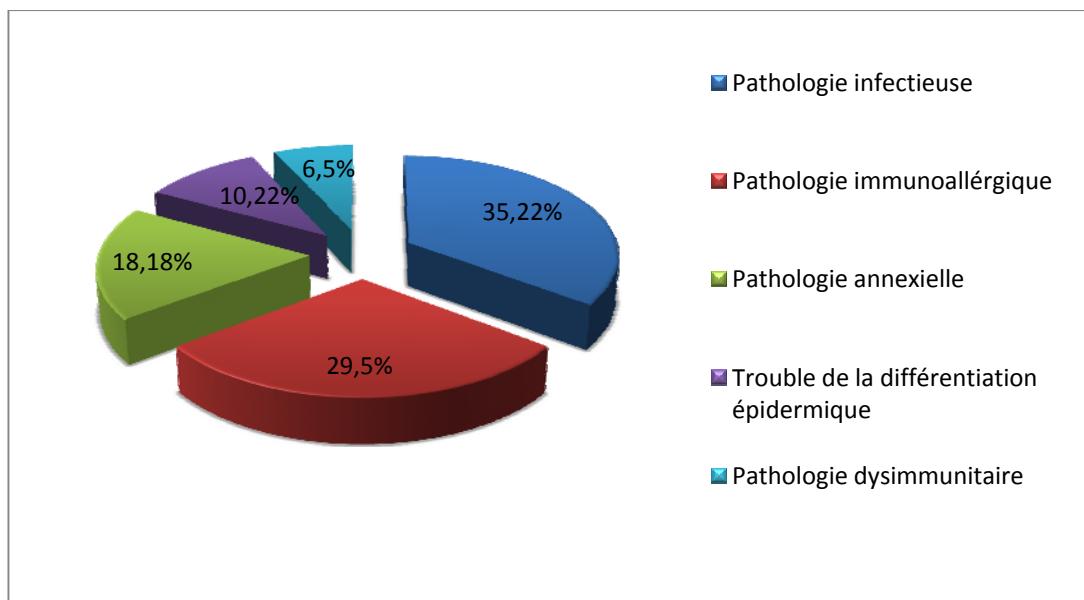


Fig.19 : Répartition des différentes dermatoses chez l'enfant.

III. DISCUSSION :

1. La répartition des malades:

Nous avons colligé 360 patients au cours de cette action civilo-militaire médicale. L'âge moyen de nos malades était de 31 ans avec une nette prédominance féminine (62%). Ce constat peut être expliqué par la disponibilité des femmes dont la plupart sont des femmes au foyer par rapport aux hommes et par l'intérêt qu'elles portent à leur santé et à leur apparence contrairement aux hommes marocains.

Pour mieux analyser nos résultats, nous allons les comparer à d'autres études. Au Maroc deux séries similaires ont été réalisées, la première à Er-Rachidia et la deuxième à Tan Tan. Au plan continental, plusieurs séries Maghrébines et Africaines sont disponibles. Au plan international, il existe à notre connaissance une seule série asiatique représentée par une étude réalisée dans la République Démocratique Populaire (RDP) Laos. Ces séries sont représentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau XXX : Comparaison entre l'âge et le sexe pour les différentes séries
[2, 17-19].

Région	Nombre total des malades	Sexe féminin	Sexe masculin	Age moyen (ans)	Année d'étude
Er-Rachidia	1005	647 (64%)	358 (36%)	32	2001
Tan Tan	657	379 (58%)	278 (42%)	31	2006
République Démocratique Populaire (RDP) Laos	421	204 (48%)	217 (52%)	31	2007
Brazzaville	1217	605 (50%)	612 (50%)	-	2008
Notre série	360	222 (62)	138 (38%)	31	2009

Nos résultats rejoignent ceux d'Er-Rachidia et de Tan Tan en termes de la prédominance féminine tandis que dans les deux séries de RDP Laos et de Brazzaville, le nombre de femmes et des hommes est équitable. Ce qui pourrait témoigner dans le dernier cas de l'indisponibilité de l'homme marocain par rapport à l'homme subsaharien et asiatique.

2. Répartition des maladies dermatologiques :

Les affections cutanées constituent un problème majeur de santé publique dans les pays en développement, notamment au Maghreb. En effet, le Maroc, sous les effets conjugués de l'environnement, des conditions de vie et des influences culturelles, est au carrefour de toutes les pathologies.

Notre étude est originale car elle a distingué la pathologie dermatologique infantile de celle de l'adulte. Elle montre de surcroît, que la pathologie dermatologique est importante, tant quantitativement (7% de toutes les spécialités), que qualitativement par la diversité des pathologies prises en charge en santé publique. Cette fréquence rejoigne celle trouvée dans la caravane multidisciplinaire d'Er-rachidia où la pathologie dermatologique occupait la troisième position après l'ophtalmologie et la gynécologie [20].

2-1 Les dermatoses infectieuses :

Les infections cutanées sont fréquentes. Elles occupent une place de choix dans les consultations dermatologiques dans les pays en développement comme le Maroc et englobent des infections bactériennes, parasitaires, mycosiques et virales.

Au cours de cette caravane, la pathologie infectieuse occupait le premier rang avec un pourcentage de 26,8% chez l'adulte (73 cas) et 35,22% chez l'enfant (31 cas) avec une fréquence relativement élevée des dermatophyties dans le premier cas (11,76%) et de l'impétigo dans le second cas (6,8%). Ceci concorde avec les résultats de la caravane de Tan Tan et d'une étude portant sur 28244 malades faite en Tunisie dans le but de déterminer le spectre des maladies dermatologiques dans ce pays. Il ressort de cette grande série que les infections cutanées étaient le chef de file parmi toutes les dermatoses constatées avec un pourcentage de 16.38% et qui étaient dominées par les mycoses [21]. Dans l'étude menée au Congo Brazzaville, la pathologie infectieuse représentait le motif le plus fréquent de consultation avec 41% de l'ensemble de la pathologie rencontrée avec une prévalence élevée des mycoses superficielles [18]. Une autre étude réalisée au Burkina Faso afin de décrire les principales caractéristiques des dermatoses infectieuses de l'enfant en consultation de Dermatologie du CHU de Ouagadougou a montré que l'impétigo est la plus fréquente infection bactérienne chez l'enfant [22].

A contrario, lors de la caravane médicale d'Er-Rachidia, le taux des dermatoses infectieuses a atteint 20.3% avec une prédominance des infections mycosiques surtout le pityriasis versicolor et les teignes, mais occupait la seconde position après la pathologie immuno-allergique. Dans l'étude Algérienne, réalisée au service de Dermatologie du C.H.U de Tlemcen et qui a intéressé 144157 patients consultants, la pathologie infectieuse venait également au second rang mais après les troubles de différentiation épidermiques avec un taux de 21,5% [23].

