

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

*Paix-Travail-Patrie*

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES  
BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET  
SPECIALITES



REPUBLIC OF CAMEROON

*Peace-Work-Fatherland*

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND  
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTMENT OF INTERNAL MEDECIN  
AND SPECIALITIES

# Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations de Yaoundé relatives à la prise en charge communautaire de 5 dermatoses

Thèse rédigée et soutenue en vue de l'obtention du Doctorat en Médecine par :

**NGONO AKAMBA Lucrèce Salomé**

Matricule : 17M095

## Directeur

**Pr ZOUNG-KANYI**

**BISSEK Anne-Cécile**

Professeur titulaire

Dermatologie

## Co-directeurs

**Pr NGONO MBALLA Rose**

Maitre de Conférence

Pharmacotechnique et Pharmacognosie

*Année académique 2023-2024*

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

*Paix-Travail-Patrie*

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES  
BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET  
SPECIALITES



REPUBLIC OF CAMEROON

*Peace-Work-Fatherland*

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND  
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTMENT OF INTERNAL MEDECIN  
AND SPECIALITIES

# Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations de Yaoundé relatives à la prise en charge communautaire de 5 dermatoses

Thèse rédigée et soutenue en vue de l'obtention du Doctorat en Médecine par :

**NGONO AKAMBA Lucrèce Salomé**

Matricule : 17M095

**JURY :**

**President of Jury**

.....

**Examiner :**

.....

**Members :**

.....

**Directeur**

**Pr ZOUNG-KANYI**

**BISSEK Anne-Cécile**

Professeur titulaire

Dermatologie

**Co-directeurs**

**Pr NGONO MBALLA Rose**

Maitre de Conférence

Pharmacotechnique et Pharmacognosie

*Année académique 2023-2024*

## TABLE DES MATIERES

### Table des matières

<b>DEDICACE(S).....</b>	<b>VI</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>VI</b>
<b>LISTE DES TABLEAUXSUMMARY .....</b>	<b>VI</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>VI</b>
<b>REMERCIEMENTSLISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>VI</b>
<b>.....</b>	<b>VII</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>VII</b>
<b>LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE .....</b>	<b>IX</b>
<b>SERMENT D’HIPPOCRATE .....</b>	<b>XXII</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>XXIII</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>XXV</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>XXVI</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>XXVII</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES &amp; SYMBOLES .....</b>	<b>XXVIII</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>29</b>
<b>CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE.....</b>	<b>3</b>
I.1. Justification .....	4
I.2. Question principale de recherche .....	5
I.2.1. Questions spécifiques.....	5
I.3. Hypothèse principale de recherche .....	5
I.3.1. Hypothèses spécifiques.....	5
I.4. Objectifs .....	5

I.4.1. Objectif général.....	5
I.4.2. Objectifs spécifiques .....	6
I.5. Définitions des termes opérationnels .....	6
<b>CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE .....</b>	<b>9</b>
II.1. RAPPELS DES CONNAISSANCES .....	10
II.1.1. Rappels histologiques de la peau .....	10
II.1.2. Les Pathologies courantes en dermatologique.....	17
II.2. ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE TRAITEMENT AVEC LA MEDECINE TRADITIONNELLE .....	37
<b>CHAPITRE III : METHODOLOGIE .....</b>	<b>44</b>
III.1. Type d'étude.....	45
III.2. Lieu d'étude.....	45
III.3. Durée et période de l'étude .....	45
III.4. Caractéristiques de la population d'étude .....	45
III.4.1. Population cible.....	45
III.4.2. Population source .....	45
III.4.3. Critères de sélection .....	45
III.4.4. Échantillonnage.....	46
III.4.5. Liste des variables .....	46
III.5. Procédure.....	47
III.5.1. Obtention des autorisations .....	47
III.5.2. Collecte des données .....	47
III.6. Analyse des données .....	47
<b>CHAPITRE IV : RÉSULTATS .....</b>	<b>49</b>
IV.1. Recrutement .....	50
IV.2. Caractéristiques Sociodémographiques .....	50

IV.3. Évaluation du niveau de connaissances .....	52
IV.3.1. Connaissances sur la dartre .....	52
IV.3.2. Connaissances sur la teigne.....	54
IV.3.4. Connaissances sur L'acné .....	57
IV.4. Analyses des attitudes .....	61
IV.4.1. Opinion des participants sur les 05 dermatoses .....	61
IV.4.2. : Identification des pratiques en matière de traitement indigène .....	63
<b>CHAPITRE V : DISCUSSION .....</b>	<b>68</b>
V.1. Limites de l'étude.....	69
V.2. Profil Sociodémographique .....	69
V.3. Connaissances .....	70
V.4. Attitudes .....	72
V.5. Pratiques .....	74
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>77</b>
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>79</b>
<b>REFERENCES.....</b>	<b>81</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>VI</b>
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE .....	VII
ANNEXE 2 : ACCORD DE PRINCIPE.....	XVI
ANNEXE 3 : IMAGES DE QUELQUES PLANTES MEDECINALE .....	XVII
ANNEXE 4 : ICONOGRAPHIE .....	XVIII



**DEDICACE(S)**

**À ma maman,  
NGONO MBALLA Rose**

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à adresser nos sincères remerciements :

- À Dieu Tout Puissant, sans Qui ce travail n'aurait été réalisé ;
- Au Pr BISSEK Anne-Cécile, Directeur de ce travail, pour m'avoir encouragée, dirigée et soutenue dans ce travail de thèse à travers sa bienveillance continue et le partage de ses connaissances sur la recherche scientifique, pour ses observations critiques et suggestions qui ont permis d'optimiser la qualité de cette recherche ;
- Au Pr NGONO MBALLA Rose Co-Directeur de ce travail, pour son encadrement, sa rigueur et surtout sa patience dans les différentes étapes de cette recherche ;
- Au personnel de la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS), notamment M. NDIE, Mme Mado et M. Martial, qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail ;
- Aux honorables membres du jury d'évaluation de ce travail, pour les critiques constructives qu'ils apporteront dans le but d'améliorer cette thèse ;
- Au Pr ZE MINKANDE Jacqueline, Doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales ; pour m'avoir donné un exemple de relation administration-étudiante basé sur un véritable compagnonnage à toutes les étapes de la formation ;
- Au personnel enseignant et administratif de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, pour votre accompagnement constant ;
- Au personnel administratif et d'appui de l'Unité de Recherche et de Formation Doctorale en Santé et Environnement, pour votre disponibilité et vos précieux conseils ;
- À ma famille, pour vos sacrifices et votre soutien inconditionnel tout au long du chemin parcouru, pour avoir toujours là dans les moments qui comptent pour moi ;
- À mes amis et compagnons de formation BEKOUMA Laurent, BOUBA Balkissou, EBOLO Jennifer, ETAPA Gabin, FOTSO Esaie, MBEKE Gilles, MONEMVOM Brice, TAMO Irène.
- À tous les étudiants de la 49<sup>ème</sup> promotion, pour avoir contribué à rendre nos groupes d'échanges aussi agréables que productifs ;
- À mes amis et frères de cœur BIDIAS Landry, KAMGAING Arold, MESSEY Marc, MBONO Jean-François, YONDO Guillaume



- À mes amis EWONGO Loica, NGOZI Julia qui m'ont aidé de près comme de loin pendant cette aventure
- Aux participants à l'étude, pour votre temps et acceptation qui ont permis la réalisation de ce travail.

## **LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE**

### **1. PERSONNEL ADMINISTRATIF**

**Doyen :** Pr ZE MINKANDE Jacqueline

**Vice- Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques :** Pr  
NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille

**Vice- Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération :** Pr ZEH Odile Fernande

**Vice-Doyen chargé de la Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants :** Pr NGANOU  
Chris Nadège épouse GNINDJIO

**Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Scolarité et de la Recherche :** Dr  
VOUNDI VOUNDI Esther

**Chef de la Division Administrative et Financière :** Mme ESSONO EFFA Muriel Glawdis

**Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation :** Pr NJAMNSHI Alfred KONGNYU

**Chef de Service Financier :** Mme NGAMLI NGOU Mireille Albertine épouse WAH

**Chef de Service Adjoint Financier :** Mme MANDA BANA Marie Madeleine épouse  
ENGUENE

**Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel :** Pr SAMBA Odette  
NGANO ép. TCHOUAWOU

**Chef de Service des Diplômes :** Mme ASSAKO Anne DOOBA

**Chef de Service Adjoint des Diplômes :** Dr NGONO AKAM MARGA Vanina

**Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques :** Mme BIENZA Aline

**Chef de Service Adjoint de la Scolarité et des Statistiques :** Mme FAGNI MBOUOMBO  
AMINA épouse ONANA

**Chef de Service du Matériel et de la Maintenance :** Mme HAWA OUMAROU

**Chef de Service Adjoint du Matériel et de la Maintenance :** Dr MPONO EMENGUELE  
Pascale épouse NDONGO

**Bibliothécaire en Chef par intérim :** Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire

**Comptable Matières :** M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

## **2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES**

**Coordonnateur Filière Médecine Bucco-dentaire :** Pr BENGONDO MESSANGA Charles

**Coordonnateur de la Filière Pharmacie :** Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

**Coordonnateur Filière Internat :** Pr ONGOLO ZOGO Pierre

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique :** Pr SANDO Zacharie

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie Réanimation :** Pr ZE MINKANDE Jacqueline

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale :** Pr NGO NONGA Bernadette

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique :** Pr DOHBIT Julius SAMA

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne:** Pr NGANDEU Madeleine

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie :** Pr MAH Evelyn MUNGYEH

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique :** Pr KAMGA FOUAMNO Henri Lucien

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale:** Pr ONGOLO ZOGO Pierre

**Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique :** Pr TAKOUGANG Innocent

**Coordonnateur de la formation Continue :** Pr KASIA Jean Marie

**Point focal projet :** Pr NGOUPAYO Joseph

**Responsable Pédagogique CESSI :** Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

## **3. DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS**

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

## **4. DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB**

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006)

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côte (2012-2015)

## 5. PERSONNEL ENSEIGNANT

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
<b>DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES</b>			
1	<b>SOSSO Maurice Aurélien (CD)</b>	P	Chirurgie Générale
2	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
3	<b>ESSOMBA Arthur (CD par Intérim)</b>	P	Chirurgie Générale
4	HANDY EONE Daniel	P	Chirurgie Orthopédique
5	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
6	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
7	NGOWE NGOWE Marcellin	P	Chirurgie Générale
8	OWONO ETOUNDI Paul	P	Anesthésie-Réanimation
9	ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation
10	BAHEBECK Jean	MCA	Chirurgie Orthopédique
11	BANG GUY Aristide	MCA	Chirurgie Générale
12	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MCA	Anesthésie-Réanimation
13	FARIKOU Ibrahima	MCA	Chirurgie Orthopédique
14	JEMEA Bonaventure	MCA	Anesthésie-Réanimation
15	BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
16	EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
17	GUIFO Marc Leroy	MC	Chirurgie Générale
18	NGO YAMBEN Marie Ange	MC	Chirurgie Orthopédique
19	TSIAGADIGI Jean Gustave	MC	Chirurgie Orthopédique
20	BELLO FIGUIM	MA	Neurochirurgie
21	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	MA	Chirurgie Générale
22	FONKOUÉ Loïc	MA	Chirurgie Orthopédique
23	KONA NGONDO François Stéphan	MA	Anesthésie-Réanimation

24	MBOUCHE Landry Oriole	MA	Urologie
25	MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	MA	Urologie
26	MULUEM Olivier Kennedy	MA	Orthopédie-Traumatologie
27	SAVOM Eric Patrick	MA	Chirurgie Générale
28	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
29	AMENGLE Albert Ludovic	CC	Anesthésie-Réanimation
30	BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	CC	Neurochirurgie
31	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
32	EPOUPA NGALLE Frantz Guy	CC	Urologie
33	FOUDA Jean Cédric	CC	Urologie
34	IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épouse NTYO'O NKOUMOU	CC	Anesthésie-Réanimation
35	MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel	CC	Chirurgie Orthopédique
36	NDIKONTAR KWINJI Raymond	CC	Anesthésie-Réanimation
37	NWAHA MAKON Axel Stéphane	CC	Urologie
38	NYANIT BOB Dorcas	CC	Chirurgie Pédiatrique
39	OUMAROU HAMAN NASSOUROU	CC	Neurochirurgie
40	ARROYE BETOU Fabrice Stéphane	AS	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
41	ELA BELLA Amos Jean-Marie	AS	Chirurgie Thoracique
42	FOLA KOPONG Olivier	AS	Chirurgie
43	FOSSI KAMGA GACELLE	AS	Chirurgie Pédiatrique
44	GOUAG	AS	Anesthésie Réanimation
45	MBELE Richard II	AS	Chirurgie Thoracique
46	MFOUAPON EWANE Hervé Blaise	AS	Neurochirurgie
47	NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation
48	NYANKOUE MEBOUINZ Ferdinand	AS	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
<b>DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES</b>			
49	<b>SINGWE Madeleine épse NGANDEU (CD)</b>	P	Médecine Interne/Rhumatologie

50	ANKOUANE ANDOULO	P	Médecine Interne/ Hépato-Gastro-Entérologie
51	ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
52	BISSEK Anne Cécile	P	Médecine Interne/Dermatologie
53	KAZE FOLEFACK François	P	Médecine Interne/Néphrologie
54	KUATE TEGUEU Calixte	P	Médecine Interne/Neurologie
55	KOUOTOU Emmanuel Armand	P	Médecine Interne/Dermatologie
56	MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne/Endocrinologie
57	NDJITTOYAP NDAM Elie Claude	P	Médecine Interne/ Hépato-Gastro-Entérologie
58	NDOM Paul	P	Médecine Interne/Oncologie
59	NJAMNSHI Alfred KONGNYU	P	Médecine Interne/Neurologie
60	NJOYA OUDOU	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
61	SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
62	PEFURA YONE Eric Walter	P	Médecine Interne/Pneumologie
63	BOOMBHI Jérôme	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
64	FOUDA MENYE Hermine Danielle	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
65	HAMADOU BA	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
66	MENANGA Alain Patrick	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
67	NGANOU Chris Nadège	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
68	KOWO Mathurin Pierre	MC	Médecine Interne/ Hépato-Gastro-Entérologie
69	KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	MC	Médecine Interne/Cardiologie
70	NDONGO AMOUGOU Sylvie	MC	Médecine Interne/Cardiologie
71	DEHAYEM YEFOU Mesmin	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
72	ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG	MA	Médecine Interne/Oncologie Médicale
73	ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
74	MAÏMOUNA MAHAMAT	MA	Médecine Interne/Néphrologie

75	MASSONGO MASSONGO	MA	Médecine Interne/Pneumologie
76	MBONDA CHIMI Paul-Cédric	MA	Médecine Interne/Neurologie
77	NDJITOYAP NDAM Antonin Wilson	MA	Médecine Interne/Gastroentérologie
78	NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	MA	Médecine Interne/Cardiologie
79	NGAH KOMO Elisabeth	MA	Médecine Interne/Pneumologie
80	NGARKA Léonard	MA	Médecine Interne/Neurologie
81	NKORO OMBEDE Grâce Anita	MA	Médecine Interne/Dermatologue
82	OWONO NGABEDE Amalia Ariane	MA	Médecine Interne/Cardiologie Interventionnelle
83	NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE	MA	Médecine Interne/Gériatrie
84	ATENGUENA OBALEMBA Etienne	CC	Médecine Interne/Cancérologie Médicale
85	FOJO TALONGONG Baudelaire	CC	Médecine Interne/Rhumatologie
86	KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
87	MENDANE MEKOBÉ Francine épouse EKOBEA	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
88	MINTOM MEDJO Pierre Didier	CC	Médecine Interne/Cardiologie
89	NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
90	NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA MBAH	CC	Médecine Interne/Néphrologie
91	ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
92	EBENE MANON Guillaume	AS	Médecine Interne/Cardiologie
93	ELIMBY NGANDE Lionel Patrick Joël	AS	Médecine Interne/Néphrologie
94	KUABAN Alain	AS	Médecine Interne/Pneumologie
95	NKECK Jan René	AS	Médecine Interne
96	NSOUNFON ABDOU WOUOLIYOU	AS	Médecine Interne/Pneumologie
97	NTYO'O NKOUMOU Arnaud Laurel	AS	Médecine Interne/Pneumologie
98	TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola	AS	Médecine Interne/Psychiatrie
<b>DÉPARTEMENT D'IMAGERIE MÉDICALE ET RADIOLOGIE</b>			
99	<b>ZEH Odile Fernande (CD)</b>	P	Radiologie/Imagerie Médicale

100	GUEGANG GOUJOU. Emilienne	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
101	MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
102	ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
103	SAMBA Odette NGANO	MC	Biophysique/Physique Médicale
104	MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA	MA	Radiologie/Imagerie Médicale
105	MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	MA	Radiothérapie
106	NWATSOCK Joseph Francis	CC	Radiologie/Imagerie Médicale Médecine Nucléaire
107	SEME ENGOUMOU Ambroise Merci	CC	Radiologie/Imagerie Médicale
108	ABO'O MELOM Adèle Tatiana	AS	Radiologie et Imagerie Médicale
<b>DÉPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE</b>			
109	<b>NGO UM Esther Juliette épouse MEKA (CD)</b>	MCA	Gynécologie Obstétrique
110	FOUMANÉ Pascal	P	Gynécologie Obstétrique
111	KASIA Jean Marie	P	Gynécologie Obstétrique
112	KEMFANG NGOWA Jean Dupont	P	Gynécologie Obstétrique
113	MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
114	MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
115	NKWABONG Elie	P	Gynécologie Obstétrique
116	TEBEU Pierre Marie	P	Gynécologie Obstétrique
117	BELINGA Etienne	MCA	Gynécologie Obstétrique
118	ESSIBEN Félix	MCA	Gynécologie Obstétrique
119	FOUEDJIO Jeanne Hortence	MCA	Gynécologie Obstétrique
120	NOA NDOUA Claude Cyrille	MCA	Gynécologie Obstétrique
121	DOHBIT Julius SAMA	MC	Gynécologie Obstétrique
122	MVE KOH Valère Salomon	MC	Gynécologie Obstétrique
123	METOGO NTSAMA Junie Annick	MA	Gynécologie Obstétrique
124	MBOUA BATOUM Véronique Sophie	CC	Gynécologie Obstétrique
125	MENDOUA Michèle Florence épouse NKODO	CC	Gynécologie Obstétrique
126	NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	CC	Gynécologie Obstétrique
127	NYADA Serge Robert	CC	Gynécologie Obstétrique
128	TOMPEEN Isidore	CC	Gynécologie Obstétrique