Cette fréquence élevée des dermatoses infectieuses peut être expliquée par une hygiène défective, la promiscuité, la pauvreté et l'insuffisance de soins médicaux. L'amélioration du

niveau de vie et la généralisation de la couverture médicale peuvent permettre d'en réduire la prévalence.

Les dermatophyties sont des mycoses superficielles provoquées par les dermatophytes siégeant sur la peau et les phanères. Leurs présentations cliniques sont diverses : les onychomycoses (en particulier des pieds), les épidermophyties et les teignes. Elles sont fréquentes et constituent un problème de santé publique. Leur prévalence est estimée à 8% [24–27]. Dans la province de Taroudant, les dermatophyties représentaient la pathologie mycologique la plus rencontrée avec un pourcentage de 15,8%. Cette fréquence élevée avait été également relevée lors de la caravane médicale de Tan Tan avec un taux de 18,28% [5]. Ceci concorde avec les données épidémiologiques de l'Afrique Subsaharien [18].

**Tableau XXXI : Comparaison entre le pourcentage des dermatoses infectieuses
à Tan Tan et à Taroudant.**

Pathologie	Taroudant	Tan Tan
Dermatoses mycologiques	19,76%	21 %
Dermatoses bactériennes	3,67%	2,4%
Dermatoses virales	2,93%	0,4%
Dermatoses parasitaires	0,36%	3,04%

La gale est une dermatose courante d'origine parasitaire. 2 cas seulement de gale chez l'enfant ont été notés à Taroudant contre 20 cas recensés à Tan-Tan dont 4 cas chez l'enfant (3.03%) et 16 cas chez l'adulte (3.04%). 10 cas (3.41%) ont été rapportés à Brazzaville. Ce taux reste proche des données des pays d'Asie puisqu'il atteint 21cas (7%) dans la RDP Laos [5, 18–19].

La leishmaniose cutanée constitue toujours un problème de santé publique au Maroc comme dans d'autres pays du Moyen Orient et d'Afrique du Nord, comme en témoignent les 1316 cas enregistrés à Ouarzazate au cours d'une période comprise entre 2002 et 2009. Un seul cas de leishmaniose cutanée a été diagnostiqué au cours de cette caravane chez un adulte. A Tan-Tan 03 cas infantiles ont été enregistrés et 9 cas avaient été retrouvés à Er-Rachidia [5, 17, 28].

Au Maroc, on distingue 2 types de leishmaniose cutanée:

- ❖ La leishmaniose cutanée à *Leishmania tropica* qui semble se localiser dans la partie centrale du pays, particulièrement sur le versant Ouest de l'Atlas, depuis la province de Taza jusqu'à Essaouira sur la côte atlantique. Elle suit la même évolution sporadique que la leishmaniose viscérale, avec des poussées épidémiques au niveau de quelques agglomérations.
- ❖ La leishmaniose cutanée à *Leishmania major*, dont la situation épidémiologique est marquée par une évolution endémo-épidémique dans les zones arides au Sud des montagnes de l'Atlas, allant de la province de Jrada à l'Est à la province de Tata à l'Ouest [28-30].

Bien que le type de La leishmaniose cutanée ne puisse être précisé avec certitude au cours de cette étude, nous pensons réellement qu'il s'agisse d'un cas de leishmaniose cutanée à *Leishmania major* en raison de la prévalence de celle-ci dans cette région.

2-2 La pathologie immuno-allergique :

La pathologie immuno-allergique occupait la seconde position avec 29,5% chez l'enfant et 20,22% chez l'adulte, ce qui témoigne de son importance et de sa fréquence. Elle est représentée essentiellement chez l'adulte par l'eczéma de contact (8,82%) et la dermite chronique d'irritation (4, 41%). L'eczéma constitutionnel et l'eczéma de contact représentent les deux étiologies les plus rencontrées chez l'enfant avec un pourcentage de 11,36% pour chacune. Ce taux est proche de celui de l'Egypte (21.29%), de l'Arabie Saoudite (19.5%). En revanche il est moins fréquent dans la RDP Laos (14.25%) [19, 31-32].

En effet, nos résultats se rapprochent de ceux trouvés à Tan Tan: 21% chez l'adulte et 33% chez l'enfant avec une prédominance des mêmes étiologies. A Er-Rachidia, le pourcentage est estimé à 24,21% sans précision de l'âge [5, 17].

Nos résultats concordent avec ceux de la littérature. En effet nous avons observé 8,82% d'eczéma à Taroudant versus 6% à Tan Tan, 8.5% à Er-Rachidia, 9.2% en Tunisie et 7.9% en

France selon une étude menée en 2002 sur un échantillon représentatif de la population française générale [5, 17, 21, 33].

La dermatite atopique dépend de plusieurs facteurs héréditaires et environnementaux. Sa prévalence varie en fonction du site géographique, des conditions climatiques, du niveau socio-économique et de la pollution. C'est une véritable maladie de la civilisation liée à une hygiène rigoureuse et à l'usage inconsidéré de produits de dermocosmétologie.

Dans la présente étude, 10 cas de dermatite atopique ont été recensés (11,36%) contre 14 cas à Tan-Tan (10.6%). Ce taux avait atteint 5.9% au cours de la caravane d'Er-Rachidia, 8,06% à Tifrit en Iraq, alors qu'en Tunisie la prévalence annuelle de la dermatite atopique est estimée à 0.43% contre un pourcentage de 21.21% en France. Ce taux reste faible chez les enfants d'Afrique Noire puisqu'il atteint 2.6% à Dar-Salam en Tanzanie [5, 17, 19, 33-36].

Le prurit chronique est également un motif fréquent de consultation. Il occupait une place importante dans notre étude avec un pourcentage de 3,7% soit 10 cas. L'étude de Tan Tan a recensé 31 cas soit 6%. Le prurit chronique, sans lésion dermatologique apparente nécessite une hospitalisation et une prise en charge spécifique avec un bilan paraclinique exhaustif, ce qui explique sa fréquence dans le bilan d'hospitalisation du Service de Dermatologie-vénérologie du CHU Ibn Sina de Rabat [5, 37, 38].

2-3 Les troubles de la différenciation épidermique :

Dans cette catégorie, la xérose cutanée était le motif de consultation le plus fréquent avec un pourcentage de 8,09% (22 cas) chez l'adulte et 3 cas infantiles, suivie par la kératose palmo-plantaire par 14 cas (5,14%) chez l'adulte et 3 cas chez l'enfant, alors que 6 malades adultes avaient un psoriasis soit 2,2%.

Si on compare nos résultats trouvés chez l'adulte avec ceux de la campagne sanitaire de Tan Tan, on trouve que la xérose cutanée était aussi le chef de file dans cette région avec 24 cas (5%). Ce qui témoigne de l'importance de cette pathologie dans ces régions, vraisemblablement en rapport avec le fort ensoleillement et l'importance des vents forts (Chergui). Le psoriasis

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

venait en 2^{ème} position avec 16 cas (3%) et la kératose palmo-plantaire avec 7 cas (1%). la figure 22 montre cette comparaison.

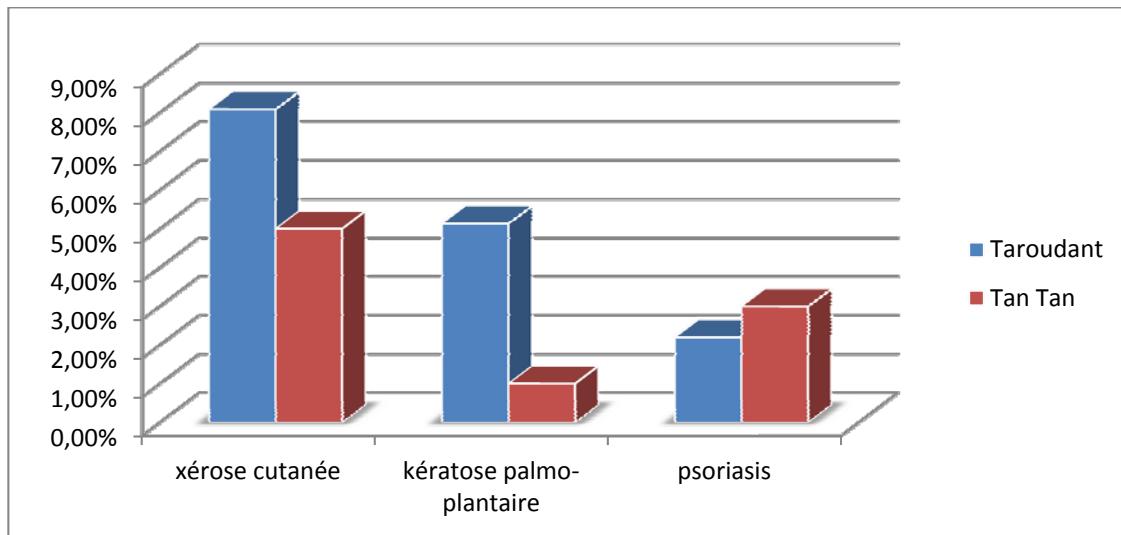


Fig.20 : Comparaison entre les troubles de différenciation épidermique chez l'adulte à Taroudant et à Tan Tan.

Au Maroc la prévalence réelle du psoriasis reste encore mal définie par manque d'études à l'échelle nationale. 100 cas avaient été recensés à Er-Rachidia tout âge confondu. Une étude rétrospective s'étalant sur 4 ans de janvier 2002 à mai 2007, réalisée au sein du Service de Dermatologie du CHU Hassan II de Fès, a colligée 160 cas, tout âge et forme confondus. L'âge moyen était de 26 ans avec des extrêmes de 2 et 76 ans. Le sexe ratio H/F était de 0,9 [17,39].

Le psoriasis est une dermatose mondiale. Il atteint entre 2 à 3% de la population générale. Mais cette fréquence varie en fonction des régions. C'est ainsi que ce pourcentage est de 5–6% au Danemark, 4% en Allemagne, 2–3% aux USA, au Canada et en Russie, mais n'atteint que 0,37% de la population en Chine. La prévalence de cette dermatose est estimée en France à 3,58% et représente 8% des motifs de consultation en dermatologie dans ce pays [39–44]. En Tunisie, ce taux est de 3,40% et reste très proche de celui de l'Egypte (2,47%) [19,31].

2-4 La pathologie annexielle :

La présente étude montre que 11,39% des adultes ont une pathologie annexielle dont 6,61% ont une acné (18 patients) et 4 malades avaient une chute de cheveux soit 1,47%. Chez l'enfant cette pathologie représente 18,18% (15 enfants) avec 14 cas d'acné juvénile (15,9%).

Nos résultats rejoignent celles de la caravane de Tan Tan chez l'adulte et objectivent un pourcentage plus élevé chez l'enfant [2]. Ceci est illustré par la figure 23. A Er-Rachidia le pourcentage a atteint 13,3% toute population confondue [17].

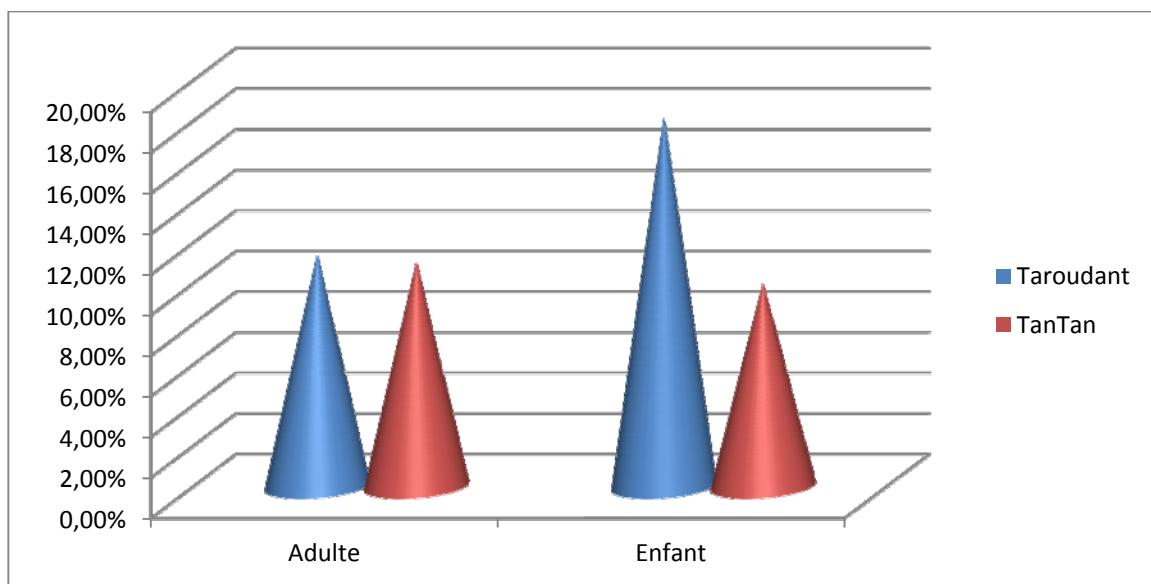


Fig.21: Comparaison des résultats de la pathologie annexielle entre Taroudant et Tan Tan.

L'acné constitue un motif de consultation très fréquent en dermatologie. Il s'agit d'une pathologie bénigne mais affichante et peut altérer considérablement la qualité de vie du patient. Sa prévalence selon une étude américaine est estimée à 85% des adolescents et adultes jeunes. L'acné de l'adulte (homme et femme) est en augmentation et elle est évaluée à 40 % des adultes en France. Par ailleurs des données épidémiologiques récentes révèlent que cette prévalence est trouvée également en Inde, New Zélande et dans l'Union Européenne [45-49].