129	EBONG Cliford EBONTANE	AS	Gynécologie Obstétrique
130	MPONO EMENGUELE Pascale épouse NDONGO	AS	Gynécologie Obstétrique
131	NGONO AKAM Marga Vanina	AS	Gynécologie Obstétrique
<b>DÉPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE</b>			
132	<b>DJOMOU François (CD)</b>	P	ORL
133	EBANA MVOGO Côme	P	Ophtalmologie
134	ÉPÉE Émilienne épouse ONGUENE	P	Ophtalmologie
135	KAGMENI Gilles	P	Ophtalmologie
136	NDJOLO Alexis	P	ORL
137	NJOCK Richard	P	ORL
138	OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
139	BILLONG Yannick	MCA	Ophtalmologie
140	DOHVOMA Andin Viola	MCA	Ophtalmologie
141	EBANA MVOGO Stève Robert	MCA	Ophtalmologie
142	KOKI Godefroy	MCA	Ophtalmologie
143	MINDJA EKO David	MC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
144	NGABA Olive	MC	ORL
145	ANDJOCK NKOUE Yves Christian	MA	ORL
146	MEVA'A BIOUELE Roger Christian	MA	ORL-CCF
147	MOSSUS Yannick	MA	ORL-CCF
148	MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline	MA	Ophtalmologie
149	NGO NYEKI Adèle-Rose épouse MOUAHA- BELL	MA	ORL-CCF
150	NOMO Arlette Francine	MA	Ophtalmologie
151	AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie	CC	Ophtalmologie
152	ASMAOU BOUBA Dalil	CC	ORL
153	ATANGA Léonel Christophe	CC	ORL-CCF
154	BOLA SIAFA Antoine	CC	ORL
155	NANFACK NGOUNE Chantal	CC	Ophtalmologie

<b>DÉPARTEMENT DE PÉDIATRIE</b>			
156	<b>ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD)</b>	P	Pédiatrie
157	KOKI NDOMBO Paul	P	Pédiatre
158	ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
159	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
160	CHELO David	P	Pédiatrie
161	MAH Evelyn	P	Pédiatrie
162	NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie
163	NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée	P	Pédiatrie
164	NGO UM KINJEL Suzanne épse SAP	MCA	Pédiatrie
165	KALLA Ginette Claude épse MBOPI KEOU	MC	Pédiatrie
166	MBASSI AWA Hubert Désiré	MC	Pédiatrie
167	NOUBI Nelly épouse KAMGAING MOTING	MC	Pédiatrie
168	EPEE épouse NGOUE Jeannette	MA	Pédiatrie
169	KAGO TAGUE Daniel Armand	MA	Pédiatrie
170	MEGUIEZE Claude-Audrey	MA	Pédiatrie
171	MEKONE NKWELE Isabelle	MA	Pédiatre
172	TONY NENGOM Jocelyn	MA	Pédiatrie
<b>DÉPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HÉMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES</b>			
173	<b>MBOPI KEOU François-Xavier (CD)</b>	P	Bactériologie/ Virologie
174	ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
175	GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
176	LUMA Henry	P	Bactériologie/ Virologie
177	MBANYA Dora	P	Hématologie
178	OKOMO ASSOUMOU Marie Claire	P	Bactériologie/ Virologie
179	TAYOU TAGNY Claude	P	Microbiologie/Hématologie
180	CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MC	Microbiologie/Hématologie
181	LYONGA Emilia ENJEMA	MC	Microbiologie Médicale
182	TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
183	NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	MA	Parasitologie

184	BEYALA Frédérique	CC	Maladies Infectieuses
185	BOUM II YAP	CC	Microbiologie
186	ESSOMBA René Ghislain	CC	Immunologie
187	MEDI SIKE Christiane Ingrid	CC	Maladies infectieuses
188	NGOGANG Marie Paule	CC	Biologie Clinique
189	NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA	CC	Hématologie
190	VOUNDI VOUNDI Esther	CC	Virologie
191	ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA	AS	Biologie Clinique /Hématologie
192	Georges MONDINDE IKOMEY	AS	Immunologie
193	MBOUYAP Pretty Rosereine	AS	Virologie
<b>DÉPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE</b>			
194	<b>KAMGNO Joseph (CD)</b>	P	Santé Publique /Épidémiologie
195	ESSI Marie José	P	Santé Publique/Anthropologie Médicale
196	TAKOUGANG Innocent	P	Santé Publique
197	BEDIANG Georges Wylfred	MCA	Informatique Médicale/Santé Publique
198	BILLONG Serges Clotaire	MC	Santé Publique
199	NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique /Biostatistiques
200	EYEBE EYEBE Serge Bertrand	CC	Santé Publique/Epidémiologie
201	KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
202	KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
203	MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Expert en Promotion de la Santé
204	NJOUMEMI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé
205	ABBA-KABIR Haamit-Mahamat	AS	Pharmacien
206	AMANI ADIDJA	AS	Santé Publique
207	ESSO ENDALLE Lovet Linda Augustine Julia	AS	Santé Publique
208	MBA MAADJHOU Berjauline Camille	AS	Santé Publique/Epidémiologie Nutritionnelle

<b>DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE</b>			
209	<b>MENDIMI NKODO Joseph (CD)</b>	MC	Anatomie Pathologie
210	SANDO Zacharie	P	Anatomie Pathologie
211	BISSOU MAHOP Josue	MC	Médecine de Sport
212	KABEYENE OKONO Angèle Clarisse	MC	Histologie/Embryologie
213	AKABA Désiré	MC	Anatomie Humaine
214	NSEME ETOUCKEY Georges Eric	MC	Médecine Légale
215	NGONGANG Gilbert Frank Olivier	MA	Médecine Légale
216	MENDOUGA MENYE Coralie Reine Bertine épse KOUOTOU	CC	Anatomopathologie
217	ESSAME Eric Fabrice	AS	Anatomopathologie
<b>DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE</b>			
218	<b>NDONGO EMBOLA épse TORIMIRO Judith (CD)</b>	P	Biologie Moléculaire
219	PIEME Constant Anatole	P	Biochimie
220	AMA MOOR Vicky Joceline	P	Biologie Clinique/Biochimie
221	EUSTACE BONGHAN BERINYUY	CC	Biochimie
222	GUEWO FOKENG Magellan	CC	Biochimie
223	MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie
<b>DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE</b>			
224	<b>ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)</b>	P	Physiologie
225	ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	MC	Physiologie
226	AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie
227	DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie
228	EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé	CC	Physiologie humaine
<b>DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE</b>			
229	<b>NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)</b>	MC	Pharmacotechnie et Pharmacognosie
230	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
231	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie
<b>DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE</b>			

232	<b>BENGONDO MESSANGA Charles (CD)</b>	P	Stomatologie
233	EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	MA	Stomatologie et Chirurgie
234	LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épouse ABISSEGUE	CC	Odontologie Pédiatrique
235	MBEDE NGA MVONDO Rose	CC	Médecine Bucco-dentaire
236	MENGONG épouse MONEBOULOU Hortense	CC	Odontologie Pédiatrique
237	NDJOH Jules Julien	CC	Chirurgien Dentiste
238	NOKAM TAGUEMNE M.E.	CC	Médecine Dentaire
239	GAMGNE GUIADEM Catherine M	AS	Chirurgie Dentaire
240	KWEDI Karl Guy Grégoire	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
241	NIBEYE Yannick Carine Brice	AS	Bactériologie
242	NKOLO TOLO Francis Daniel	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
<b>DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE</b>			
243	<b>NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)</b>	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
244	NGAMENI Bathélémy	P	Phytochimie/ Chimie Organique
245	NGOUPAYO Joseph	P	Phytochimie/Pharmacognosie
246	GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
247	BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie
<b>DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE</b>			
248	<b>ZINGUE Stéphane (CD)</b>	MC	
249	FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
250	TEMBE Estella épse FOKUNANG	MC	Pharmacologie Clinique
251	ANGO Yves Patrick	AS	Chimie des substances naturelles
252	NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM	AS	Neuropharmacologie
<b>DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE</b>			
253	<b>NNANGA NGA Emmanuel (CD)</b>	P	Pharmacie Galénique

254	MBOLE Jeanne Mauricette épouse MVONDO M.	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments
255	NYANGONO NDONGO Martin	CC	Pharmacie
256	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
257	ABA'A Marthe Dereine	AS	Analyse du Médicament
258	FOUMANE MANIEPI NGOUOPIHO Jacqueline Saurelle	AS	Pharmacologie
259	MINYEM NGOMBI Aude Périne épouse AFUH	AS	Réglementation Pharmaceutique

P= Professeur

MCA= Maître de Conférences Agrégé

MC= Maître de Conférences

MA= Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistant

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.*

## RESUME

**Introduction :** Une dermatose courante est une maladie de la peau qui affecte fréquemment la population générale ou une population spécifique. Au Cameroun comme partout ailleurs en Afrique les dermatoses demeurent un problème majeur de santé publique. C'est pourquoi il nous a paru opportun d'en savoir plus sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations concernant la prise en charge communautaire de certaines dermatoses.

**Objectif :** décrire les connaissances, attitudes et pratiques des populations de la ville de Yaoundé relative à la prise en charge communautaire de 5 dermatoses courantes.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive de type CAP portant sur toutes personnes adultes ayant eu recours à la Médecine Traditionnelle pour le traitement de 5 dermatoses courantes notamment la dartre, la teigne, la gale, l'acné et l'érythème fessier dans la ville de Yaoundé. Les connaissances, attitudes et pratiques ont été évaluées par un questionnaire qui a été préalablement testé et adapté. L'inventaire des traitements a été fait auprès des populations à l'aide de ce même questionnaire et l'appui d'un tradithérapeute avait été requis afin d'identifier ces traitements en fonction de leurs noms vernaculaires. Les variables étudiées étaient le profil sociodémographique, les niveaux de connaissances, attitudes, pratiques et les traitements utilisés concernant la PEC communautaire desdites dermatoses. L'analyse des données a été faite avec le logiciel SPSS 26.

**Résultats :** Au total 205 participants ont été recrutés dans 8 marchés formels de Yaoundé. L'âge médian était de 34 ans et on notait une prédominance féminine (60,49%), avec un sexe ratio H/F de 0,65. Le niveau de connaissances des participants sur les 5 dermatoses était majoritairement moyen pour la dartre (45%) et la teigne (80%) ; bon pour l'érythème fessier (47%) ; mauvais pour l'acné (37%) ; insuffisant pour la gale (69%). Concernant les attitudes, on notait majoritairement une utilisation concomitante de la médecine traditionnelle et la médecine moderne pour le traitement des 5 dermatoses. Concernant les pratiques, une proportion observait avant d'agir (39,02%) et l'autre avait recours à l'automédication (38,05%). L'inventaire des médicaments traditionnels utilisés dans le traitement des dermatoses a permis de recenser 25 plantes et 2 produits. Les familles botaniques les plus représentées étaient les *Fabaceae*, les *Annonaceae* et les *Lamiaceae*. Les organes de plantes les plus utilisés étaient les



feuilles et les écorces. Le mode d'administration était principalement cutané par les huiles (49,4%) et les bains (45,78%).

**Conclusion :** Le niveau de connaissances des populations sur la PEC communautaire de ces dermatoses est majoritairement moyen. Les attitudes notaient l'utilisation à la fois de la médecine traditionnelle et conventionnelle. Les pratiques étaient en faveur d'une abstention thérapeutique et/ou une automédication.

**Mots clés :** connaissances, attitudes, pratiques, dermatoses, médecine traditionnelle, prise en charge communautaire.

## SUMMARY

**Introduction:** A common dermatosis is a skin disease that frequently affects the general population or a specific population. In Cameroon, as elsewhere in Africa, dermatosis remain a major public health problem. This is why we thought it would be appropriate to learn more about the knowledge, attitudes and practices of the population regarding the community management of some dermatoses.

**Objective:** To describe the knowledge, attitudes and practices of the population of the city of Yaoundé regarding the community management of 5 common dermatoses.

**Methodology:** This was a descriptive cross-sectional KAP study of all adults who had used Traditional medicine for the treatment of 5 common dermatoses, namely tartar, scabies, ringworm, acne and diaper rash, in the city of Yaoundé. Attitudinal and practical knowledge was assessed using a questionnaire that had been pre-tested and adapted. An inventory of treatments was carried out with the help of the same questionnaire and the support of a Traditional Healer, in order to identify these treatments according to their vernacular names. The variables studied were socio-demographic profile, levels of knowledge, attitudes, practices and treatments used concerning community dermatoses care. Data analysis was performed using SPSS 26 software.

**Results:** A total of 205 participants were recruited from 8 formal markets in Yaoundé. The median age was 34 years, with a predominance of women (60.49%) and a sex ratio M/F of 0.65. Participants' knowledge of the 5 dermatosis was mostly average for scurf (45%) and ringworm (80%); good for diaper rash (47%); poor for acne (37%); insufficient for scabies (69%). In terms of attitudes, the majority used traditional and modern medicine concomitantly to treat the 5 dermatoses. As for practices, one proportion observed before acting (39.02%), while the other resorted to self-medication (38.05%). The inventory of traditional medicines used to treat dermatitis identified 25 plants and 2 products. The most common botanical families were *Fabaceae*, *Annonaceae* and *Lamiaceae*. The most commonly used plant organs were leaves and bark. The mode of administration was through the skin using oils (49.4%) and baths (45.78%).

**Conclusion:** People's level of knowledge about community management of these dermatoses is mostly average. Attitudes indicated the use of both traditional and conventional medicine. Practices favoured therapeutic abstention and/or self-medication.

**Key words:** knowledge, attitudes, practices, dermatoses, traditional medicine, community management.

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Structure de la peau - Media LAROUSSE .....	10
Figure 2 Coupe histologique d'une peau humaine la coloration à l'hématoxyline et à l'éosine .....	11
Figure 3 Structure de l'épiderme .....	13
Figure 4 Structure du derme.....	14
Figure 5 L'Hypoderme .....	15
Figure 6 Rôle de la peau dans la Thermorégulation.....	16
Figure 7 Follicule pileux a) Représentation schématisée du follicule pilosébacée b) Coupe transversale du follicule pileux juste au-dessous de l'abouchement des glandes sébacées c) Coupe transversale du follicule pileux juste au-dessus du bulbe pileux d) Coupe transversale d'un bulbe pileux montrant des mélanocytes (M) apportant de la mélanine à l'épithélium précortical e) Coupe longitudinale d'un bulbe pileux.....	17
Figure 7 Les Dermatophytes .....	18
Figure 8 Teigne tondantes microsporique .....	19
Figure 9 Teigne trichosporique .....	20
Figure 10 Teigne favique .....	21
Figure 11 Kérion .....	21
Figure 12 Teigne de la barbe.....	22
Figure 13 Pityriasis versicolor.....	25
Figure 13 Gale.....	28
Figure 14 Acné.....	32
Figure 15 Dermite de siège en « W ».....	35
Figure 18 Niveau de connaissance sur la dartre .....	53
Figure 19 Niveau de connaissance sur la teigne .....	55
Figure 20 Niveau de connaissance sur la Gale.....	57
Figure 21 Niveau de connaissance sur l'acné.....	59
Figure 22 Niveau de connaissance sur l'érythème fessier .....	61

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Structure de l'échantillon.....	50
Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée .....	51
Tableau III : Age et niveau de connaissances sur la dartre .....	52
Tableau IV : Sexe et niveau de connaissances sur la dartre .....	52
Tableau V : Niveau d'instruction et niveau de connaissances sur la dartre .....	53
Tableau VI: Age et niveau de connaissances sur la teigne .....	54
Tableau VII : Sexe et niveau de connaissance sur la teigne.....	54
Tableau VIII : Niveau d'étude et niveau de connaissances sur la teigne .....	55
Tableau IX : Age et niveau de connaissances sur la gale.....	56
Tableau X: Sexe et niveau de connaissances sur la gale.....	56
Tableau XI : Niveau d'étude et niveau de connaissances sur la gale.....	57
Tableau XII : Age et niveau de connaissances sur l'acné .....	58
Tableau XIII : Sexe et niveau de connaissances sur l'acné.....	58
Tableau XIV : Niveau d'étude et niveau de connaissances sur l'acné.....	59
Tableau XVI : Age et niveau de connaissances sur l'érythème du fessier .....	60
Tableau XVII : Sexe et niveau de connaissances sur l'érythème du fessier .....	60
Tableau XVIII : Niveau d'étude et niveau de connaissances sur l'érythème du fessier .....	61
Tableau XIX : Opinions des participants sur les 05 dermatoses .....	62
Tableau XX : Pratiques en matière de traitement indigène.....	64
Tableau XXI : Médicaments Traditionnels signalés pour le traitement des 5 dermatoses .....	65
Tableau XXII : Pourcentages des Formes de traitements .....	66

## **LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES & SYMBOLES**

ATB : Antibiotiques

CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIER : Comité Institutionnel d’Ethique et de la Recherche

FID : Fondation Internationale de Dermatologie

INS : Institut National de Statistiques

KAP : Knowledge, Attitudes and Pratiques

MT : Médecine Traditionnelle

MC : Médecine Conventiennelle / Parallèle

MTA : Médicament traditionnel amélioré

OAPI : Organisation Africaine de la Propriété Intellectuelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise en Charge

PM : Phytomédicament

SIDA : Syndrome d’Immunodéficience Acquise

SOAS : School of Oriental and African Studies

VIH : Virus de l’Immunodéficience Humaine

## **INTRODUCTION**

Les maladies de la peau constituent encore au 21<sup>ème</sup> siècle, un problème majeur de sante publique dans tous les pays en développement [1]. Pourtant la moitié de ces pays n'ont pas de dermatologues en nombre suffisant et cela occasionne une faible couverture en soins dermatologiques de la population[2].

Les dermatoses sont parmi les cinq premières causes de morbidité et d'incapacité de travail en Afrique. Environ 30% des patients reçus dans les centres de soins en Afrique souffrent des maladies de peau [1]. Les dermatoses courantes comprennent entre autres des affections telles que l'acné, l'eczéma, les infections fongiques, les éruptions cutanées.

Selon l'OMS[3], la médecine traditionnelle (MT) a été le seul système de soins de santé disponible pendant des siècles pour la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies sociales, mentales et physiques. Les insuffisances de la médecine moderne, l'insuffisance d'accès aux médicaments essentiels (OMS) et le faible pouvoir d'achat de nos populations seraient également à l'origine de l'engouement actuel pour la MT[4].