En Tunisie, l'acné occupait la 2^{ième} place après les dermatoses infectieuses avec un pourcentage de 6.9%. Mais ce pourcentage n'est que de 3% dans la RDP Laos. Ceci n'est pas dû à

la rareté de l'acné dans la RDP Laos, mais plutôt au recours des patients aux traitements alternatifs avant de consulter un dermatologue [19,21].

2-5 Les troubles de la pigmentation :

Les troubles de la pigmentation cutanée occupaient la 4^{ème} place aussi bien au cours de notre caravane que celle de Tan Tan [5]. Ces troubles de la pigmentation tels que le melasma, le chloasma et la mélanose de friction sont des hypermélanoses acquises généralement symétriques des zones photo-exposées de la face et parfois du cou. L'altération de la qualité de vie due au préjudice esthétique de ces troubles a amené 23 patientes à consulter au cours de notre caravane ce qui représente un pourcentage de 8,45%.

La physiopathologie du mélasma demeure inconnue. Outre l'exposition solaire on incrimine des co-facteurs hormonaux, génétiques, voire vasculaires. De même que l'application intempestive de cosmétiques et de produits topiques et l'usage du gant rêche et du gommage sont également incriminés.

Au Maroc une enquête faite sur les 55 femmes consultantes à la caravane de Tan Tan a constaté les données suivantes: 35% des patientes déclaraient fréquenter le bain maure 2 fois par semaine, 56% une fois par semaine et 9% tous les 15 jours. Toutes les femmes utilisaient le gant rêche pour le frottement du visage et du cou et 57% d'entre elles utilisaient également la lanière pour le frottement du dos et des membres. La durée du bain maure associée au nombre de séances de frottement et à la texture du gant explique le caractère abrasif de ce bain, et que viendra aggraver l'intense ensoleillement des régions du Sud Marocain [50-51].

La prise en charge thérapeutique des hyperpigmentations, doit passer tout d'abord par la sensibilisation du public par des campagnes de lutte contre l'utilisation intempestive du gant rêche lors du bain, la réduction du temps passé au bain maure et enfin une bonne photoprotection externe.

2-6 La pathologie tumorale :

Au cours de cette caravane la pathologie tumorale avait été constatée dans 30 cas, dont 19 revêtaient un caractère bénin et 11 avaient une allure maligne. Les tumeurs bénignes sont représentées essentiellement par les kystes épidermoides (2,57%) et le molluscum pendulum (1,83%). Les carcinomes basocellulaire ont présenté la majorité des tumeurs malignes dans notre étude avec un pourcentage de 2,2%, suivi par les carcinomes spinocellulaires et les mélanomes (0,73% pour chacun).

En comparant ces résultats avec ceux de la caravane de Tan Tan et d'Er-Rachidia, on constate que la pathologie tumorale était également un motif fréquent de consultation avec 36 cas dont 31 bénins et 5 malins pour la première et 26 cas dont 17 bénins et 9 cas malins (8 carcinomes basocellulaires et 1 mélanome plantaire) pour la deuxième [5,17].

Une étude rétrospective menée sur une période de cinq ans de janvier 2003 à janvier 2008 concernant tous les patients hospitalisés au Service de Dermatologie de l'Hôpital Ibn Sina de Rabat a montré que les carcinomes basocellulaires sont fréquents et ils sont souvent pris en charge en ambulatoire, contrairement aux lymphomes cutanés, aux mélanomes et aux carcinomes spinocellulaires qui nécessitent une hospitalisation pour établir un bilan d'extension et une prise en charge adaptée parfois multidisciplinaire [37]. Des campagnes d'information et de dépistage des sujets à risque s'avèrent ainsi nécessaires. D'où l'intérêt des caravanes médicales et des journées de sensibilisation de la population générale sur les méfaits du soleil et les moyens de photoprotection vestimentaire et chimique.

Une autre étude rétrospective descriptive analytique, de tous les cas de cancers confirmés histologiquement au sein du Service d'Anatomie Pathologique du CHU Hassan II de Fès, effectuée sur une période de 6 ans s'étalant du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2010, a montré que les cancers cutanés occupent le deuxième rang et représentent 17,66% des cas avec une nette prédominance des cancers cutanés primitifs [52].

En Tunisie, une étude faite au niveau de l'Hôpital Charles Nicolle a montré également une prédominance des carcinomes basocellulaires (57,8%). Vient ensuite le carcinome épidermoïde

(15,1%) puis la maladie de Kaposi (12,4%) [53]. Une autre étude des dermatoses du sujet âgé de plus de 65 ans a montré que les tumeurs représentaient le deuxième motif de consultation chez cette tranche d'âge. Les tumeurs bénignes étaient présentes dans 63.1% et étaient dominées par les kystes et le molluscum pendulum. Les tumeurs malignes étaient représentées surtout par les carcinomes basocellulaires (64.4%), suivis par les carcinomes épidermoïdes (22%). Deux cas de mélanome étaient notés de localisation plantaire. Cette forme surtout décrite au Maghreb et en Afrique Sub-saharienne avait été rattachée jadis à la marche pieds nus avant d'être considérée actuellement comme une spécificité de ces contrées. Son caractère achromique inaperçu peut entraîner un retard diagnostique et thérapeutique [17,54].

2-7 La pathologie dysimmunitaire :

Elle avait été constatée dans 3,66% chez l'adulte et 6,8% chez l'enfant, dominée par l'urticaire (7 cas chez l'adulte et 6 cas chez l'enfant), suivie par le lupus avec 2 cas chez l'adulte. A Tan Tan la pathologie dysimmunitaire avait représenté un pourcentage de 9% chez l'adulte et 8% chez l'enfant, dominée par l'urticaire (27 cas) tout âge confondu, suivie par le lichen plan avec un total de 24 cas. Ces chiffres ont atteint respectivement 9 cas et 13 cas au cours de la caravane d'Er-Rachidia [5,17].

Les maladies de systèmes étaient rares à Taroudant avec seulement 3 cas contre 5 cas à Tan Tan, alors qu'à Er-Rachidia 14 cas avaient été diagnostiqués. Une étude évaluant l'activité hospitalière au CHU Ibn Sina de Rabat menée sur une période de cinq ans, de janvier 2003 à janvier 2008 concernant tous les patients hospitalisés au Service de Dermatologie a révélé que les maladies de systèmes représentaient la première pathologie cutanée pour laquelle les malades étaient hospitalisés (19,42 %). La rareté des maladies de système lors des caravanes médicales peut être justifiée par la difficulté diagnostique, la chronicité des pathologies et par la multitude des bilans nécessaires. Les maladies de système sont dominées par le lupus dans 33,92% qui est une maladie systémique polymorphe, avec des manifestations cutanées fréquentes et pouvant être rebelles et révélatrices de la maladie. De nombreux facteurs

génétiques, endocriniens, immunologiques et environnementaux contribuent au déclenchement puis à l'entretien de la maladie. Dans notre série on a constaté 2 cas contre un seul cas à Tan Tan et dix cas de lupus à Er-Rachidia [5, 17, 37].

2-8 Les dermatoses liées à l'environnement :

La région de Taroudant est une région ensoleillée, ce qui explique la fréquence des pathologies induites ou aggravées par les UV telle que la rosacée, le mélasma, les tumeurs cutanées, d'où l'intérêt de la sensibilisation de la population pour se protéger contre le soleil.

La pluparts des gens de la province sont des travailleurs manuels dans l'agriculture, l'élevage ou l'industrie, ce qui peut expliquer la forte incidence des dermatoses professionnelles telles que l'eczéma de contact et la dermite chronique irritative.

Les professions les plus touchées sont dans l'ordre : les professions où l'on utilise des produits de nettoyage ce qui peut expliquer les kératoses palmo–plantaires chez les femmes, le bâtiment et les travaux publics, la coiffure, les métiers où l'on assure des soins, les professions de la mise en œuvre des matières plastiques, puis diverses professions comme la mécanique, la métallurgie, l'imprimerie et enfin toutes les professions amenant au contact de produits animaux ou végétaux [55].

Quelques pathologies diagnostiquées à Tan-Tan



Acné nodulo-kystique chez une fille de 21 ans.

[iconographie Prêtée par Pr Boui]



Hirsutisme sévère chez une fille de 23 ans.

[iconographie Prêtée par Pr Boui]



Carcinome basocellulaire de la pointe du nez chez une femme de 53 ans.

[iconographie Prêtée par Pr Boui]



Adénocarcinome du sein gauche négligé chez une femme de 55 ans.

[iconographie Prêtée par Pr Boui]



Xéroderma pigmentosum avec de multiples néoplasies du visage chez une fille de 23 ans.

[iconographie Prêtée par Pr Boui]



Zona frontal gauche chez une fille de 20 ans au stade cicatriel.

[iconographie Prêtée par Pr Boui]



Vraisemblable mélanome du bord latéral externe de l'œil gauche chez un homme de 64 ans.

[iconographie Prêtée par Pr Boui]



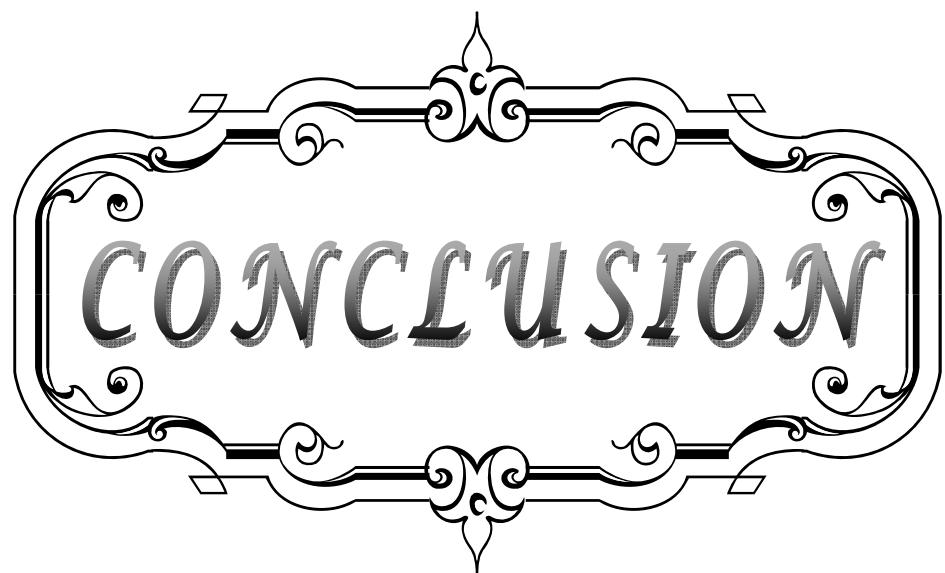
Carcinome spinocellulaire du pavillon de l'oreille gauche connu et traité au CHU de Casablanca chez un homme de 61ans. Notion d'une rupture de contrôle et de suivi depuis 3 ans en raison de l'éloignement. La coloration verdâtre du placard de l'hémiface gauche est dû à l'application d'un traitement traditionnel.

[iconographie Prêtée par Pr Boui]

**Profil épidémiо-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**



Cancer du cavum connu et traité également au CHU de Casablanca avec rupture de suivi et extension ou métastase au niveau de la lèvre inférieure. On note la présence d'un carcinome basocellulaire intersourcilière. [iconographie Prétée par Pr Boui]



CONCLUSION

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

Cette campagne médicale organisée par les Forces Armées Royales, en partenariat avec le ministère de la santé et les autorités locales qui ont contribué amplement à la réussite de cette manifestation socio-humanitaire, a permis de venir en aide à une population nécessiteuse et parfois même habitant des régions éloignées ne disposant pas d'infrastructure médicale adéquate. De surcroît et à l'instar de toutes les campagnes médicales, elle nous a permis de mieux étudier le profil épidémio-clinique des affections dermatologiques de la région de Taroudant. L'une des applications directes de cette étude est le fait de guider et de mieux cibler les actions et les programmes sanitaires instaurés par le ministère de santé. Néanmoins d'autres études et d'autres campagnes doivent être menées dans d'autres régions du royaume pour savoir si on peut extrapoler ces données à l'échelle nationale.

A decorative title banner featuring a central rectangular frame with rounded corners and a double-line border. The word "RESUMES" is written in a bold, serif font, centered within the frame. The banner is adorned with intricate black scrollwork: a horizontal band above the top line and another below the bottom line, each featuring a central fleuron and flanking scrollwork. The entire design is rendered in black ink on a white background.