L'ethnomédecine en sciences humaines, est considérée comme une branche de l'anthropologie médicale. Elle se définit comme l'étude des médecines traditionnelles et de leurs logiques internes en termes de conduites thérapeutiques, de discours produits et de représentations du corps, de la santé, de la maladie, de la naissance, de la mort et du malheur, incluant le rapport entre santé et sacré ou santé et magie. En médecine, elle est fréquemment définie comme la synthèse qui peut être effectuée entre médecine occidentale et médecines traditionnelles des pays non occidentaux. C'est une approche holistique, pluridisciplinaire, qui intègre à la fois ethnobotanique, ethnologie et ethnopharmacologie.[5]

Les pays où la MT constitue l'une des sources premières de soins de santé sont habituellement ceux où les services de santé qui s'appuient sur la médecine conventionnelle sont, dans l'ensemble, peu disponibles et/ou peu accessibles. Sa présence locale et son coût abordable expliqueraient pourquoi la MT est d'un usage répandu en Afrique et dans certains pays en développement. Ainsi, en Afrique, on dénombre 1 guérisseur pour 500 personnes, contre 1 médecin pour 40 000 personnes. En milieu rural, les guérisseurs locaux restent donc les prestataires de santé de millions de gens [6]. En Afrique et Asie, 80% de la population continuent d'utiliser les médicaments traditionnels plutôt que des médicaments modernes pour des soins de santé primaires[4]. En effet, la MT au Cameroun comme partout ailleurs en Afrique a connu une certaine évolution ces 20 dernières suite à la crise financière des années 1980 qui a provoquée une baisse de revenu moyen des ménages et d'une hausse des disparités au seins

des populations modifiant ainsi la demande de soins. Elle est reconnue comme l'un des 3 sous-secteurs du système de santé Camerounais qui joue un rôle essentiel dans la prise en charge des pathologies et la délivrance des soins traditionnels dans nos communautés dans nos communautés.

La pharmacopée traditionnelle offre ainsi, des voies pour une recherche enrichissante et exaltante, dont les résultats peuvent conduire à la mise au point de médicaments utilisables dans le traitement des pathologies majeures [4]

Nous avons donc pensé à mener une enquête sur les connaissances, les attitudes face aux pathologies courantes rencontrées dans notre environnement (recherches et demandes de soins en milieu hospitalier) et enfin sur les pratiques ethno médicales voire ethno pharmacothérapeutique pour identifier les recettes traditionnellement utilisées dans la prise en charge des dermatoses courantes.



## **CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE**

## I.1. Justification

L'étude des connaissances, attitudes et pratiques des populations à l'égard de la prise en charge communautaire de ces 5 dermatoses courantes revêt une importance critique pour plusieurs raisons ;

Premièrement, les conditions dermatologiques sont des problèmes de santé publique dans les pays en voie de développement qui affectent un nombre substantiel d'individus dans les communautés, impactant leur qualité de vie et leur productivité.[7] D'après l'INS, 85% de la population urbaine vivait dans des logements précaires en 2011 et 70% de l'espace urbain était occupé par les quartiers d'habitat spontané, anarchique et indécents. Les habitants de ces quartiers spontanés font face au manque d'infrastructures d'assainissement de base ou les conditions d'hygiène y sont souvent défectueuses, ce qui peut favoriser la propagation de ces maladies qui peuvent être facilement traitées et prévenues. Ajouté à cela l'inaccessibilité aux médicaments génériques de qualité pour les populations plus démunies, le manque de personnel de santé qualifié pour une gestion efficace de ces pathologies. En effet, le Cameroun compte **un médecin pour 11 000 habitants, un infirmier pour 2000 habitants et un aide-soignant pour 3000 habitants** et très peu de dermatologue dans de nombreuses régions. En 2018, l'effectif du personnel médical exerçant au MINSANTE était estimé à 38 207 et le ratio personnel/population calculé restait largement inférieur à la norme de l'OMS qui est de 2,3 pour 1000 habitants.[8]

Deuxièmement, une compréhension approfondie des perceptions locales permettrait de concevoir des programmes de sensibilisation et d'éducation adaptés, favorisant ainsi une détection précoce et une gestion efficace des affections cutanées.

Troisièmement, en identifiant les lacunes dans les connaissances et les pratiques actuelles liées à ces caractéristiques sociodémographiques, cette recherche pourrait orienter les politiques de santé publique vers des interventions mieux ciblées et plus efficaces.

Enfin, la rareté d'études portant sur les pratiques d'auto-médication appropriées utilisées pour combler les insuffisances en besoins sanitaires au niveau communautaire, afin de réduire la charge économique et sociale associée à ces dermatoses, renforçant ainsi la résilience sanitaire des populations locales.

## **I.2. Question principale de recherche**

Quelles sont les Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations de Yaoundé relatives à la prise en charge communautaire de 5 dermatoses courantes ?

### **I.2.1. Questions spécifiques**

1. Quelles sont les Connaissances des populations de Yaoundé relatives à la prise en charge communautaire de 5 dermatoses courantes ?
2. Quelles sont les Attitudes des populations de Yaoundé relatives à la prise en charge communautaire de 5 dermatoses courantes ?
3. Quelles sont les pratiques des populations de Yaoundé relatives à la prise en charge communautaire de 5 dermatoses courantes ?

## **I.3. Hypothèse principale de recherche**

Les Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations de Yaoundé ont une influence sur leur prise en charge communautaire de 5 dermatoses courantes.

### **I.3.1. Hypothèses spécifiques**

1. Les Connaissances des populations de Yaoundé ont une influence sur leur prise en charge communautaire de 5 dermatoses courantes ;
2. Les Attitudes des populations de Yaoundé ont une influence sur leur prise en charge communautaire de 5 dermatoses courantes ;
3. Les Pratiques des populations de Yaoundé ont une influence sur leur prise en charge communautaire de 5 dermatoses courantes.
4. La majorité des participants ont recours à la médecine traditionnelle pour la prise en charge communautaire de 5 dermatoses courantes.

## **I.4. Objectifs**

### **I.4.1. Objectif général**

Évaluer les Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations de Yaoundé qui ont une influence sur la prise en charge communautaire de 5 dermatoses courantes

#### I.4.2. Objectifs spécifiques

1. Évaluer le niveau de Connaissances des populations de Yaoundé qui ont une influence sur la prise en charge communautaire de 5 dermatoses courantes ;
2. Analyser les Attitudes des populations de Yaoundé qui ont une influence sur la prise en charge communautaire de 5 dermatoses courantes ;
3. Identifier les Pratiques des populations de Yaoundé qui ont une influence sur la prise en charge communautaire de 5 dermatoses courantes ;
4. Inventorier les recettes traditionnelles utilisées par les populations de Yaoundé pour la prise en charge des 5 pathologies en ethnomédecine.

#### I.5. Définitions des termes opérationnels

- **Connaissances :** ensemble des informations acquises sur les 5 dermatoses courantes par les populations.
- **Attitudes :** ensemble de perceptions, des croyances, des représentations, et des motivations des populations face à ces 5 pathologies.
- **Pratiques :** actes réels réalisés par les populations face à ces 5 dermatoses courantes.
- **Dermatose courante :** Les dermatoses sont considérées comme un ensemble de pathologies dont les symptômes les plus visibles se manifestent au niveau des organes cible notamment la peau, les muqueuses et les phanères. Une dermatose courante est une dermatose qui affecte fréquemment la population générale ou une population spécifique. Dans le cadre de cette étude nous retenons 05 dermatoses : la scabiose, la teigne du cuir chevelure, le pityriasis versicolor, l'acné, et l'érythème fessier.
- **Prise en charge communautaire :** c'est une stratégie d'intervention qui implique les membres d'une communauté dans l'exécution de certaines activités d'un programme pour l'atteinte des objectifs de ce programme. Elle implique: la mise à disposition de moyens (matériels, techniques, financiers et humains); la dissémination du programme pour une meilleure appropriation du contenu en vue

de l'atteinte des objectifs[9]. Dans le cadre de cette étude nous avons considéré comme prise en charge communautaire, celle assurée par les tradipraticiens.

- **Membre de la communauté :** une communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociale. Ces membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes, des intérêts et aspirations communs.
- **Médecine traditionnelle (MT):** Selon l'OMS (2002), la Médecine Traditionnelle « se rapporte aux pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels – séparément ou en association – pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé[10]
- **Médecine complémentaire ou Médecine Parallèle (MC) :** parfois également « Médecine Non-Conventionnelle » ou « Médecine Alternative », « regroupe des approches, des pratiques, des produits de santé et médicaux, qui ne sont pas habituellement considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle » (OMS).
- **Médicament traditionnel :** c'est un médicament issu du milieu naturel, à savoir de plantes, d'animaux ou de minéraux. Comme tout médicament, ils sont dotés d'un but thérapeutique ou préventif, reposant sur des preuves historiques ou ethnologiques, étayées par des ouvrages de référence traitant des médecines autres que celles reposant sur des normes scientifiques conventionnelles.
- **Phytomédicament / Médicament traditionnel amélioré :** Un PM/MTA est un médicament à base de plantes, tiré des pharmacopées traditionnelles, dont la composition chimique a été testée et dont la toxicité a fait l'objet de tests sur les animaux. Son efficacité thérapeutique a été démontrée par des études scientifiques appropriées et sa production est contrôlée. Il est conservé dans des boîtes, des flacons ou des sachets minutieusement identifiés, cette étiquette reprend la composition, la posologie et le mode de prise du médicament. (46)

- **Médicament à base de plantes :** Le Code de la Santé Publique définit le médicament à base de plantes comme tout médicament dont les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes ou une association de plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes.

Une substance végétale est l'ensemble des plantes, parties de plantes, algues, champignons, lichens, principalement entiers, fragmentés ou coupés, utilisés en l'état, desséchés ou frais, ainsi que certains exsudats n'ayant pas subi de traitements spécifiques ; les substances végétales sont précisément définies par la partie de la plante utilisée et la dénomination botanique selon le système à deux mots : genre, espèce, variété et auteur. Une préparation à base de plantes est obtenue par traitement de substances végétales, tel que l'extraction, la distillation, l'expression, le fractionnement, la purification, la concentration ou la fermentation ; elles comprennent les substances végétales concassées ou pulvérisées, les teintures, les extraits, les huiles essentielles, les jus obtenus par pression et les exsudats traités.

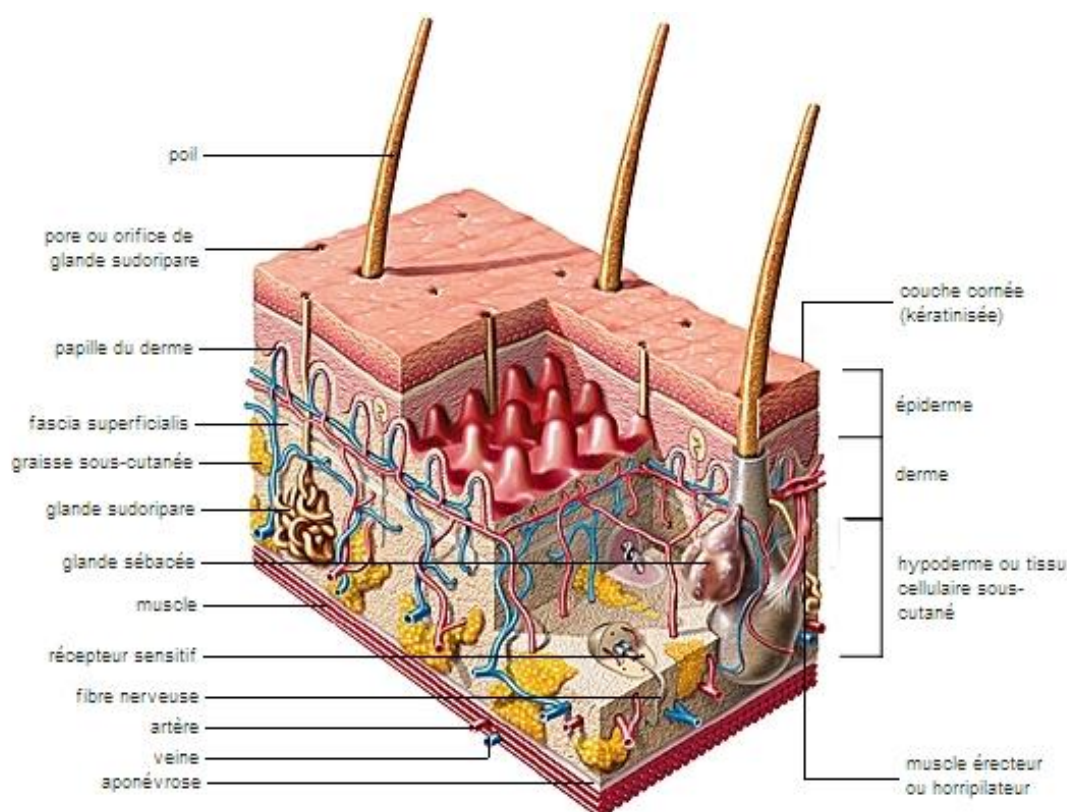
- **Tradipraticien :** Selon l'OMS, le tradipraticien est celui qui « est reconnu par la collectivité dans laquelle il vit comme compétent pour dispenser des soins de santé grâce à l'emploi de substances végétales, animales ou minérales et d'autres méthodes basées aussi bien sur le fondement socioculturel et religieux que sur les connaissances, comportements et croyances liés au bien-être physique, mental et social, ainsi qu'à l'étiologie des maladies prévalant dans la communauté » (rwangabo 1993)
- **Herboristes :** le terme herboriste désigne de manière générale une personne autorisée à vendre des plantes médicinales selon les symptômes des patients. Il possède donc une grande connaissance de l'efficacité, de la toxicité, du dosage et de la préparation des plantes médicinales.

## **CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE**

## II.1. RAPPELS DES CONNAISSANCES

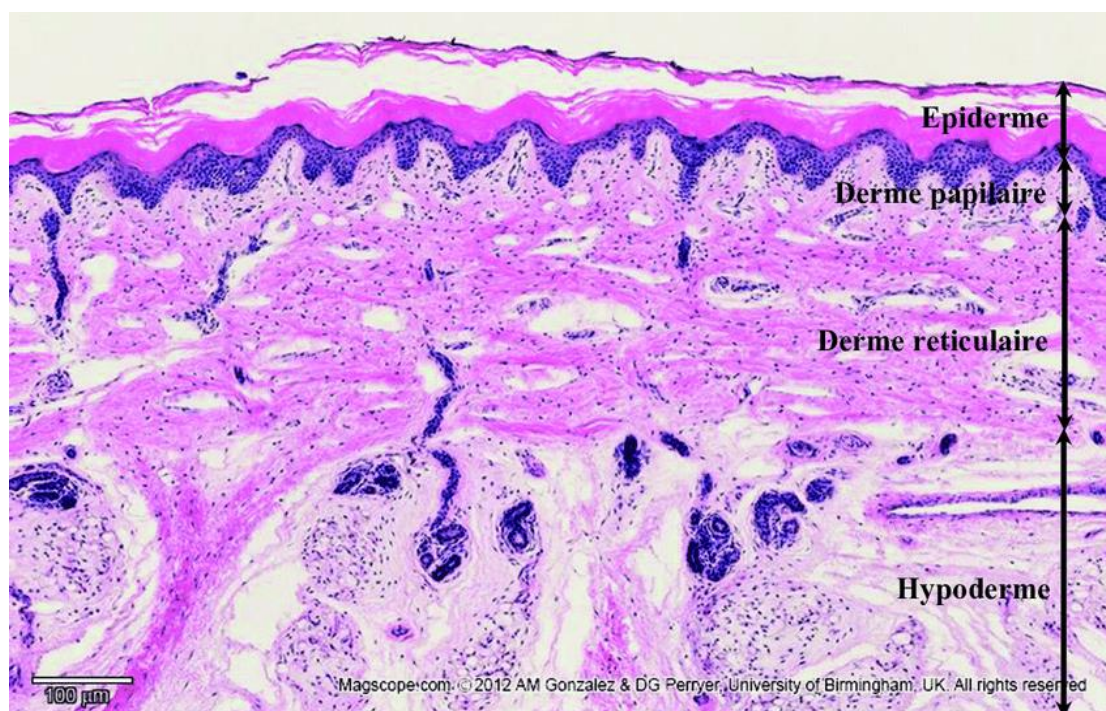
### II.1.1. Rappels histologiques de la peau

La peau a un rôle fondamental de protection contre l'environnement et les agressions extérieures. La peau est constituée de trois feuillets superposés qui sont : l'épiderme, tissu le plus superficiel de la peau jouant un rôle de barrière essentielle, le derme et l'hypoderme, feuillet le plus interne. A ces couches sont associées des annexes : les glandes pilosébacées et sudoripares[11–13].



**Figure 1 : Structure de la peau - Media LAROUSSE**





**Figure 2 Coupe histologique d'une peau humaine la coloration à l'hématoxyline et à l'éosine**

#### ***II.1.1.1. L'Epiderme***

L'épiderme est un épithélium pavimenteux stratifié (malpighien) avasculaire et kératinisé en renouvellement permanent. Il est constitué de kératinocytes à 90%, de mélanocytes, de cellules de Merkel et de cellules de Langerhans. Il se compose de plusieurs couches dont le rôle principal est de synthétiser la couche cornée semi-perméable, lui permettant d'assurer sa principale fonction de barrière protectrice du milieu extérieur[11–13].

- La couche germinative ou de cellules basales est la couche la plus interne de l'épiderme. Elle est constituée d'une seule assise de cellules cylindriques ou cubiques en lien solide avec le derme par l'intermédiaire d'une membrane basale et rattachées entre elles par des hémidesmosomes et des contacts focaux. C'est à ce niveau que se font les mitoses : une cellule se divise en deux cellules fille, une restant dans la couche basale et une autre qui migre dans les couches supérieures pour subir les différentes différenciations[11–13]

- La couche épineuse ou couche de Malpighi (ou corps muqueux de Malpighi) est constituée de quatre à huit assises de cellules polyédriques dont la taille est plus importante que les kératinocytes de la couche basale. En effet, le cytoplasme est plus volumineux, le noyau plus important, les organites cytoplasmiques y sont plus nombreux. Les noyaux sont à l'origine de la synthèse de kératine expliquant les nombreux filaments dans la cellule. De plus, les cellules épineuses sont reliées entre elles par de nombreux desmosomes conférant à ces cellules cet aspect épineux [11–13]
- Dans les couches supérieures apparaissent les corps lamellaires issus des vésicules golgiennes et progressivement ces cellules s'aplatissent et migrent à la surface pour donner naissance à la couche granuleuse. Cette couche est constituée d'une à quatre assise(s) de cellules, cellules caractérisées par la présence de granules dans leur cytoplasme (les grains de kératohyaline) et par l'apparition de kératinosomes (filaments de kératine formés par agrégation de profilaggrines, précurseurs de la filagrine, protéine matricielle des cornéocytes). C'est à ce niveau que commence la kératinisation [11,13].