Résumé

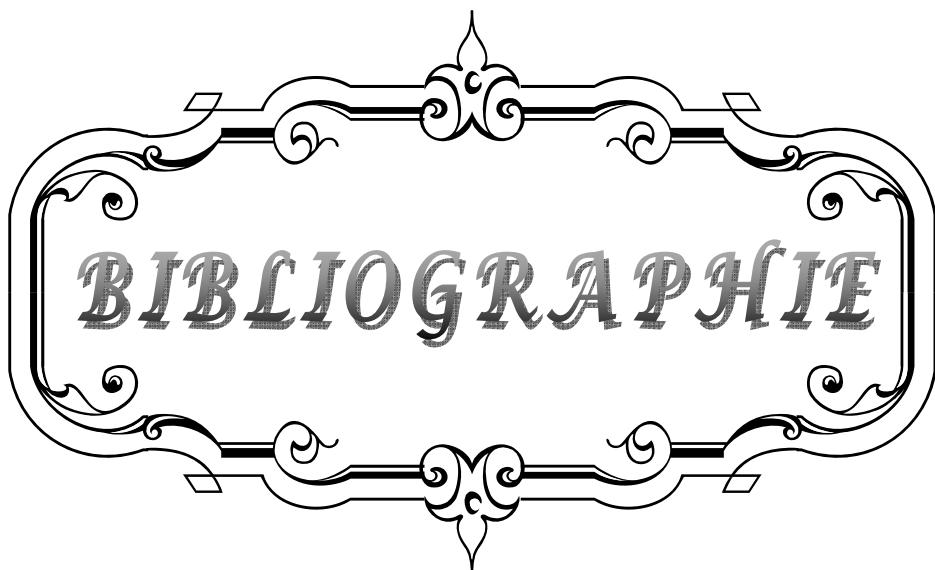
Dans le cadre des actions civilo-militaires des Forces Armées Royales et de la collaboration américano-marocaine, celles-ci ont organisé une campagne médicale incluant la plupart des spécialités médico-chirurgicales au profit de la population de la province de Taroudant, du 8 au 12 Mai 2009. L'ensemble des prestations était gratuit. Nous rapportons ici les résultats relatifs à notre spécialité, à savoir les différentes pathologies dermatologiques recensées. 360 patients avaient été examinés pour la plupart des adultes (272 personnes), majoritairement de sexe féminin (62% des cas). Les principales dermatoses chez l'adulte étaient comme suit : la pathologie infectieuse venait en tête avec 26,8%, suivie par la pathologie immuno-allergique dans 20,22%, les troubles de la différentiation épidermique dans 15,44%, la pathologie annexielle dans 11,39%, les troubles de la pigmentation cutanée dans 11,39 %, la pathologie tumorale cutanée dans 11,02 % et la pathologie dysimmunitaire dans 3,66% des cas. Le reste de la pathologie dermatologique était observé dans 8,45% des cas. Chez l'enfant, la pathologie infectieuse occupait le premier rang avec 35,22% suivie de la pathologie immuno-allergique dans 29,5%, de la pathologie annexielle dans 18,18%, les troubles de la différenciation épidermique dans 10,22% et enfin les dermatoses dysimmunitaires dans 6,8% des cas. Les campagnes médicales participent à la détection et la prise en charge des pathologies chez les patients éloignés des centres d'infrastructures médicales, spécialement dans les zones enclavées. Néanmoins la réussite de cette mission humanitaire noble nécessite une collaboration intersectorielle pour une mise en disposition de moyens humains et matériels nécessaires.

Abstract

In the framework of civil and military actions cooperation americano-moroccan, Royal Armed Forces have organized a medical company with free medical services for the benefit of the population of the province of Taroudant from 8 to 12 May 2009. 360 patients were examined, most of whom are adults (272 people) predominantly female in 62% of cases. The main dermatoses in adults are as follows: infectious disease was the leader in 26,8%, followed by immuno-allergic disease in 20,22%, 15,44% was the percentage of epidermal differentiation disorders, 11,39 % in the pathology adnexal, 11,39 % in the skin pigmentation disorders, tumor pathology in 11,02%, while the rest of the pathology encountered was represented by dysimmune disease in 3,66 % and 8,45 % in diverse pathology. For children, the infectious disease ranked first in 35,22%, followed by immuno-allergic disease by 29,5%, 18,18% for adnexal pathology, disorders of epidermal differentiation in 10,22%, and finally 6,8% for dysimmune disease. Medical caravans like the one organized by the Royal Armed Forces contribute to improving the health status of population and development of the national health system. This noble humanitarian mission can be completed in case of strong intersectoral collaboration and provision of adequate human and material resources.

ملخص

في إطار المبادرة العسكرية المدنية والتعاون الأمريكي المغربي، نظمت القوات المسلحة الملكية قافلة طبية مجانية شملت معظم التخصصات الطبية والجراحية بإقليم تارودانت من 8 إلى 12 ماي 2009. نورد من خلال هذه الدراسة مختلف النتائج المحصل عليها في تخصص أمراض الجلد. تم فحص 360 مريضاً معظمهم من الكبار(272 فردا) من بينهم 62 % من النساء. أهم الأمراض عند الكبار جاءت على الشكل التالي: الأمراض المعدية الجلدية كانت الأكثر توفرًا بنسبة 26,8 %، تليها الأمراض المناعية الحساسية بنسبة 20,22 %، بينما سجلت نسبة 15,44 % في أمراض تميز البشرة، 11,39 % كانت النسبة التي وجدت في كل من أمراض الملحقات الجلدية و اضطرابات التصبغ، تليها الأورام الجلدية بنسبة 11,02 % وأمراض المناعة ب 3,66 %، باقي الأمراض مثلت نسبتها 8,45 %. عند الطفل سجلت أكبر نسبة في الأمراض الجلدية المعدية كذلك ب 35,22 %، وأمراض المناعية الحساسية بنسبة 29,5 %، ثم أمراض الملحقات الجلدية بنسبة 18,18 % ، ثم أمراض تميز البشرة بنسبة 10,22 % وأخيراً أمراض المناعة ب 6,8 %. القوافل الطبية تساهمن في تحسين الوضع الصحي لسكان المناطق النائية كما تقوم بتقريب بعض التخصصات الغير المتوفرة بهذه المناطق، لكن نجاح هذه المبادرات الإنسانية النبيلة رهين بمساهمة جميع القطاعات من أجل توفير الموارد البشرية و المادية الكافية.



A decorative rectangular frame with intricate scrollwork and floral motifs, centered on the page. The word "BIBLIOGRAPHIE" is written in a bold, serif font inside the frame.