Lors de ce processus, différents phénomènes ont lieu : exocytose dans l'espace intercellulaire (entre la couche cornée et la couche granuleuse) des granules, fusion des kératinosomes avec la membrane plasmique, puis autolyse des noyaux et des organites cellulaires et formation de la membrane cornée sous la membrane plasmique[11] .

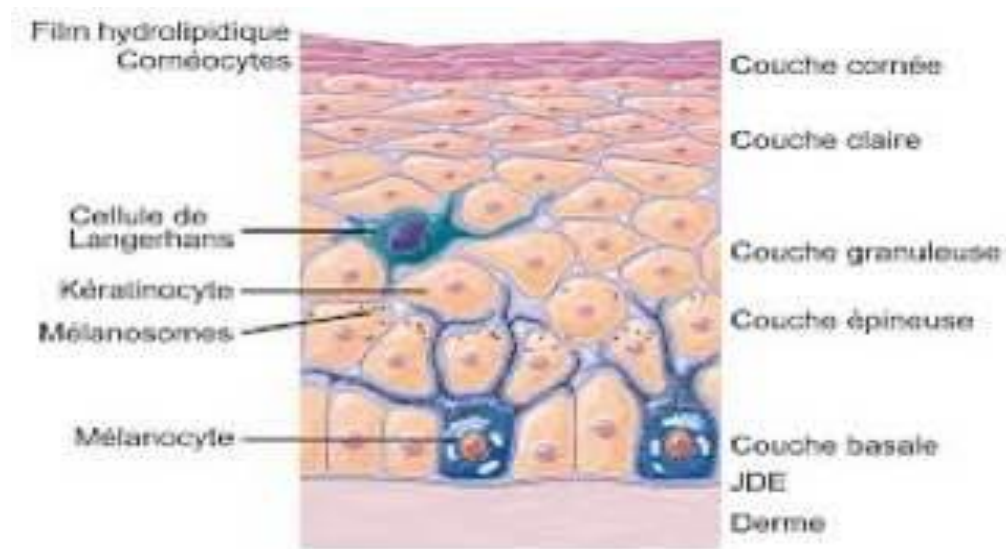
La couche cornée est constituée de cinq à dix couches de cellules selon la localisation corporelle. Les cornéocytes sont des cellules aplaties, kératinisées et anucléées et la membrane plasmique est remplacée par une paroi lipidique qui double l'enveloppe cornée. Par la suite ces cornéocytes subissent une mort cellulaire programmée aboutissant à la desquamation suite à la lyse du ciment intercellulaire[13]

L'épiderme est également constitué de mélanocytes, cellules dendritiques spécialisées situées dans la couche basale de l'épiderme et dans les follicules pileux. Elles ont la capacité de sécréter la mélanine, responsable de la couleur de la peau, des cheveux et des poils. Cette mélanine a une action photo protectrice en agissant comme filtre solaire inerte en diffractant et/ou en réfléchissant les rayonnements et en neutralisant notamment les radicaux libres[11,13]

De plus, l'épiderme est constitué de cellules de Langerhans de 2 à 4%, cellules dendritiques synthétisées dans la moelle osseuse et situées dans la couche basale de

l'épiderme. Leur principale fonction est la présentation antigénique aux lymphocytes T naïfs pour toutes les molécules qui passent la couche cornée[13].

Enfin l'épiderme est composé de cellules de Merkel, inégalement réparties dans l'épiderme, au niveau de la couche basale. Elles comportent des mécanorécepteurs essentiels au toucher par ses connexions avec les terminaisons nerveuses [13].



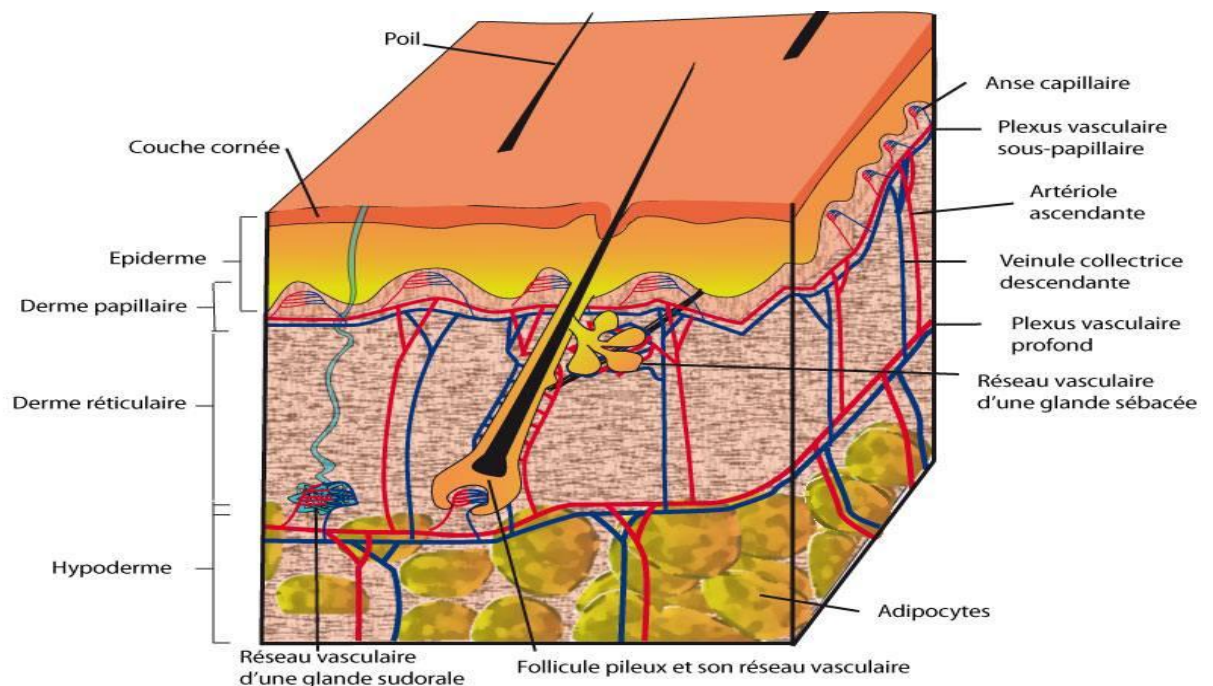
**Figure 3 Structure de l'épiderme**

#### **II.1.1.2. Le derme**

Le derme est un tissu conjonctif riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques lui permettant d'assurer sa principale fonction de nutrition de la peau. Il est essentiellement constitué de collagène qui forme deux parties dans le derme : le derme papillaire (derme superficiel) et le derme réticulaire. Le derme est constitué de fibroblastes, cellules responsables de la sécrétion de fibres de collagène mais aussi d'élastine et de réticuline. Il contient également des macrophages, cellules médullaires ayant une fonction antigénique, immunologique soit en phagocytant les agents pathogènes soit en étant cellule présentatrice d'antigène[11,13].

- Le derme papillaire est caractérisé par de fines fibres de collagène, il est riche en fibroblastes et macrophages.[11,13]

- Le derme réticulaire forme un tissu conjonctif beaucoup plus dense car les fibres de collagène sont regroupées en faisceaux épais. Il sera plus ou moins épais en fonction de la localisation corporelle (plus fin au niveau des paupières que du dos). Les fibroblastes et macrophages y sont présents mais en faible quantité. Cependant il comporte des cellules dendritiques qui vont capter l'antigène et le présenter aux lymphocytes T après maturation dans les ganglions lymphatiques permettant ainsi de déclencher une réponse immunitaire spécifique.[11,13]

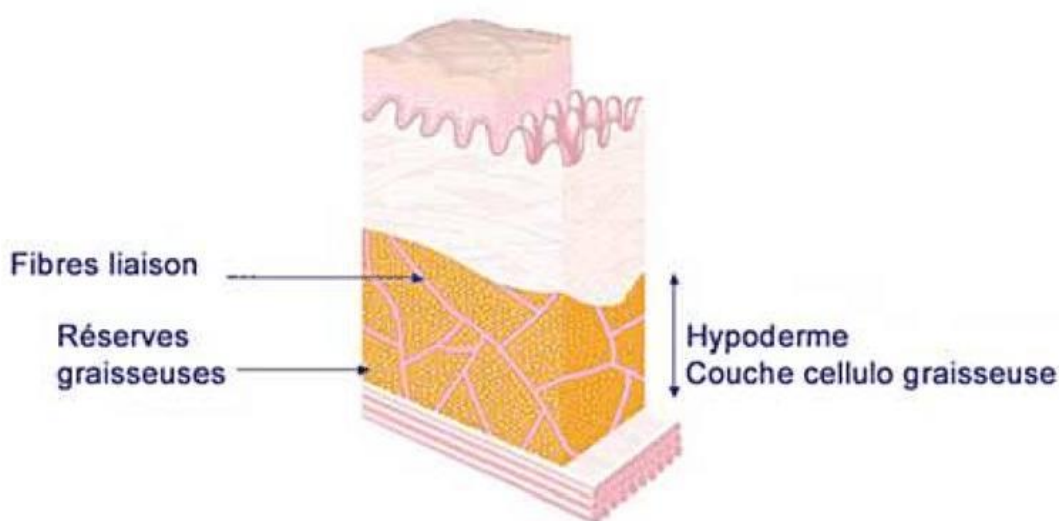


**Figure 4 Structure du derme**

#### ***II.1.1.3. L'hypoderme***

L'hypoderme est un tissu conjonctif lâche avascularisé constitué d'adipocytes formant des lobules graisseux et de septums interlobulaires séparant les lobules. Il a pour fonction principale d'assurer le soutien du derme et de l'épiderme et il joue le rôle de réserve énergétique car il est capable de stocker et de restituer les graisses en fonction des besoins [11–13].





**Figure 5 L'Hypoderme**

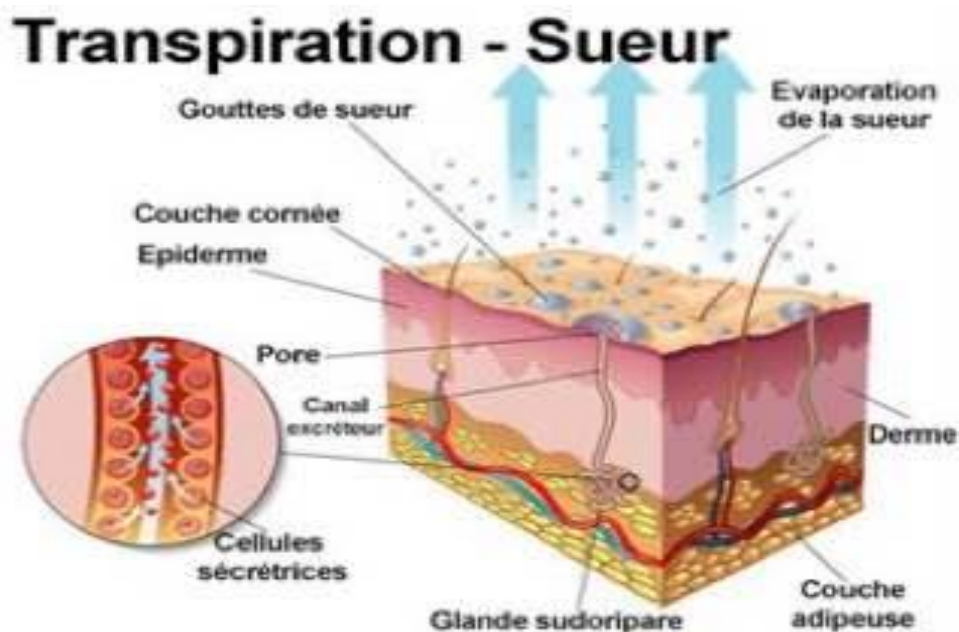
#### ***II.1.1.4. Renouvellement cellulaire***

Physiologiquement le renouvellement cellulaire de l'épiderme est un phénomène en équilibre : la formation par les cellules basales de nouveaux kératinocytes compense la desquamation des cornéocytes. Dans des conditions normales, il dure en moyenne 28 jours[11,13].

#### ***II.1.1.5. Les annexes cutanées***

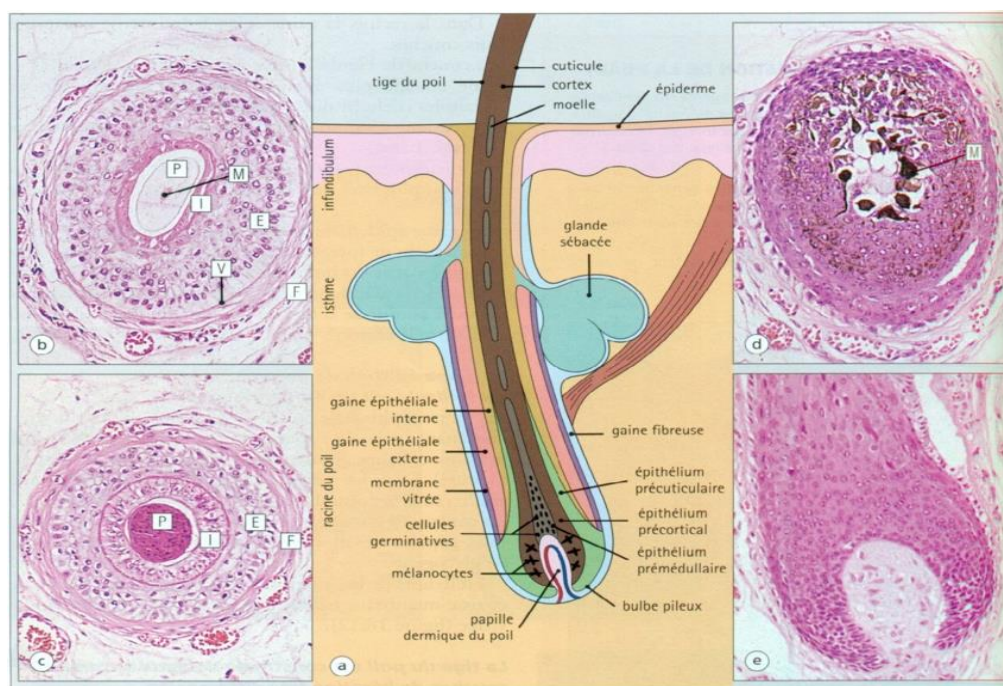
Les annexes cutanées regroupent les glandes sudoripares, les follicules pilosébacées et les ongles[13].

- **Les glandes sudoripares** jouent un rôle primordial dans la lutte contre la chaleur. Lorsque la température du corps s'élève, la sueur qui s'écoule alors s'évapore à la surface de la peau. Lorsqu'une molécule d'eau passe de l'état liquide à celui de vapeur, elle absorbe un peu de chaleur qui s'éloigne du corps. La température de la peau chute, celle des vaisseaux également et le corps se refroidit[11,13].



**Figure 6 Rôle de la peau dans la Thermorégulation**

- **Le follicule pilo-sébacé** est l'association du poil (follicule pileux) et de la glande sébacée qui est responsable de la production du sébum. Le sébum est un liquide gras qui protège la peau des micro-organismes en l'acidifiant et qui maintient l'hydratation de l'épiderme. Le poil comporte trois parties essentielles : une partie vivante appelée bulbe, responsable du renouvellement pileux, une partie isthmique et une autre partie appelée tige, formée de cellules cornées mortes[11,13].



**Figure 7 Follicule pileux** a) Représentation schématique du follicule pilosébacée b) Coupe transversale du follicule pileux juste au-dessous de l'abouchement des glandes sébacées c) Coupe transversale du follicule pileux juste au-dessus du bulbe pileux d) Coupe transversale d'un bulbe pileux montrant des mélanocytes (M) apportant de la mélanine à l'épithélium précortical e) Coupe longitudinale d'un bulbe pileux.

- **Les ongles** : Anatomiquement l'ongle comprend 3 régions distinctes ; La racine, la tablette sous laquelle se trouvent le lit unguéal et le bord libre. La racine est partiellement recouverte par le repli sus unguéal proximal ou repli postérieur qui se prolonge par les replis sus unguéaux latéraux. En distalité du repli proximal se trouve l'éponychium qui recouvre une partie de la lunule (c'est le croissant pale). En distalité la face ventrale du bord libre de la tablette se trouve au contact d'un repli épidermique épais appelé hyponichium. Les ongles poussent en moyenne de 0,1mm par jour plus vite en été qu'en hiver et plus vite aux doigts qu'aux orteils[11,13].

## II.1.2. Les Pathologies courantes en dermatologique

En pratique courante, la dermatologie quotidienne est représentée par quelques pathologies qui sont entre autres :

### ***II.1.2.1. Les dermatoses d'origine mycosique***

#### ***II.1.2.1.1. Les dermatophytes:***

- **Définition**

Les dermatophytes constituent l'ensemble des manifestations cutanéomuqueuses et phanériennes dues à des champignons caractérisés par leur affinité pour la kératine. Ces champignons sont appelés dermatophytes. Elles constituent la première cause des motifs de consultations dermatologiques avant les eczémas et les pyodermes.

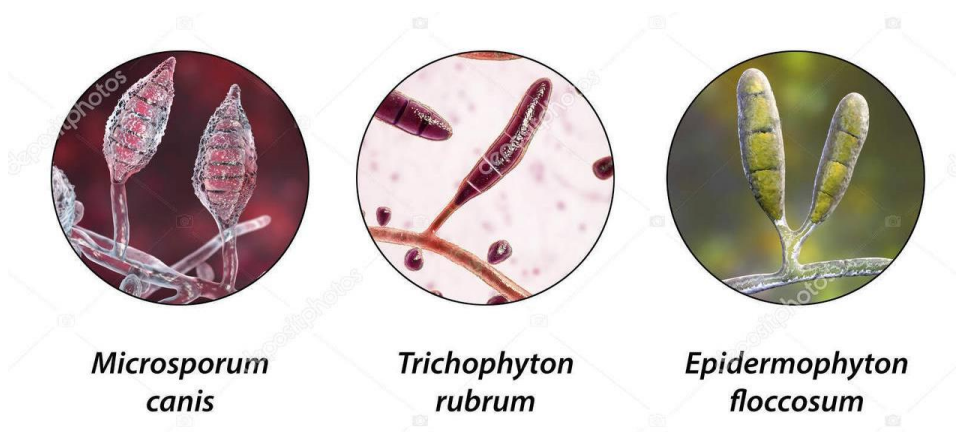
- **Les facteurs favorisants :**

Parmi eux, on peut citer : l'infection par le VIH, le diabète, toutes les causes d'immunodépressions, la chaleur, une hygiène défectueuse et certaines attitudes vestimentaires[14].

- **Classification des dermatophytes**

On distingue trois genres de dermatophytes qui sont[14] ;

- Le trichophyton [TR]
- L'epidermophyton[E]
- Le Microsporum [M].



**Figure 8 Les Dermatophytes**



#### ***II.1.2.1.2. Teignes[15]***

Ce sont des infections dermatophytiques dues à un parasitisme pileaire. Elles sont rares chez l'adulte (mais l'homme peut développer une teigne de la barbe).

- **Diagnostic – Formes cliniques**

**Teignes du cuir chevelu :** Elles touchent l'enfant avant la puberté.

- **Teigne tondantes microsporiques :** Elles donnent des plaques alopéciques arrondies de quelques centimètres de diamètre, uniques ou multiples, d'extension centrifuge. Sur un fond de squames, les cheveux sont cassés régulièrement à quelques millimètres de la peau.



**Figure 9 Teigne tondantes microsporique**

- **Teigne tondantes trichophytiques :** Elles se traduisent par la présence de petites lésions éparses, squamo-croûteuses parfois pustuleuses engluant des cheveux cassés très court.



**Figure 10 Teigne trichosporique**

- **Teigne favique (Favus) :** Elle se manifeste par des plaques alopéciques inflammatoires et cicatricielles en petites dépressions cupuliformes remplies de croûtes (godets faviques). Ces sont constituées de poils agglomérés. En dessous des plaques, la peau est dépliée, lisse, rouge, inflammatoire ou même ulcérée et suppurante. Les cheveux persistant par touffes sont ternes, décolorés sur toute leur longueur.



**Figure 11 Teigne favique**

- **Teigne inflammatoire (Kérion) :** Le kérion se traduit par une réaction immunitaire excessive au dermatophyte. Elle réalise des placards inflammatoires ponctués d'orifices pilaires dilatés d'où les cheveux sont expulsés et d'où coule du pus. On retrouve souvent de petites adénopathies satellites inflammatoires mais pas de fièvre.



**Figure 12 Kérion**

### **Teigne de la barbe**

La teigne de la barbe se présente comme une folliculite aiguë suppurée avec plages papuleuses inflammatoires, pustuleuses, parfois verruqueuses. Elle est difficile à distinguer cliniquement d'une folliculite bactérienne.



**Figure 13 Teigne de la barbe**

- **Aspects atypiques**

Le diagnostic de teigne du cuir chevelu est difficile dans certains cas :

- Pityriasis (état pelliculaire) diffus ;
- Teignes modifiées par l'application de topiques ;
- Teignes des immunodéprimés, en particulier ceux avec une infection au VIH, pouvant simuler une dermatite séborrhéique ou un psoriasis.

- **Diagnostic différentiel**

- Psoriasis du cuir chevelu
- Dermatite séborrhéique
- Fausse teigne amiantacée
- Lupus érythémateux chronique du cuir chevelu
- Autres causes d'alopecies circonscrites

- **Diagnostic mycologique**

Il est indispensable en raison de la faible valeur prédictive de l'examen clinique (polymorphisme lésionnel). Il doit être fait avant toute prescription d'antifongique local ou systémique, après une fenêtre thérapeutique de 2 semaines au moins.

**Examen des lésions en lumière ultraviolette (Lampe de Wood)**

La fluorescence est variable selon l'agent pathogène :

- Dermatophytose microscopique : fluorescence « jaune-verte » des poils ;
- Atteinte trichophytique : absence de fluorescence.

L'examen précise l'extension des lésions.

**Prélèvement de squames (Grattage), de cheveux atteints**

Ce prélèvement permet l'examen mycologique direct. Il confirme immédiatement l'existence d'un parasitisme en identifiant les filaments septés du dermatophyte, mais ne précise pas sa nature.

La culture sur milieu de Sabouraud (long délai : 3 à 4 semaines) précise le genre du champignon et l'espèce responsable.

- **Traitement**

Les modalités du traitement et de la prise en charge sont les suivantes :

- Le traitement doit être au moins de 6 semaines ; jusqu'à la guérison complète clinique et mycologique ;
- Il est local et systémique ;
- Toute la famille doit être examinée en cas d'agent anthropophile ;
- Si l'agent retrouvé est zoophile, l'animal doit être traité ;
- La législation impose une éviction scolaire « sauf en cas de présentation d'un certificat médical attestant d'une consultation et de la prescription d'un traitement adapté », avec contrôle et le traitement des sujets en contact.

**Traitement local**

Il comporte :

- Les imidazolés ou ciclopiroxolamine dans une forme galénique adaptée au cuir chevelu (solution, crème, shampooing) ;
- La désinfection des bonnets, capuches, brosses avec un antifongique en poudre ;
- La coupe des cheveux infectés du pontour des plaques.

### **Traitement systémique**

**En première intention :** Griséofulvine (Griséfuline) à la dose quotidienne de 1g chez l'adulte et 10-20 mg/kg/j chez l'enfant. C'est le seul antifongique *per os* ayant une AMM et une présentation adaptée chez l'enfant.

**En seconde intention :**

- Terbinafine (Lamisil) à la dose de 250 mg/j. elle est actuellement le fongicide le plus efficace sur les dermatophytes. Mais il n'y a pas de forme galénique pour l'enfant.
- Ketoconazole (Nizoral) à la dose quotidienne de 200 à 400 mg/j. il présente de nombreux effets secondaires dont l'hépatite médicamenteuse. Une surveillance biologique toutes les 2 semaines pendant les 6 premières semaines de traitement est nécessaire.

- **Autres formes cliniques**

- L'atteinte des grands plis
- L'atteinte des petits plis
- L'atteinte des ongles

#### ***II.1.2.1.2. Le pityriasis versicolor [16]***

- **Définition**

C'est une mycose superficielle, bénigne cosmopolite, fréquente dans les deux sexes et prédomine chez les sujets jeunes. Elle est due à *Malassezia furfur*, champignon saprophyte de la peau (levure lipophile).



- **Clinique**

Il se manifeste par des petites taches ou macules hypochromique arrondies, de couleur jaune chamois, finement squameuses, pouvant confluer et fusionner pour donner des grandes nappes à bordure géographique. Les lésions se localisent sur les zones séborrhéiques : haut du thorax, dos, épaules, bras, pouvant s'étendre au cou, au bas du tronc. Le grattage à l'abaisse langue ou à la curette fait détacher les squames (signe du coupeau)[17]



**Figure 14 Pityriasis versicolor**

- **Diagnostic**

Il est facile à faire : sous l'effet de la lumière Wood on met en évidence une fluorescence vert jaunâtre caractéristique des lésions.

L'examen microscopique au scotch test montre au microscope des amas de levures groupés en grappes de raisin.[17]

- **Traitement**

- Dans les lésions± isolées et peu étendues, le traitement est local par l'application d'un topique antifongique matin et soir pendant 2 à 4 semaines.

- Le traitement antifongique consiste ensuite en une application sur tout le corps y compris le cuir chevelu, d'un topique azolé en gel moussant Par exemple : kétoconazole en topique (Kétoderm®, récipient unidose, gel moussant à 2 %). Une deuxième application est recommandée une semaine après.
- Le sulfure de sélénium (selsun®): Après décapage de la peau on applique le Selsun® sur tout le corps à l'aide d'un gant de toilette humide. Après avoir laissé en contact 15 à 20 mn, on rince abondamment. Les applications sont bihebdomadaires pendant 2 à 4 semaines.
- Dans les lésions étendues ou rebelles au traitement local, des azolés actifs par voie orale tels que l'itraconazole (sporanox®), peuvent être prescrits pendant 15 jours à raison de 200mg d'Itraconazole par jour, le Fluconazole voire la griséofulvine sont utilisés par certains auteurs.

#### ***II.1.2.2. Les dermatoses parasitaires***

##### ***II.1.2.2.1. La Gale (Scabiose)[15]***

- **Définition**

La gale humaine est due à la contamination de la peau par un acarien *Sarcoptes scabiei*, variété *hominis*. La réaction de l'organisme contre les sarcoptes et leurs déjections explique la plupart des signes cliniques.

- **Forme typique**

Elle se manifeste par un prurit diffus à recrudescence nocturne, épargnant le visage ; des lésions cutanées non spécifiques fréquentes, due au grattage, et dont la topographie est évocatrice (espaces interdigitaux, face antérieure des poignets, coudes et emmanchures antérieures, ombilic, fesses, face interne des cuisses, organes génitaux externes chez l'homme, mamelon et aréole mammaire chez la femme)

- **Des signes physiques :** sont 3 types : ce sont les sillons, les vésicules et les papules.

**Les sillons scabieux** : ces lésions sinueuses, de quelques millimètres de long, correspondent au trajet de l'acarien femelle dans la couche cornée de l'épiderme. Ils sont surtout visibles entre les doigts et sur la face antérieure des poignets. Ils peuvent être mis en évidence par coloration à l'encre. Chaque sillon contient les œufs pondus et



à l'une des extrémités peut se trouver une discrète surélévation correspondant à la position de l'acarien femelle (éminence acarienne),

**Les vésicules perlées** : ces petites élevures translucides reposant sur une base érythémateuse, siègent surtout dans les espaces interdigitaux,

**Les nodules scabieux** : il s'agit de papulo-nodules rouges ou violacés, prurigineux, parfois excoriés, siégeant surtout sur les régions génitales de l'homme

- **Autres formes cliniques** : ce sont :

- **La gale hyperkératosique ou gale norvégienne** : Elle s'observe chez les sujets présentant une immunodépression importante et chez le sujet âgé. On note un prurit plus souvent discret voir absent. L'aspect est particulier avec atteinte de tout le corps y compris le visage, le cuir chevelu et les ongles, voire érythrodermie avec zones hyperkératosiques. La contagiosité est majeure en raison d'une prolifération parasitaire intense.
- **La gale « des gens propres »** : Elle est trompeuse car pauci-lésionnelle. Il faut y penser devant tout prurit diffus persistant. Le diagnostic repose sur l'anamnèse et la recherche de lésions spécifiques.
- **La gale du nourrisson** : Elle est particulière par l'existence de lésions vésiculo-bulleuses palmaires et plantaires ; nodules scabieux périaxillaires ; et l'atteinte possible du visage.
- **Gale disséminée inflammatoire** : Caractérisée par l'aspect profus et étendu de l'éruption cutanée, (y compris le dos), elle est la conséquence d'un diagnostic tardif, parfois d'un déficit immunitaire (infection par le virus de l'immunodéficience humaine en particulier), ou de traitements inadaptés (corticothérapie locale ou générale).
- **Formes compliquées**
  - Surinfection avec impétiginisation des lésions ; tout impétigo de l'adulte doit faire rechercher une gale ;
  - Eczématisation : secondaire à la gale ou à son traitement ;

- Nodules post-scabieux : lésions papulo-nodulaires prurigineuses rouges ou cuivrées pouvant persister plusieurs semaines après un traitement efficace. Leur siège est ubiquitaire. Ils ne contiennent pas de sarcopte et sont d'origine immunoallergique.



**Figure 15 Gale**

- **Diagnostic**

Le diagnostic est, avant tout, clinique et repose sur l'anamnèse (prurit familial à renforcement nocturne) et l'éruption cutanée de topographie évocatrice. Il n'y a pas de signe biologique spécifique. La mise en évidence de l'acarien est difficile en dehors des formes profuses et hyperkératosiques. Il faut gratter un sillon avec un vaccinostyle, recueillir le matériel de ce sillon en prélevant, si possible, l'éminence acarienne. L'examen au microscope permet de voir les œufs ou l'acarien adulte femelle.

- **Traitement :**

Il s'agit de l'ivermectine : 200µg/kg per os en prise unique (sécurité d'emploi non établie chez l'enfant de moins de 15 ans)

Les traitements locaux sont :

- le Benzoate de benzyle (Ascabiol), utilisé avec précaution chez l'enfant de moins de 2 ans

- Esdépalléthrine ; Butoxyde de pipéronyle (Sprégal®) : Contre indiqué chez les sujets asthmatiques et les nourrissons.
- Lindane ; Chlorhydrate d'amyléine (Elénol®) : précaution d'emploi chez les enfants de moins de 2 ans.
- Lindane (Scabecid 1% crème fluide) : contre indiqué chez les enfants de moins de 2 ans.

Il faut traiter toutes les régions du corps y compris le cuir chevelu et le visage s'il y a un doute sur leur atteinte.

- **Indications**

Au niveau individuel ;

- Il faut traiter simultanément le sujet parasité et toute personne ayant eu un contact intime avec le malade.
- En cas de gale commune, à domicile, il faut prescrire un traitement local ou per os (facilité, nombre de personnes important).
- En cas de gales profuses, il faut : isoler le malade ; prescrire un traitement per os ( $\pm$  local) ; avoir une définition large des sujets contacts ; prescrire une antibiothérapie en cas d'impétiginisation.
- Il faut traiter à nouveau : les sujets ayant des signes cliniques spécifiques et/ou un examen parasitologique positif 8 à 15 jours après le traitement ; certaines gales profuses ; (les nodules post-scabieux ne constituent pas une indication).

Au niveau environnemental ;

- Laver les vêtements, draps, serviettes (si possible en machine).
- Décontamination des lieux de vie à envisager en cas de gale profuse.

Au niveau de la collectivité ;

- Stratégie de prise en charge en concertation avec les autorités sanitaires.
- Traiter au minimum toutes les personnes en contact et au maximum toutes les personnes vivant, travaillant ou visitant l'institution traitement per os
- Prévenir les familles.

- Enfants : éviction jusqu'à 3 jours après le traitement (gale commune) et jusqu'à négativation de l'examen parasitologique pour les gales profuses.

### ***II.1.2.3. Les dermatoses faciales***

#### ***II.1.2.3.1. L'acné [18]***

- **Définition**

Il s'agit d'une maladie inflammatoire chronique atteignant les follicules pilosébacés. Cette pathologie cutanée est plus souvent primitive et commence généralement à la puberté.

#### **Lésions Élémentaires**

- **Séborrhée** : Elle réalise un aspect de peau grasse et luisante. Elle est constante et affecte la partie centrale du visage (nez, front, menton, joues), et la région thoracique supérieure (dos et face antérieure du thorax).

#### **Lésions rétentionnelles**

- **Les microkystes (ou comédons fermés)** : ils correspondent à l'accumulation du sébum et de la kératine mélangés dans le canal folliculaire dilaté par l'obstruction de son orifice. Ce sont les véritables « bombes à retardement » de l'acné ; ce sont de petites papules de 2–3mm, qui passent souvent inaperçues et nécessitent une traction sur la peau pour les révéler et qui peuvent secondairement s'enflammer.
- **Les comédons ouverts** : ce sont des « points noirs » de 1 à 3mm correspondant à l'accumulation des kératinocytes oxydés au sein de l'orifice dilaté du canal infundibulaire ; ils peuvent s'expulser spontanément ou s'enflammer.

#### **Lésions inflammatoires**

- **Lésions inflammatoires superficielles** : Les papules sont des lésions d'un diamètre inférieur à 5mm, généralement issues d'un microkyste, se présentant comme des élevures rouges, fermes, quelquefois douloureuses, pouvant évoluer vers la résorption ou la formation de pustules. Les pustules sont habituellement des papules au sommet desquelles apparaît un contenu purulent jaune.

- **Lésions inflammatoires profondes :** Les nodules sont des lésions dont leur diamètre est supérieur à 5mm ayant souvent une évolution vers l'abcédation, la rupture et la formation de cicatrices.

### **Cicatrices**

Elles sont fréquentes, essentiellement induites par les lésions inflammatoires et d'autant plus importantes lorsque l'inflammation dure depuis longtemps et est sévère.

- **Formes cliniques**

### **Formes communes**

- **Acné mixte juvénile :** C'est la forme la plus commune de l'acné survenant au moment de la puberté (en moyenne : 12 ans chez les filles, 14 ans chez les garçons). Les lésions rétentionnelles et inflammatoires superficielles sont présentes suivant un rapport variable.
- **Acné rétentionnelle :** Elle est faite essentiellement de microkystes et comédons ouverts. Elle représente la forme la plus fréquente de l'acné débutante.

### **Formes sévères**

- **Acné nodulaire ou acné conglobata :** Elle est caractérisée par la présence de nodules inflammatoires qui peuvent évoluer vers des abcès ou se fistuliser en profondeur ; l'extension au tronc est fréquente. Son évolution est chronique avec la formation de cicatrices souvent importantes.
- **Acné fulminante (acné nodulaire aiguë, fébrile et ulcéreuse) :** Elle est exceptionnelle, à début brutal, caractérisée par une altération de l'état général avec hyperthermie à 39–40°C, des arthralgies et une hyperleucocytose, des nodules inflammatoires très nombreux et pouvant évoluer vers des ulcérations nécrotiques et hémorragiques.

### **Formes étiologique**

- **Acné néonatale :** souvent due aux androgènes maternels le début marqué par l'apparition de lésions pustuleuses de la face dans les premières semaines de vie. La rémission est spontanée en quelques semaines.

- **Acné prépubertaire :** Elle est essentiellement faite de lésions rétentionnelles. Elle est caractérisée par son début avant la puberté.
- **Acné féminine tardive :** Elle est présente chez une femme de 25 ans ou plus. Il s'agit soit d'acné juvénile se prolongeant à l'âge adulte, soit d'une rechute d'une acné juvénile, soit d'une forme d'acné débutant à l'âge adulte. Elle est caractérisée par des papules ou des nodules inflammatoires localisés à la partie basse du visage (mandibules). Les lésions rétentionnelles sont en général peu nombreuses.
- **Acné d'origine exogène :** débute à un âge inhabituel (bien après la puberté) d'évolution rapide à des sièges inhabituels. Les lésions sont le plus souvent rétentionnaires (comédons ouvert).

Elles peuvent apparaître après le contact prolongé des huiles minérales généralement observé chez les garagistes ou mécaniciens sur les cuisses et les bras.

Les acnés d'origine cosmétiques sont quant à elle induite suite à l'application répétée de produits de beauté contenant des corps gras comédogènes, déclenchant l'apparition d'acné avec comédons sur les joues et le menton.