BIBLIOGRAPHIE

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

1. **Perso-menara.**
Taroudant à travers l'histoire.
www.perso.menara.ma/~noursadiq/Taroudanthistoire.htm. Consulté le 14 juillet 2012.
 2. **Eljadidaa.**
Villes du Maroc, Taroudant.
www.eljadida.com/maroc/taroudant-p63.html, consulté le 15 juillet 2012.
 3. **Historique de la ville de Taroudant.**
www.taroudannt-province.com/la.../Historique de Taroudant. Consulté le 15 juillet 2012.
 4. **Ministère de l'Intérieur,**
données monographiques sur la province de Taroudant, centre régional d'investissement de Souss-Massa-Drâa, Mars 2010, 47 p.
 5. **OSMANE S.**
Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique relevé lors d'une caravane médicale à Tan-Tan.
Thèse Doctorat Médecine, Marrakech 2011, n 110.
 6. **Reocities.**
Géographie de la province de Taroudant .
www.geocities.ws/erdtaroudant/pag5-2.htm. Consulté le 15 juillet 2012.
 7. **Santé.gov.**
Offre de soins disponible dans la province de Taroudant.
www.sante.gov.ma. Consulté le 15 juillet 2012.
 8. **Ministère de l'intérieur, Taroudant en chiffre, Territoire Et Population.**
www.Taroudannt-province.com/Mercredi 09 Septembre 2009. Consulté Le 17 juillet 2012.
 9. **Schéma de développement des régions économiques du Maroc publié en 2006 par la Direction des Études et des Prévisions Financières du Ministère du Finance et de la Privatisation.**
www.abhatoo.net.ma. Consulté le 20 Juillet 2012
 10. **Données économiques, chambre de commerce d'industrie et de service.**
www.ccis-agadir.com/pages/eco/index.php. Consulté le 20 Juillet 2012.
-

11. Mme Belkziz.

Taroudant : Données socio-économiques

www.perso.menara.ma/~noursadiq/donnesocioeconom.htm. Consulté le 20 juillet 2012.

12. Adecot-projet.

Projet : Approche initiale pour la rédaction des Plans Directeurs d'intervention urbaine pour la promotion de trois zones commerciales ouvertes dans la région de Souss-Massa-Draâ au Maroc 2010.

13. L'économiste

Taroudant restructure son réseau routier. Édition N° 3319 du 14/07/2010, publié le 14 juillet 2010. Consulté le 30 juillet 2012.

www.leconomiste.com/article/taroudant-restructure-son-reseau-routier. Consulté le 30 juillet 2012.

14. Monographie de la région du Souss-Massa-Drâa.

Confédération générale des entreprises du Maroc, 2010, 63 p.

15. Hanka A.

L'armature des villes et centres du Souss : mécanismes de formation et système de fonctionnement du réseau urbain du sud marocain.

Thèse d'Etat, Université Ibn Zohr. Agadir ; 2007, 1020p.

16. Sante.gov

Situation épidémiologique annuelle des maladies sous surveillance. Maroc, Année 2006.

www.sante.gov.ma. Consulté le 30 juillet 2012.

17. Oulhadj L, Ait Ourhouil M.

Profil épidémiologique des dermatoses constatées au Sud-Est du Maroc au cours de la caravane médicale annuelle 2001 (à propos de 1005 cas).

Thèse en médecine. Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat année 2003, N°304.

18. Boui M, Lemnaouer A.

Expérience dermatologique de l'hôpital marocain de campagne à Brazzaville (Congo).

Med Trop 2008;69:13-7.

19. Clyti E, Sayasone S, Chanthavisouk K, Sayavong K, Sisouphane S, Martinez-Aussel B, et al.

Notes sur les dermatoses en République Démocratique Populaire (RDP) Laos.

Bull soc pathol Exot 2007;100(3):205-6.

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

20. **M.AITOURHROUIL(1), B.BENNANI(1), HCHRAIBI(1), M.BENSAHRAOUI(1), A.BELLA(1), G.DESHOR(2) et al.**
Dermatoses constatées au Sud-Est du Maroc : Résultats d'une caravane médicale multi disciplinaire. (1)Dermatologie, CHU Ibn Sina, Rabat. (2) Lyon. (3) La Roche sur France.
Ann Dermatol Venerol 2003 ;130 :2S53-2S167 .
21. **Souissi A, Zeglaoui F, Zouari B, Kamoun M.R.**
A study of skin diseases in Tunis: an analysis of 28244 dermatological out patient cases.
Acta Dermatoven APA 2007;16(3).
22. **A. Traoré, F. Kouéta, N. Kyélem D.**
Les dermatoses infectieuses de l'enfant dans un service de l'enfant dans un service de dermatologie en milieu tropical (BURKINA FASO).
Recherche Médicale: Publications pédiatriques 1999.
23. **O.Boudghene Stambouli, A.Belbachir.**
Importance des dermatoses infectieuses en Algérie
Médecine du Maghreb – n° 126 – Mai 2005 – pages 15–20.
24. **L. Boumhil a, N. Hjira b, H. Naoui a, A. Zerrour a, N. Bhirich a, O. Sedrati b et al.**
Les teignes du cuir chevelu à l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V (Maroc)
Doi : 10.1016/j.mycmed.2010.03.003.
25. **Onychomycoses : Modalités de diagnostic et prise en charge**
Ann dermatol venereol : 2007 ;134 ;557-16.
26. **N. Contet-Audonneau [1], A. Davril [2], B. Hanesse [3], C. Kuntz [4], J.L. Schmutz [2], G. Percebois [1]**
Prévalence des dermatophyties des pieds chez le sujet sain
Doi : Journal de mycologie médicale-09-2001-11-3-1156-5233-101019-ART5.
27. **Infections cutanéo-muqueuses bactériennes et mycosiques :**
Infections à dermatophytes de la peau glabre, des plis et des phanères
Ann Dermatol Venereol 2008 ; 135 (11s) 49-53.
28. **Programme national de lutte contre les leishmanioses 2007-2009.**
Service des Maladies Parasitaires/ Division des Maladies Transmissibles/ Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies. Ministère de la santé Maroc.

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

- 29. HAJJI R, Amal S.**
Le profil épidémiologique de la leishmaniose cutanée dans la province d'OUARZAZATE entre 2002–2009.
Thèse en médecine année 2010, N°30.
Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.
- 30. Benkiran, Loubna**
Aspects épidémiologiques et cliniques de la leishmaniose cutanée : Expérience du service de dermatologie du Chu Ibn Rochd de Casablanca
Faculté de Médecine et de Pharmacie, Casablanca 2004– Doctorat en Médecine N 1804.
- 31. Abdulrahman Y, Al-Zoman MD, Facharizt, Abdulrahman K, Al-Asmari MSC, Ph D.**
Pattern of skin diseases at Riyad Military hospital.
Egyptian Dermatology online journal 2008; 4: 2–4.
- 32. Hani A, AL Shobaiti .**
The pattern of skin diseases in the Qassim region of Saudi Arabia, what the primary care physician should know.
Ann Saudi Med 2010;30(6):448–53.
- 33. Kharfi M et al.**
Dermatite atopique: comparaison des prévalences en France et en Tunisie.
Ann Dermatol Venereol 2005; 132:478–9.
- 34. Komba and Mgonda.**
The spectrum of dermatological disorders among primary school children in Dar Essalaam.
BMC Public Health 2010; 10:765.
- 35. M.Amouri Ayadi, A.Masmoudi,N.Borgi, A.Rebai et al.**
Faible prévalence de la dermatite atopique en Tunisie
Dermatologie, hôpital Hedi Chaker, Sfax ; Tunisie
Annales de dermatologie et de vénérérologie 2008.135S, A141–A329.
- 36. A.GHANI, M.AL SAMARAI, H.SAHER, A.NAJDI**
Etude épidémiologique des maladies cutanées en Tikrit, Iraq
Collège de Médecine, Université Tikrit, Iraq.
Doi : AD-04-2003-130-4S-0151-9638-101019-ART297.