**Figure 16 Acné**

- **Traitements**

- **Acné rétentionnelle** : Les rétinoïdes topiques constituent le meilleur choix, à raison d'une seule application le soir.
- **Acné modérément inflammatoire** : Rétinoïdes topiques seuls ou associés au peroxyde de benzoyle ou à une antibiothérapie locale. S'il y a peu de lésions rétentionnelles, on peut choisir une monothérapie : peroxyde de benzoyle ou antibiothérapie locale (jamais seule).
- **Acné papulo-pustuleuse** : Antibiothérapie générale dont la durée ne devra pas excéder 4 mois. Il faut choisir de préférence une cycline en première intention aux posologies suivantes : doxycycline 100mg/j ; lymécycline 300mg/j ; minocycline 100mg/j (en seconde intention).  
En cas de contre-indication des cyclines, l'érythromycine (1 g/j) ou le gluconate de zinc peuvent être prescrits. L'antibiothérapie devra être associée à un traitement local avec du peroxyde de benzoyle ou un rétinoïde topique type adapalène pour accélérer l'effet thérapeutique.
- **Acné nodulaire ou conglobata** : L'isotrétinoïne est le traitement de choix, après échec d'un traitement standard par antibiotiques oraux associés à un traitement local. Elle doit être débutée à la dose de 0,5mg/kg et poursuivie jusqu'à une dose cumulée optimale de 120 à 150mg/kg par cure.

#### ***II.1.2.4. L'érythème fessier[19]***

- **Définition**

C'est une dermite irritative qui est caractérisé par une rougeur plus ou moins accentuée de la peau des régions convexes du siège.

- **Clinique**

L'orientation diagnostique est guidée par deux éléments principaux :

- **Le type de la lésion** : l'érythème est la lésion élémentaire à la périphérie. On peut trouver des pustules, des squames, des vésicules, des ulcérations et des nodules.

- **La topographie initiale de la lésion** : le point de départ est localisé au niveau des plis ou au contraire des convexités. Les manifestations cliniques de la dermite des langes sont représentées par :
  - **Intertrigo primitif** : Il commence par une lésion érythémateuse et /ou prurigineuse touchant initialement le fond des plis inguinaux et inter fessiers. Cette lésion s'observe surtout chez les nourrissons qui ont des plis profonds et fermés. Il peut s'agir d'une conséquence d'une irritation après mauvais rinçage d'agents nettoyants ou d'une macération. Une surinfection bactérienne et candidosique n'est pas rare.
  - **Dermite du siège en « W »** : La disposition la plus fréquente des lésions d'une dermite des langes adopte une topographie en "W". Les lésions érythémateuses peuvent s'étendre aux convexités qui frottent avec le linge, en particulier le pubis, les grandes lèvres, les tubérosités ischiatiques en arrière et le versant externe des plis inguinaux. La surface initialement érythémato-desquamative peut devenir érosive. L'absence d'atteinte du fond des plis est caractéristique. Cette présentation évoque une dermite d'irritation par frottement et macération.
  - **Dermite peri-orificielle en « Y »** : Ce sont des lésions érythémato-papuleuses qui touchent alors le fond des plis inguinaux, la vulve et l'anus réalisant la forme « Y ». La localisation peri anale est la plus fréquente et souvent causée par les épisodes de diarrhées. Un autre tableau clinique est composé de ponctuations érosives multiples qui évoquent des lésions post-vésiculeuses. Ces dernières peuvent correspondre à une manifestation de la dermatite atopique, mais n'en sont pas spécifiques. L'extension des lésions péri-orificielles en l'absence d'un traitement précoce se fait de façon stéréotypée vers une extension postérieure dans le sillon inter fessier et vers l'avant dans les deux plis inguinaux. Il s'agit d'une infection par *Candida albicans* le plus fréquemment. Les variations de pH ou les bacilles Gram négatif sont cependant suffisants pour créer ces lésions. La localisation accompagne certaines vulvites et parfois une infection urinaire.



- **Dermite en « Culotte rouge »** : Pour cette dermatose toute la zone recouverte par les langes est érythémateuse. Elle peut être d'installation rapide ou progressive. Une dermite en "culotte rouge" installée rapidement, en quelques heures ou en quelques jours, suggère l'action d'un xénobiotique irritant ou toxique appliqué sur les téguments. Ce qui est souvent le cas pour des intoxications accidentelles par des talcs contaminés (arséniate, hexachlorophène) ou par l'acide borique responsables d'un érythème desquamatif en lambeaux. Actuellement, ce sont les savons mal rincés et les ammoniums quaternaires qui risquent d'entraîner ce type de lésions. Une dermite en "culotte rouge" installée progressivement à partir de lésions plus limitées (convexités, péri-orificielles ou intertrigos) indique que le processus pathologique s'étend sous la zone occluse. Cet état survient en cas de traitement insuffisant ou inapproprié. À titre d'exemple, l'application d'un dermocorticoïde peut faciliter cette aggravation progressive



**Figure 17 Dermite de siège en « W »**

- **Complications** : En l'absence de traitement l'érythème fessier peut se compliquer :
  - **Eczématisation** : il s'agit de lésion érythémato-vésiculeuse prurigineuse localisée d'abord sur le siège puis la fesse et les cuisses.

- **Macération** : elle se caractérise par des lésions érythémateuses ou érosives suintantes localisées sur les plis inguinaux et interfessiers.
- **Surinfection** : elle peut être bactérienne et candidosique.
- **Bactérienne** : induit des papules, pustules ou érosions réalisant la dermite papulo-érosive de Sevestre et Jacquet.

- **Traitement**

- **De soutien / Prévention**

- Garder la région périnéale sèche et propre.
- Changer les couches fréquemment, soit dès qu'elles sont souillées (changer les couches toutes les 3-4 heures).
- Laver la peau à chaque changement de couche. Les lingettes nettoyantes à usage unique, sans parfum ni alcool peuvent être utilisées et sont généralement bien tolérées. Sinon laver la peau à l'eau tiède, avec une débarbouillette en tissu et sécher en épongeant. Les lingettes nettoyantes à usage unique peuvent parfois contenir des substances qui peuvent provoquer une dermatite de contact irritative.
- Garder les fesses à l'air dans les cas récalcitrants. Cette mesure est difficilement applicable dans un service de garde, mais elle peut l'être à la maison.
- Appliquer à chaque changement de couche de la vaseline ou une crème à base d'oxyde de zinc non parfumée.
- Utiliser de préférence des couches en papier non parfumées.
- Éviter les couches en plastique qui gardent l'humidité et empêchent l'air de circuler.
- Si des couches de tissu sont utilisées, les rincer abondamment.

- **Curatif [20]**

**Intertrigo primitif**

- Antiseptique : KMNO<sub>4</sub>, ½ comp ou 1 sachet dilué dans 5 litres d'eau en lavage 1 ou 2 fois par jour.
- Antifongique : Ciclopiroxolamine poudre, 1 application x 2 / j pendant 3 à 4 semaines.

#### **Dermite en Y et W**

- Antiseptique : KMNO<sub>4</sub>, 1/2 comp ou 1 sachet dilué dans 5 litres d'eau en lavage 1 ou 2 fois par jour.
- Antifongique: Ciclopiroxolamine crème, 1 application x 2 / j pendant 3 à 4 semaines.
- Dermoprotecteur : Oxyde de zinc pommade, 1 application / j le matin pendant 2 semaines.
- Antihistaminique périphérique : Méquitazine sirop, 1,25 mg/kg/j en cas de prurit.

#### **Dermite en culotte**

- Antiseptique : KMNO<sub>4</sub>, ½ comp ou 1 sachet dilué dans 5 litres d'eau en lavage 1 ou 2 fois par jour.
- Dermoprotecteur : Oxyde de zinc pommade, 1 application x 2/j pendant 2 semaines.
- Antihistaminique périphérique : Méquitazine sirop, 1,25 mg/ kg/ j en cas de prurit.

## **II.2. ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE TRAITEMENT AVEC LA MEDECINE TRADITIONNELLE**

Depuis l'introduction de la médecine moderne dans les pays, les services de santé conventionnels ont souvent rejeté la médecine traditionnelle. Malgré cela, la médecine traditionnelle existe toujours dans tous les pays et territoires de la Région du Pacifique occidental. Elle offre une solution de substitution aux populations des pays développés, alors

que pour une grande partie de la population de nombreux pays en développement, elle représente le seul service de santé disponible, abordable et accessible.

- **Dans le monde ;**

- **En Amérique du Nord** et dans d'autres régions industrialisées, plus de 50 % de la population a eu recours au moins une fois à la médecine complémentaire ou parallèle.
- En Allemagne, 90 % des gens prennent un remède naturel à un moment ou à un autre de leur vie.
- **En Chine**, les préparations traditionnelles à base de plantes représentent entre 30% et 50 % de la consommation totale de médicaments.
- À San Francisco, à Londres et en Afrique du Sud, 75 % des personnes vivant avec le VIH ou le Sida font appel à la médecine traditionnelle ou à la médecine complémentaire ou parallèle.
- **Aux États-Unis d'Amérique**, 158 millions d'adultes font appel à des produits de la médecine complémentaire et, d'après la *Commission for Alternative and Complementary Medicines*, un montant de 17 milliards de dollars US a été consacré aux remèdes traditionnels en 2000.
- **Au Royaume-Uni**, les dépenses annuelles consacrées à la médecine parallèle représentent 230 millions de dollars US.
- **En Martinique**, on retrouve un recours à la médecine traditionnelle pouvant être culturel ou complémentaire. En effet la médecine traditionnelle créole s'appuie sur une pharmacopée importante avec 256 plantes recensées lors d'une étude du réseau TRAMIL. Dans cette étude, 92,5% des sondés déclaraient avoir déjà utilisé des plantes à visée médicinale pour des pathologies générales.

En dermatologie, les produits issus de la médecine traditionnelle ou complémentaire semblaient fréquemment être utilisés par les patients consultant dans le service de dermatologie du centre hospitalier universitaire (CHU) de la Martinique. Une étude sur l'usage des plantes médicinales locales a montré que 16,5% des patients consultant dans les cabinets de médecine générale avaient eu recours à des plantes pour un problème de peau [21].

- **En Afrique ;**

Comparée aux services proposés par les systèmes de santé formels, la Médecine Traditionnelle présente l'avantage considérable de l'accessibilité non seulement financière, mais aussi géographique. C'est tout d'abord une pratique de proximité : si chaque village n'a pas son médecin allopathe, la plupart ont leur guérisseur. En Afrique australe, il y a un guérisseur pour 200 personnes, soit un ratio médecin-patient de beaucoup supérieur à celui qui existe en Amérique du Nord (Stanley, 2004).

- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que, dans plusieurs pays d'Afrique, la plupart des accouchements sont pratiqués par des accoucheuses traditionnelles.
- En **Côte d'Ivoire**, selon des études récentes, plus de 80% de la population préfèrent, pour leurs soins de santé, les recettes à base de plantes.[22]
  - Konan A. en 2012 a réalisé une étude transversale intitulé « *Place de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires à Abidjan – Côte d'Ivoire* » qui avait pour but de décrire les avantages et inconvénients des deux médecines (traditionnelle et conventionnelle). Il en est résulté que 91% utilisaient la médecine traditionnelle dont 25% utilisaient la médecine traditionnelle en premier recours et 13% en deuxième recours ; 62% utilisaient à la fois la médecine traditionnelle et moderne. Le mode d'administration était cutané, oral, rectal et vaginal. Les raisons de l'utilisation de la médecine traditionnelle étaient à 48% due au cout abordable, 37% affirmait que c'était une médecine efficace et enfin 12% une médecine naturelle. [23]
  - Malan DF et al., en 2011, ont également réalisé une étude transversale sur les femmes enceintes (N=55) venant en consultation prénatale dans le centre de santé à Yakassé-Féyassé (Côte d'Ivoire) intitulé « *Traditional practices and medicinal plants use during pregnancy by Anyi-Ndenye women (Eastern Côte d'Ivoire)* ». Ils notaient un usage concomitant de la médecine traditionnelle et moderne dans 90,3% des cas. Les raisons en étaient ; favoriser le bon développement du fœtus (51,9%), faciliter le travail (23,1%). Les fournisseurs les mères ou

proches (78,3%), un spécialiste reconnu (17,4%), un vendeur ambulants de plantes (4,3%). Le mode d'administration était anal 65,6%, oral via les repas (28,7%) et boisson (5,7%)[24]

- Des études de cas de mycoses cutanées ont révélé en côte d'Ivoire, qu'en médecine conventionnelle, 51% des consultations concernaient les maladies dermatologiques ainsi, plusieurs mesures ont été prises pour promouvoir la médecine traditionnelle notamment la recherche en pharmacopée et la reconnaissance des tradipraticiens dans le système de santé. Les tradithérapeutes du Département d'Agboville utilisent une flore très diversifiée pour traiter les infections cutanées. Presque toutes les parties de la plante interviennent dans la composition des recettes médicamenteuses. Cependant, les feuilles et les écorces ont été les organes les plus utilisés. Le pétrissage est le mode de préparation le plus employé. La voie cutanée par application locale ou cataplasme est la voie d'administration médicamenteuse la plus fréquemment employée. La connaissance des vertus thérapeutiques des plantes est considérée pour la plupart du temps comme un héritage de famille. Elle se transmet jusqu'à présent, par voie orale[22].

- **Au Bénin**, Allabi et al. ; en 2011, ont mené une étude prospective (en moyenne 2 visites par famille) dans les ménages de la province d'Agonlin (n=1000) intitulée « *The use of medicinal plants in self-care in the Angolin region of Benin* » qui avait pour but d'étudier l'ampleur de l'usage des plantes médicinales et le type de plantes médicinales utilisées en automédication par les habitants. L'usage des soins de santé en médecine traditionnelle était de 51,04% ; le recours à l'automédication moderne (22,78%) ; le recours aux services de santé (22,52%) ; 2,76% ont consulté un tradipraticien. Les maladies traitées étaient : maux de tête, les troubles dyspeptiques, la fièvre, l'anémie. Parmi les raisons de l'usage de la médecine traditionnelle on avait l'efficacité perçue, accessibilité économique et géographique[25].

- **En République Démocratique du Congo**, les phytomédicaments sont également utilisés pour traiter un certain nombre d'affections courantes dans les hôpitaux conventionnels, notamment la dysenterie, l'asthme, la bronchite, la malaria, les douleurs rhumatismales, etc. Malgré la création du Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli (CDTUB) de Lalo en 1998, 50% des malades reçus à Lalo en 2001 bénéficient en première intention des soins d'un tradithérapeute. [10].
- Des études conduites par le programme « Faire Reculer le Paludisme » en 1998 indiquent qu'au Ghana, au Mali, au Nigeria et en Zambie, plus de 60% des enfants souffrant de forte fièvre sont traités à domicile à l'aide de médicaments à base de plantes (Maslove et al., 2009)[26].
- Au Cameroun, la MT continue à s'appuyer essentiellement sur l'observation et sur des expériences personnelles. Le mode de transmission demeure oral et l'acquisition des connaissances continue à se faire par l'apprentissage et l'initiation dans le secret des règles métaphysiques : le tradipraticien choisit les recettes et établit ses formules de traitement en faisant appel à son intuition et à son expérience personnelle[4].

Dans certains hôpitaux publics et privés du Cameroun, médecins modernes et tradipraticiens de santé travaillent en collaboration pour soigner les cas jugés délicats et prescrivent des phytomédicaments tels que le sirop HEPASOR utilisé pour le traitement de l'hépatite virale B, le sirop POLAGASTRAL A-T-200 utilisé pour le traitement des ulcères gastriques, le sirop Gama utilisé pour le traitement des hémorroïdes et bien d'autres PM/MTA pour les problèmes buccodentaires[10].

- **Au Sénégal**, les dermatoses sont très fréquentes. Dans la région de Ziguinchor, elles occupent la 3e place après les principales maladies telles que le paludisme et les affections respiratoires. Une étude a montré que trente-six espèces sont utilisées contre les dermatoses par les Bainouk de Djibonker. Les espèces les plus utilisées sont *Khaya senegalensis*, *New bouldia laevis*, *Carapa spp* et *Solanum cerasiferum* surtout dans le cas des dermatoses prédominantes. Parmi

les organes utilisés on note une nette prédominance des feuilles. Les modes de préparation sont multiples mais la macération est plus courante. L'administration des médicaments traditionnels proposés se fait surtout par voie percutanée. Les remèdes traditionnels indiqués dans cette étude présentent un intérêt réel dans la prise en charge thérapeutique en milieu rural. En effet, il est apparu que les guérisseurs traditionnels participent à la résolution d'un problème majeur de santé que sont les dermatoses, ils devraient jouer un grand rôle dans la résolution des problèmes de santé si la médecine traditionnelle était d'une part reconnue au Sénégal et prise en compte dans les politiques de santé des pays en développement[27].

- Dieye et *al.*, en 2008 ont menés une étude au centre Sankale Marc du 2 mai au 30 juin 2006 intitulée *Medicinal plants and treatment of diabetes in Senegal : survey with patients (n=220)*. Ils ont relevé que la proportion de patients ayant utilisés au moins une fois les plantes médicinales étaient de 93,8%. Les raisons de l'usage des plantes médicinales étaient : la médecine traditionnelle est une option de traitement 40% ; l'efficacité de cette médecine 32% ; le faible coût 20%. La perception sur l'efficacité concernait la diminution de la valeur de la glycémie (79%), la diminution ou voire la suppression des signes associés du diabète (17%), l'oppression de reprendre la forme (3,5%). Les sources d'information sur les plantes étaient ; la communauté y compris les autres diabétiques (85,5%) ; les médias (10%) ; les affiches publicitaires des tradipraticiens (4,5%). L'utilisation concomitante de la médecine traditionnelle et moderne concernait 74% des participants. Les sources d'approvisionnements étaient les marché (66,8%), les tradipraticiens (5%). Les modes d'administration étaient les décoctions (39%), la macération (27%), les poudres (17%). Concernant les doses à utiliser 55,5% avaient des informations. Les effets indésirables concernaient 20% des participants soit des troubles gastriques, l'hypoglycémie, le coma hyper glycémique[28].

- **Au Mali**, l'analyse des dépenses de santé liées au dermatoses courantes a montré des coûts excessivement élevés pour des populations à très faible niveau de



revenus encouragées aux recours aux traitements traditionnels, souvent peu efficaces et dangereux pour la santé. En réponse à cette situation, et dans le but de donner une réponse rationnelle et adaptée, les autorités dermatologiques du Mali et la fondation internationale de dermatologie (FID) ont entrepris une démarche conjointe visant à améliorer la santé cutanée des populations maliennes. Cette démarche a abouti, en 2001, à la mise en œuvre d'un projet de santé publique intitulé « Projet pilote de lutte contre les maladies de peau ». C'est dans le cadre de ce projet, que l'ensemble des prestataires du district sanitaire de Bamako et de Kangaba ont eu une formation dermatologique de base sur certaines dermatoses courantes.

## **CHAPITRE III : METHODOLOGIE**

### **III.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive de type Connaissances Attitudes et Pratiques (CAP).

### **III.2. Lieu d'étude**

L'étude a eu lieu dans 8 marchés formels ayant fait l'objet d'un choix de convenance (Mokolo, Etoudi, Mvog-beti, Ekounou, Atangana Mballa, Elig edzoa, Mfoundi et Marché Central) dans la ville de Yaoundé

### **III.3. Durée et période de l'étude**

Notre étude s'est déroulée sur une durée de 08 mois allant de novembre 2023 à Juin 2024. Nos données ont été collectées sur une période de 04 mois allant de Février 2024 à Mai 2024.

### **III.4. Caractéristiques de la population d'étude**

#### **III.4.1. Population cible**

Elle était constituée des populations adultes de Yaoundé fréquentant les marchés identifiés.

#### **III.4.2. Population source**

Elle était constituée des commerçants et de leurs clients, se trouvant dans les marchés identifiés.

#### **III.4.3. Critères de sélection**

- **Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans cette étude :

- Toute personne ayant eu l'expérience d'au moins une des 05 pathologies dermatologiques courantes ;
- Toute personne ayant eu recours aux ethno médicaments pour le traitement d'une dermatose à l'intention de l'entourage ou pour lui-même ;
- Âgé de 18 ans et plus ;
- Ayant donné leur consentement éclairé pour l'étude.

- **Critères de non inclusion/d'exclusion**

Ont été exclus dans cette étude :

- Toute personne ayant renoncé à poursuivre l'étude ;

### III.4.4. Échantillonnage

La taille de l'échantillon a été estimée en tenant compte de la proportion du niveau de connaissances sur l'utilisation de l'ethnomédicaments.

Le nombre de participants nécessaire pour l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques dans une population avec une précision  $i = 0,025$  et pour un risque fixé  $\alpha=0,05$  ( $Z_{\alpha/2}=1,96$ ) est donné par le formule suivante :

où

P = Proportion de niveau de connaissances observée

i = précision de l'estimation

$Z_{\alpha/2}$ =quantile d'ordre  $\alpha$  de la loi normale, avec  $\alpha=0,05$

Soit un total de 240 participants prévus.

### III.4.5. Liste des variables

#### ➤ Profil sociodémographique

- Identification : âge, sexe, niveau d'étude.

#### ➤ Connaissance des 5 maladies

- Type de dermatose : Acné, Scabiose, Pityriasis versicolor, Teigne, Erythème fessier.

#### ➤ Attitudes : Gravité, urgence, contagiosité, gêne

#### ➤ Pratiques / Recours aux soins

- En milieu hospitalier
- Pharmacie ou automédication
- Utilisation de la médecine traditionnelle

#### ➤ Médecine traditionnelle (niveau de satisfaction) : Efficacité, praticité, coût, accessibilité, présentation / Mode d'administration

### **III.5. Procédure**

#### **III.5.1. Obtention des autorisations**

Avant de débiter notre étude, nous avons sollicité et obtenu les autorisations suivantes :

- La clairance éthique délivrée par le Comité Institutionnel d'Éthique et de Recherche (CIER) de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicale (FMSB) de l'Université de Yaoundé I.
- Un accord de principe de la Délégation Régionale de la Santé Publique pour mener la recherche dans les Districts de Santé correspondants.

#### **III.5.2. Collecte des données**

Les participants ont été recrutées par échantillonnage non probabiliste consécutif jusqu'à l'atteinte de l'effectif dû au niveau de chaque marché. Lors du recrutement de chaque participant, chaque enquêteur présentait ainsi les objectifs et les autorisations, vérifiait l'éligibilité à l'aide de sélection, lui adressait la notice d'information et requerrait son consentement éclairé. Après l'obtention du consentement du participant, l'agent enquêteur lui administrait le questionnaire. Des entretiens individuels structurés à l'aide d'un questionnaire paramétré sur les tablettes via l'application Kobo Collect ainsi que des photos illustrant les 5 dermatoses courantes de l'étude ont permis de collecter les données. Un tradithérapeute avait été requis afin d'identifier ces traitements en fonction de leurs noms vernaculaires.

##### ***III.5.2.1. Outil de collecte***

Questionnaire comportant 04 sections (Profil sociodémographiques, Connaissances, Attitudes et Pratiques). Il a été numérisé sur Kobo Collect et paramétré sur les smartphones pour la collecte des données.

##### ***III.5.2.2. Matériels***

Il s'agissait de Bloc-notes, stylos à bille bleus, Ordinateur portable, téléphone portable et sacs à dos.

### **III.6. Analyse des données**

Les variables d'intérêt étaient : le « *niveau de connaissances* », « *Attitudes* » et « *Pratiques* ». Ce sont des variables composites et leur calcul a été fait par pondération des items des sections

« connaissances », « attitudes » et « pratiques » du questionnaire. L'adaptation du barème a été inspiré de l'article de Pr Essi et *al.*[29]

Pour les analyses de la connaissance, chaque maladie présente 7 aspects à évaluer, soit 7 points au total. Suivant le nombre final de bonnes réponses le niveau de connaissance est :

- ✓ **Mauvais**, si l'enquête présente moins de 25% de bonnes réponses (moins de 2 bonnes réponses) ;
- ✓ **Insuffisant**, si l'enquête présente entre 25% et 50% de bonnes réponses (entre 2 et 3 bonnes réponses) ;
- ✓ **Moyen**, si l'enquête présente entre 50% et 85% de bonnes réponses (entre 4 et 5 bonnes réponses) ;
- ✓ **Bon**, si l'enquête présente plus de 85% de bonnes réponses (au moins 6 bonnes réponses)

Concernant les **attitudes** ou les **pratiques** chaque maladie a été évaluée de manière qualitative. Les bases de données ont été exportées et apurées à l'aide du logiciel Excel. Les variables quantitatives ont été décrites à l'aide des médians (IQR) et les variables catégorielles à l'aide des proportions. L'analyse a été faite à l'aide du logiciel SPSS 26.

## **CHAPITRE IV : RÉSULTATS**

Ce chapitre est présenté en 5 sections : le schéma de recrutement de la population, le profil sociodémographique, l'évaluation des connaissances sur les 5 dermatoses, la description des attitudes face à ces pathologies et enfin l'identification des pratiques des populations vis-à-vis de la prise en charge de ces 5 dermatoses courantes.

#### IV.1. Recrutement

Le recrutement a été fait auprès des populations dans 08 marchés formels de la ville de Yaoundé.

Au total, 205 personnes ont été recrutés, soit un taux de réponse de 86%. La structuration de la population est illustrée dans le tableau qui suit.

**Tableau I : Structure de l'échantillon**

Marché	District de Santé	Cible	Réalisation	Couverture (%)
<i>Etoudi</i>	DS Djoungolo	30	30	100
<i>Elig-edzoa</i>	DS Djoungolo	30	30	100
<i>Mokolo</i>	DS de la cité verte	40	40	100
<i>Mvog-beti</i>	DS de Biyem Assi	20	20	100
<i>Mvog Atangana Mballa</i>	DS Nkoldongo	30	30	100
<i>Ekounou</i>	DS d'Odza	30	30	100
<i>Marché central</i>	DS Djoungolo	30	10	33
<i>Mfoundi</i>	DS Djoungolo	30	15	50
<b>TOTAL</b>		<b>240</b>	<b>205</b>	<b>86</b>

#### IV.2. Caractéristiques Sociodémographiques

Concernant les caractéristiques sociodémographiques, le sex-ratio H/F était de 0,65. L'âge médian était de 34 (26-46) ans, avec des extrêmes allant de 21 à 75 ans. Les tranches d'âge les plus représentées étaient 18-28 et 28-38 avec tous deux un effectif de 61 (soit 29,8%). La



majorité des participants étaient des commerçants (37,6%), Célibataires (45,9%) et avaient un niveau d'étude secondaire (45,9%).

**Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée**

Variables	Effectif (n)	Fréquence (%)
<b>Ag e médian (IQR)</b>	34 (26 - 46)	
<b>Tranches d'âge</b>		
[18;28[	61	29,8%
[28;38[	61	29,8%
[38;48[	34	16,6%
[48;58[	32	15,6%
[58;68[	11	5,4%
68 ans et plus	6	2,9%
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>
<b>Sexe</b>		
Féminin	124	60,5%
Masculin	81	39,5%
<b>Niveau d'études</b>		
Non scolarisé	6	2,9%
Niveau primaire	39	19,0%
Niveau secondaire	<b>94</b>	<b>45,9%</b>
Niveau universitaire	66	32,2%
<b>Profession</b>		
Agriculteur	27	13,2%
Artisan	6	2,9%
Commerçant	<b>77</b>	<b>37,6%</b>
Eleveur	9	4,3%
Employé	30	14,6%
Etudiant	29	14,2%
autre	27	13,2%
<b>Statut matrimonial</b>		
Célibataire	<b>94</b>	<b>45,9%</b>
Divorcé	8	3,9%
Marié	82	40,0%
Veuve/veuf	21	10,3%

### IV.3. Évaluation du niveau de connaissances

#### IV.3.1. Connaissances sur la dartre

Le niveau de connaissances des enquêtés sur la dartre a été évalué et les fréquences sont représentés dans les tableaux ci-dessous :

Dans le tableau 3, la majorité des participants (45,4%) avait un niveau de connaissances estimé « moyen » notamment pour la tranche d'âge de 28-38 concerné à 49,18%.

Seulement 27,9% avait un niveau de connaissances estimé « Bon ».

**Tableau III : Age et niveau de connaissances sur la dartre**

	Mauvais	Insuffisant	Moyen	Bon	Total
Classes d'âge	<i>Effectif : n (Pourcentage :%)</i>				
[18;28[	7(11,5%)	11(18,0%)	25(41%)	18(29,5%)	61(100%)
[28;38[	3(4,9%)	9(14,8%)	<b>30(49,2%)</b>	19(31,2%)	61(100%)
[38;48[	2(5,9%)	5(14,7%)	15(44,1%)	12(35,3%)	34(100%)
[48;58[	4(12,5%)	7(21,9%)	16(50%)	5(15,6%)	32(100%)
[58;68[	4(36,4%)	3(27,3%)	2(18,2%)	2(18,2%)	11(100%)
<b>68 ans et plus</b>	0(0%)	0(0%)	5(83,3%)	1(16,7%)	6(100%)
<b>Total</b>	20(9,8%)	35(17,1%)	<b>93(45,4%)</b>	57(27,8%)	205(100%)

Le niveau de connaissances sur la dartre a été évalué selon le sexe des enquêtés au tableau 4 : Concernant la connaissance de la dartre en fonction du sexe, on note que le meilleur niveau de connaissance sur les dartres, concernait les hommes avec 34,5% de niveau estimé « Bon » contre 23,4% pour les femmes. Les niveaux de connaissance estimés « mauvais » était comparable entre homme et femme avec 9,9% et 9,7% respectivement.

**Tableau IV : Sexe et niveau de connaissances sur la dartre**

	Mauvais	Insuffisant	Moyen	Bon	Total
<b>féminin</b>	12(9,7%)	24(19,4%)	59(47,6%)	29(23,4%)	124 (100%)
<b>masculin</b>	8(9,9%)	11(13,6%)	34(42%)	<b>28(34,6%)</b>	81 (100%)

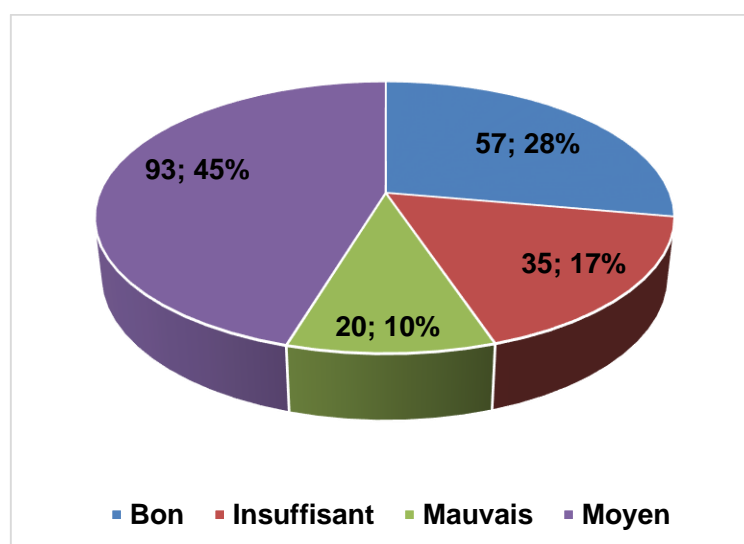
Sur le tableau 5 suivant nous avons essayé de démontrer l'impact du niveau d'étude des enquêtés sur les connaissances ;

Concernant la connaissance de la dartre en fonction du niveau d'instruction, on note que les meilleurs niveaux de connaissance « Bon » sur les dartres, concernait les participants au niveau d'instruction universitaire et secondaire dans des proportions de 34,9% et 29,8% respectivement. Les niveaux de connaissance estimés « mauvais » concernaient essentiellement les participants non scolarisés (66,7%).

**Tableau V : Niveau d'instruction et niveau de connaissances sur la dartre**

	Mauvais	Insuffisant	Moyen	Bon	Total
Non scolarisé	4(66,7%)	1(16,7%)	0(0%)	1(16,7%)	6(100%)
Niveau primaire	4(10,3%)	13(33,3%)	17(43,6%)	5(12,8%)	39(100%)
Niveau secondaire	9(9,6%)	18(19,2%)	39(41,5%)	28(29,8%)	94(100%)
Niveau universitaire	3(4,6%)	3(4,6%)	37(56,1%)	23(34,9%)	66(100%)

La figure ci-dessous démontre le niveau de connaissances globale sur la teigne. La majorité (45%) avait un niveau de connaissance estimé « moyen »



**Figure 18 Niveau de connaissance sur la dartre**

#### IV.3.2. Connaissances sur la teigne

Les niveaux de connaissances sur la teigne par les enquêtés ont été évalué et les fréquences sont représentés dans les tableaux ci-dessous :

Concernant la teigne, le niveau de connaissances estimé était « moyen » pour la majorité des participants (79,5%). Seulement 1,5% des participants avaient un « bon » niveau de connaissances et étaient concentrés dans la tranche des 68 ans et plus. Le « mauvais » niveau de connaissance, concernait 4,9% des participants particulièrement chez les plus jeunes 18-28 ans (9, 8%) et chez les 48-58 ans (9,2%).

**Tableau VI: Age et niveau de connaissances sur la teigne**

	Mauvais	Insuffisant	Moyen	Bon	Total
Classes d'âge	n (%)				
[18;28[	6(9,8%)	9(14,8%)	46(75,4%)	0(0%)	61(100%)
[28;38[	1(1,6%)	8(13,1%)	52(85,3%)	0(0%)	61(100%)
[38;48[	0(0%)	3(8,8%)	30(88,2%)	1(2,9%)	34(100%)
[48;58[	3(9,4%)	7(21,9%)	22(68,8%)	0(0%)	32(100%)
[58;68[	0(0%)	1(9,1%)	10(90,9%)	0(0%)	11(100%)
<b>68 ans et plus</b>	0(0%)	1(16,7%)	3(50%)	2(33,3%)	6(100%)
<b>Total</b>	10(4,9%)	29(14,2%)	<b>163(79,5%)</b>	3(1,5%)	205(100%)

Pour ce qui est du niveau de connaissance sur la teigne et le sexe des enquêtés, les résultats sont présentés dans le tableau 7 :

Concernant la connaissance de la teigne en fonction du sexe, on note que la proportion de d'hommes présentant un niveau de connaissance « moyen » était plus importante que celle des femmes du niveau de connaissance équivalent avec 81,5% et 78,2% respectivement.

**Tableau VII : Sexe et niveau de connaissance sur la teigne**

	Mauvais	Insuffisant	Moyen	Bon	Total
<b>féminin</b>	6(4,8%)	18(14,5%)	97(78,2%)	3(2,4%)	124(100%)
<b>masculin</b>	4(4,9%)	11(13,6%)	<b>66(81,5%)</b>	0(0%)	81(100%)

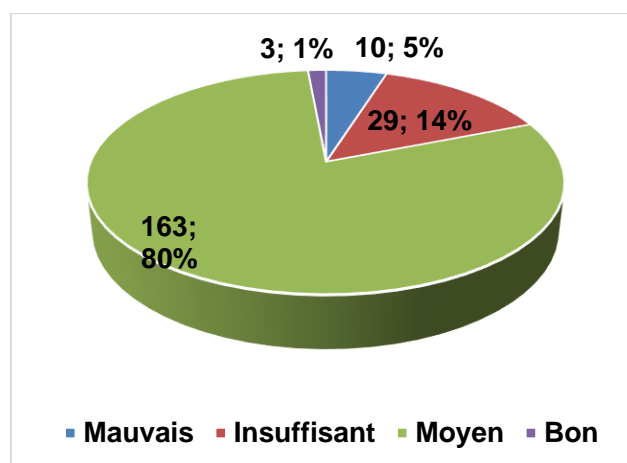
Concernant le niveau de connaissances selon le niveau d’instruction, les résultats sont consignés dans le tableau VII ci-dessous :

Concernant la connaissance de la teigne et en fonction du niveau d’instruction, on note que la connaissance était majoritairement « Moyen » pour tous les niveaux d’instruction. Cependant, chez les universitaires c’est 87,9% des participants qui étaient concernées, tandis que chez les non scolarisés c’étaient plutôt 33,3% qui atteignaient ses scores de connaissance « mauvais ».

**Tableau VIII : Niveau d’étude et niveau de connaissances sur la teigne**

	<b>Mauvais</b>	<b>Insuffisant</b>	<b>Moyen</b>	<b>Bon</b>	<b>Total</b>
<b>Non scolarisé</b>	<b>2(33,3%)</b>	1(16,7%)	2(33,3%)	1(16,7%)	6(100%)
<b>Niveau primaire</b>	2(5,1%)	7(18%)	30(76,9%)	0(0%)	39(100%)
<b>Niveau secondaire</b>	4(4,3%)	16(17,0%)	73(77,7%)	1(1,1%)	94(100%)
<b>Niveau universitaire</b>	2(3,0%)	5(7,6%)	<b>58(87,9%)</b>	1(1,5%)	66(100%)

La figure 19 représente le niveau de connaissance globale des enquêtés sur la teigne. Il en ressort que 80% avait un niveau moyen.