- 37. Lamchahab F.Z et al.**
Bilan d'hospitalisation du service de dermatologie-vénérologie du CHU Ibn Sina Rabat Maroc.
Pan African Medical Journal 2010;17(7).
- 38. Afifi Y, Aubin F, Puzenat E. et al.**
Enquête étiologique d'un prurit sine materia : étude prospective d'une série de 95 patients.
Rev Med Interne. 2004;25(7):490-3.
- 39. Zinelabidine.k**
Psoriasis et syndrome métabolique
Mémoire présentée pour l'obtention de diplôme de spécialité en Dermatologie
Faculté de médecine et de pharmacie de Fès, juin 2011.
- 40. Statistics – National Psoriasis Foundation**
www.psoriasis.org/learn_statistics – États-Unis. Consulté le 20 août 2012.
- 41. R G B Langley1, G G Krueger 2, C E M Griffiths 3**
Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life
Annals of the Rheumatology Diseases
2005;64:ii18–ii23 doi:10.1136/ard.2004.033217.
- 42. Andrea L Neumann, Steven B Porter and Joel M Gelfand**
The epidemiology of psoriasis
Expert Rev Dermatol.1 (1),63–75(2006) .
- 43. Lambert A et al.**
Activité de consultation de trois services de dermatologie hospitalo-universitaire Français.
Annal Dermatol Venereol 2006;133:657–62.
- 44. Meziane M, Ahid S, Azendour H. et al.**
Results of a public awareness campaign on the sun's deleterious effects in Morocco.
J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010;24(4):388–94.
- 45. Wolkenstein P, Revuz.J.**
Fréquence et retentissement des dermatoses en France.
Ann dermatol venereol 2004; 131:325–7.

**Profil épidémio-clinique de la pathologie dermatologique
à travers une campagne médicale des Forces Armées Royales dans la région de Taroudant**

- 46. J.Ouhajjou, O.Hocar, N.Akhdari, S.Amal.**
L'acné en consultation de dermatologie : expérience du CHU Mohamed VI, Marrakech.
Service de dermatologie, CHU Mohamed VI, Marrakech.
Ann Dermatol Venerol 2011;138S, S33-S113.
- 47. Anthony J. Mancini, MD, FAAP.**
Incidence prevalence, and pathophysiology of acne
Adv Stud Med.2008 ; 8 (4) :100-105.
- 48. Données récentes sur l'épidémiologie de l'acné**
Clinique Dermatologique, CHU Hôtel-Dieu, Place Alexis Ricordeau, 44093 Nantes cedex 01, France
Annales de Dermatologie et de Vénéréologie
Volume 137, Supplement 2, November 2010, Pages S49-S51.
- 49. ACNE IN INDIA: GUIDELINES FOR MANAGEMENT – IAA CONSENSUS DOCUMENT**
Indian Journal of Dermatology Venereology and leprology
Année: 2009, Volume: 75, Issue: 7, Page : 3
- 50. J.Zribi, M.Mseddi, T.Taz, A.Masmoudi, M.Taha Jalel, H.Turki. S.Boudaya**
Etude épidémio-clinique du mélasma dans le sud tunisien : à propos de 207 cas
Dermatologie, EPS Hédi Chaker, Sfax, Tunisie.
- 51. Boui M.**
Mélasma et gant du hammam: méfaits de pratique traditionnelles et ancestrales.
Journées dermatologiques de Paris 2006.
- 52. Hafid Imane**
Registre hospitalier des cancers
Résultats préliminaires du service d'anatomie pathologique, CHU Hassan II Fès (à propos de 5532 cas)
Thèse doctorat médecine, Faculté de médecine et de pharmacie, Fès, année 2012, N 037/12.
- 53. S.BEN JENNET, F.ZEGLAOUI, B.FAZAA, S.TRIKI, N.EZZINE, M.KHARFI, M.R.KAMOUN.**
Profil épidémiologique des cancers cutanés : Etude rétrospective sur une période de 9 ans.
Service de Dermatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
Ann Dermatol Venerol 2003 ;130 :2S53-2S167.

54. Souissi A et al.

Pathologie cutanée du sujet âgé : étude multicentrique tunisienne.
Annal Dermatol Venereol 2006;133:231–4.

55. C. Géraut

Dermatoses professionnelles
[16-533-A-10] – Doi : 10.1016/S1155-1925(06)44560-2.

قسم الطبيب

اَقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَن أَرَاقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَن أَصُونَ حِيَاةَ إِنْسَانٍ فِي كُلِّ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظَّرُوفِ وَالْأَحَوَالِ بَادِلاً وَسْعِيَ فِي اسْتِقَادَهَا
مِنَ الْهَلاَكِ وَالْمَرْضِ وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَن أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتَرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَن أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بَادِلاً رِعَايَتِي الطَّبِيعِيَّةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ
وَالظَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَن أَثَابَرَ عَلَى طَلْبِ الْعِلْمِ، أَسَخِرَهُ لِنَفْعِ إِنْسَانٍ لَا لَذَّاهُ.

وَأَن أُوَقِّرَ مِنْ عَلَمَنِي، وَأُعَلَّمَ مِنْ يَصْغِرَنِي، وَأَكُونَ أَخَاً لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيعِيَّةِ
مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىِ.

وَأَن تَكُونَ حِيَاتِي مِصْدَاقِ إِيمَانِي فِي سِرَّيْ وَعَلَانِيَّتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشَيِّنُهَا تَجَاهَ اللَّهِ وَرَسُولِهِ
وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ





جامعة القاضي عياض
كلية الطب و الصيدلة
مراكش

أطروحة رقم 25

سنة 2013

المظهر الوبائي السريري للأمراض الجلدية من خلال قافلة طبية للقوات المسلحة الملكية بمنطقة تارودانت

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم / / 2013

من طرف

السيدة الزهرة أعدي

المزدادة في 29 يوليوز 1985 بماسة

طبية داخلية بالمستشفى الجامعي محمد السادس

لنيل شهادة الدكتورة في الطب

الكلمات الأساسية :

أمراض الجلد – وبائي – تارودانت

اللجنة

الرئيس

السيد س. أمال

أستاذ في طب أمراض الجلد

المشرف

السيد م. بوبي

أستاذ مبرز في طب أمراض الجلد

الحكم



السيد ر. موتاج

أستاذ في علم الطفيلييات

السيد م. شكور

أستاذ مبرز في طب أمراض الدم

السيد م. بولالروس

أستاذ مبرز في طب الأطفال

السيد م. المجاطي

أستاذ مبرز في جراحة الدماغ والأعصاب