**Figure 19 Niveau de connaissance sur la teigne**

### IV.3.3. Connaissances sur la gale

Concernant le niveau de connaissances sur la gale :

En fonction de l'âge on note que la connaissance globale sur la gale pour toutes les tranches d'âge était « Insuffisant » notamment la tranche d'âge 28-38 représentée à 80,3%. Seulement 20% des enquêtés ont un niveau de connaissances « Moyen ». La plus jeune tranche d'âge (18-28) montrait un « Mauvais » niveau de connaissance à 16,4%.

**Tableau IX : Age et niveau de connaissances sur la gale**

Classes d'âge	Mauvais	Insuffisant	Moyen <i>n</i> (%)	Bon	Total
[18;28[	10 (16,4%)	35(57,4%)	16(26,2%)	0(0%)	61(100%)
[28;38[	4(6,6%)	49 (80,3%)	8(13,1%)	0(0%)	61(100%)
[38;48[	1(2,9%)	25(73,5%)	8(23,5%)	0(0%)	34(100%)
[48;58[	4(12,5%)	22(68,8%)	6(18,8%)	0(0%)	32(100%)
[58;68[	1(9,1%)	8(72,7%)	2(18,2%)	0(0%)	11(100%)
68 ans et plus	3(50%)	2(33,3%)	1(16,7%)	0(0%)	6(100%)
<b>Total</b>	23(11,2%)	141 (68,8%)	41 (20%)	0(0%)	205(100%)

Concernant le niveau de connaissance sur la gale et le sexe des enquêtés, les résultats sont présentés dans le tableau XI :

On note que d'hommes présentant un niveau de connaissance « insuffisant » était plus importante que celle des femmes du niveau de connaissance équivalent avec 70,4% et 67,7% respectivement.

**Tableau X: Sexe et niveau de connaissances sur la gale**

	Mauvais	Insuffisant	Moyen	Bon	Total
<b>féminin</b>	14(11,3%)	84(67,7%)	26(21%)	0(0%)	124(100%)
<b>masculin</b>	9(11,1%)	57(70,4%)	15(18,5%)	0(0%)	81(100%)

Concernant le niveau de connaissances sur le niveau d'éducation représenté dans le tableau XII ;

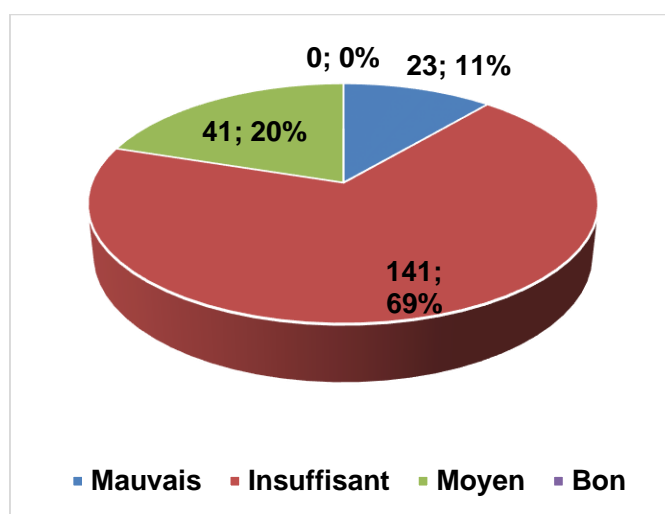
On observe majoritairement un niveau « Insuffisant » de connaissances pour tous les niveaux d'étude néanmoins prédominant chez les universitaires à 71,2%. Cependant 23,1% d'enquêtés de niveau primaire avaient un niveau de connaissance « Moyen »

**Tableau XI : Niveau d'étude et niveau de connaissances sur la gale**

	Mauvais	Insuffisant	Moyen	Bon	Total
<b>Non scolarisé</b>	1(16,7%)	4(66,7%)	1(16,7%)	0(0%)	6(100%)
<b>Niveau primaire</b>	3(7,7%)	27(69,2%)	<b>9(23,1%)</b>	0(0%)	39(100%)
<b>Niveau secondaire</b>	13(13,8%)	63(67,0%)	18(19,2%)	0(0%)	94(100%)
<b>Niveau universitaire</b>	6(9,1%)	<b>47(71,2%)</b>	13(19,7%)	0(0%)	66(100%)

La figure 20 illustre le niveau de connaissance globale sur la gale :

On note que 69% des populations avait un niveau de connaissances « insuffisant » concernant la gale. 20% avait un niveau de connaissances moyen



**Figure 20 Niveau de connaissance sur la Gale**

#### IV.3.4. Connaissances sur L'acné

Les enquêtés ont été aussi évalués sur leur niveau de connaissances sur l'acné ; les résultats sont consignés dans les tableaux ci-dessous :

Pour le niveau de connaissances de l'acné selon le l'âge, on observe majoritairement un niveau de connaissances « Mauvais » à 37,1% dont 42,6% représentait la plus jeune tranche d'âge. Seulement 3,9% des participants avaient un « Bon » niveau de connaissances sur l'acné.

**Tableau XII : Age et niveau de connaissances sur l'acné**

	Mauvais	Insuffisant	Moyen	Bon	Total
Classes d'âge	n (%)				
[18;28[	26(42,6%)	14(22,9%)	20(32,8%)	1(1,6%)	61(100%)
[28;38[	23(37,7%)	12(19,7%)	23(37,7%)	3(4,9%)	61(100%)
[38;48[	10(29,4%)	13(38,2%)	8(23,5%)	3(8,8%)	34(100%)
[48;58[	11(34,4%)	8(25%)	12(37,5%)	1(3,1%)	32(100%)
[58;68[	4(36,4%)	5(45,5%)	2(18,2%)	0(0%)	11(100%)
68 ans et plus	2(33,3%)	1(16,7%)	3(50%)	0(0%)	6(100%)
Total général	76(37,1%)	53(25,9%)	68(33,2%)	8(3,9%)	205(100%)

Concernant le niveau de connaissances selon le sexe ;

On note que 51,9% d'hommes ont un « Mauvais » niveau de connaissances comparé seulement 27,4% chez les femmes. Cependant 34,7% de femmes ont un niveau de connaissances « Moyen » sur l'acné.

**Tableau XIII : Sexe et niveau de connaissances sur l'acné**

	Mauvais	Insuffisant	Moyen	Bon	Total
féminin	34(27,4%)	40(32,3%)	43(34,7%)	7(5,7%)	124(100%)
masculin	42(51,9%)	13(16,1%)	25(30,9%)	1(1,2%)	81(100%)

En ce qui concerne le niveau de connaissances selon le niveau d'étude représenté dans le tableau ci-dessous ;

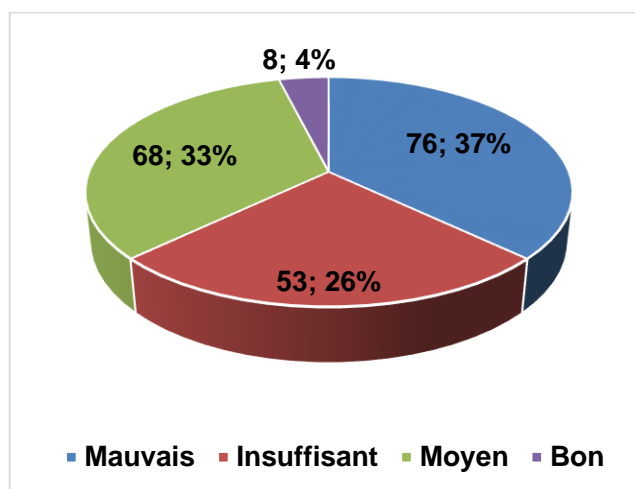
Concernant le niveau universitaire, 45,5% avaient un niveau de connaissances « Moyen » sur l'acné. 42,6% des participants avec un niveau secondaire montraient un « Mauvais » niveau de connaissances.



**Tableau XIV : Niveau d'étude et niveau de connaissances sur l'acné**

	Mauvais	Insuffisant	Moyen	Bon	Total général
<b>Non scolarisé</b>	4(66,7%)	1(16,7%)	1(16,7%)	0(0%)	6(100%)
<b>Niveau primaire</b>	12(30,8%)	12(30,8%)	15(38,5%)	0(0%)	39(100%)
<b>Niveau secondaire</b>	<b>40(42,6%)</b>	27(28,7%)	22(23,4%)	5(5,3%)	94(100%)
<b>Niveau universitaire</b>	20(30,3%)	13(19,7%)	<b>30(45,5%)</b>	3(4,6%)	66(100%)

Concernant la figure 21, le niveau global de connaissances sur la gale était majoritairement estimé mauvais à 37%. Cependant, 33% avait un niveau de connaissances « moyen ».



**Figure 21 Niveau de connaissance sur l'acné**

#### ***IV.3.5. Connaissances Sur l'Érythème du Fessier***

En ce qui concerne l'Érythème fessier, l'évaluation des connaissances des enquêtés est présenté dans les tableaux ci-dessous :

Concernant le niveau de connaissances de l'érythème fessier selon l'âge les résultats obtenus sont représentés dans le tableau ;

La majorité des enquêtés avaient un « Bon » niveau de connaissances à 46,8% avec la tranche d'âge des 68ans et plus à 66,7%. On note que 39,3% des plus jeunes (18-28) démontraient un « Mauvais » niveau de connaissances sur l'érythème fessier.

**Tableau XV : Age et niveau de connaissances sur l'érythème du fessier**

	Mauvais	Insuffisant	Moyen	Bon	Total
Classes d'âge	n (%)				
[18;28[	24(39,3)	9(14,8)	11(18,0)	17(27,9)	61(100)
[28;38[	6(9,8)	5(8,2)	18(29,5)	32(52,5)	61(100)
[38;48[	2(5,9)	1(2,9)	10(29,4)	21(61,8)	34(100)
[48;58[	2(6,3)	2(6,3)	12(37,5)	16(50)	32(100)
[58;68[	2(18,2)	0(0)	3(27,3)	6(54,6)	11(100)
68 ans et plus	1(16,7)	0(0)	1(16,7)	4(66,7)	6(100)
Total	37(18,1)	17(8,3)	55(26,8)	96(46,8)	205(100)

Le tableau XVI démontre les variations du niveau de connaissances selon le sexe ;

La proportion de femmes présentant un niveau de connaissances estimé « Bon » (54,0%) était de loin supérieur à celle des hommes (35,8%). Cependant, 24,7% de la proportion d'hommes avait un « Mauvais » niveau de connaissances.

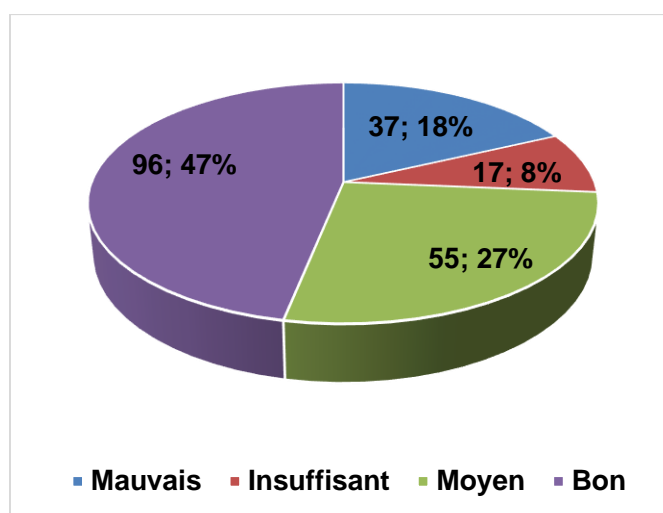
**Tableau XVI : Sexe et niveau de connaissances sur l'érythème du fessier**

	Mauvais	Insuffisant	Moyen	Bon	Total
féminin	17(13,7)	7(5,7)	33(26,6)	67(54,0)	124(100)
masculin	20(24,7)	10(12,4)	22(27,2)	29(35,8)	81(100)

Dans le tableau ci-dessous on note que les populations du niveau secondaire avaient un niveau de connaissances estimé « Bon » à 53,2% sur l'érythème fessier. On note également que jusqu'à 24,2% d'universitaires avaient un « mauvais » niveau de connaissances de cette dermatose.

**Tableau XVII : Niveau d'étude et niveau de connaissances sur l'érythème du fessier**

	<b>Mauvais</b>	<b>Insuffisant</b>	<b>Moyen</b>	<b>Bon</b>	<b>Total</b>
<b>Non scolarisé</b>	1(16,7)	1(16,7)	3(50)	1(16,7)	6(100)
<b>Niveau primaire</b>	4(10,3)	3(7,7)	17(43,6)	15(38,5)	39(100)
<b>Niveau secondaire</b>	16(17,0)	8(8,5)	20(21,3)	<b>50(53,2)</b>	94(100)
<b>Niveau universitaire</b>	<b>16(24,2)</b>	5(7,6)	15(22,7)	30(45,5)	66(100)



**Figure 22 Niveau de connaissance sur l'érythème fessier**

#### **IV.4. Analyses des attitudes**

Nous avons entrepris d'évaluer les attitudes de recours thérapeutique des enquêtés face à la survenue des dermatoses ; les résultats de nos investigations sont contenus dans les graphes ci-dessous :

##### **IV.4.1. Opinion des participants sur les 05 dermatoses**

Parmi les personnes interrogées sur le caractère naturel ou mystique des dartres, la teigne, la gale, l'érythème fessier, l'acné, la majorité était persuadée du caractère naturel de celle-ci dans des proportions respectives de 99,5% (204/250), 97,1% (199/250), 93,2% (191/250), 96% (192/200), 98,5% (199/202).

Ils pensaient qu'il existe des possibilités thérapeutiques conventionnelles avec des proportions variant de 90,0%(180/200) pour l'acné à 97,1% (199/205) pour la dartre.

Concernant leur attitude relative aux médicaments utilisés pour le traitement, Ils avaient majoritairement tendance à faire le mélange médicaments conventionnels et traditionnels dans des proportions variant de 75% (147/196) pour la gale à 63,7% (114/179) pour l'acné.

Concernant le caractère urgent de la prise en charge des dermatoses, la gale semblait être pour les participants la pathologie jugée la plus urgente (82,9% soit 170/205) suivi de l'érythème fessier à 72,3% (146/202) et près de 45% pour la teigne.

**Tableau XVIII : Opinions des participants sur les 05 dermatoses**

	Dartre	Teigne	Gale	Acné	Érythème fessier
<b>Opinion sur le caractère naturel ou mystique de la maladie</b>					
c'est une maladie naturelle	204 (99,5)	199 (97,1)	191 (93,2)	192 (96)	199 (98,5)
c'est une maladie mystique	1 (0,5)	6 (2,9)	14 (6,8)	8 (4,0)	3 (1,5)
<b>Total n (%)</b>	<b>205 (100)</b>	<b>205 (100)</b>	<b>205 (100)</b>	<b>200 (100)</b>	<b>202 (100)</b>
<b>Opinion sur les possibilités thérapeutiques conventionnelles</b>					
Oui	199 (97,1)	194 (94,6)	197 (96,1)	180 (90)	185 (91,6)
Non	6 (2,9)	11 (5,4)	8 (3,9)	20 (10)	17(8,4)
<b>Total n (%)</b>	<b>205 (100)</b>	<b>205 (100)</b>	<b>205 (100)</b>	<b>200 (100)</b>	<b>202 (100)</b>
<b>Opinion sur le moyen de traitement</b>					
avec des médicaments conventionnels	34 (17,1)	41 (21,1)	33 (16,8)	57(31,8)	34 (18,4)
avec des médicaments traditionnels	144 (72,4)	19 (9,8)	16 (8,16)	8 (4,47)	26 (14,1)
avec des médicaments conventionnels et traditionnels	21 (10,6)	134 (69,1)	147 (75)	114 (63,7)	125(67,6)
<b>Total n (%)</b>	<b>199 (100)</b>	<b>194 (100)</b>	<b>196 (100)</b>	<b>179 (100)</b>	<b>185 (100)</b>

<b>Opinion sur le caractère urgent de la prise en charge</b>					
Oui	86 (42)	91 (44,4)	170 (82,9)	62 (31)	146 (72,3)
Non	97 (47,3)	94 (45,9)	26 (12,7)	77(38,5)	26 (12,7)
NSP	22 (10,7)	20 (9,8)	9 (4,4)	61 (30,5)	30 (14,9)
<b>Total n (%)</b>	<b>205 (100)</b>	<b>205(100)</b>	<b>205 (100)</b>	<b>200 (100)</b>	<b>202 (100)</b>

### 1. Raisons personnelles en faveur du recours à la médecine traditionnelle

On note que l'abordabilité de cette médecine traditionnelle demeure la raison de son recours en première intention (66,3%) chez la majorité des enquêtés. De plus c'est une médecine complémentaire des traitements conventionnels pour 51,7%.

**Tableau XIX Raisons d'utilisation des médicaments traditionnels**

<b>Raison de l'utilisation</b>	<b>Effectif (%)</b>
Cela m'aide en complément de mes traitements habituels	51.7
Par tradition	10.8
Les plantes sont moins toxiques et ont moins d'effets indésirables que les médicaments	40.8
Pour le cout relativement moins cher et l'accessibilité	<b>66.3</b>

#### IV.4.2. : Identification des pratiques en matière de traitement indigène

Depuis les temps séculaires l'ethnomédecine ou traitement traditionnel/ indigène est utilisée par nos populations pour la prise en charge de leurs maladies en premier recours.

Dans nos recherches, il était opportun de savoir si les enquêtés avaient des connaissances de traitement « indigène » pour la prise en charge des 05 pathologies ; les résultats sont présentés dans le tableau XX ci-dessous :

A la question de savoir quelle pathologie avait affecté personnellement la majorité, 75/180 ont évoqué les dartres (41,6%) suivie de la teigne (21,1%) et l'acné (17,2%). Quant à la maladie de leur enfant la plus marquante, ils étaient l'érythème fessier (36,1%) la teigne (33,9%) et les dartres (16,7%).

Concernant la première réaction des participants face à une de ces pathologies. La majorité des enquêtés (80/205 soit 39%) observent la maladie avant d'agir, tandis que 38,1% (78/205) choisissent de se soigner eux-mêmes. Seulement une faible proportion (1%) se tournait directement vers un tradipraticien ou guérisseur.

Parmi les 203 enquêtés qui avaient répondu à la question de savoir s'ils avaient eu recours au traitement indigène pour au moins une des maladies qui les avaient marquées, une grande majorité (81,3%) ont répondu par l'affirmative.

**Tableau XX : Pratiques en matière de traitement indigène**

	Effectif(n)	Pourcentage(%)
<b>Maladie qui vous a plus affecté personnellement</b>		
Acné	31	17,2
Dartre	75	41,7
Gale	12	6,7
Érythème du fessier	24	13,3
Teigne	38	21,1
<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>100</b>
<b>Maladie qui a le plus affecté un enfant de votre entourage</b>		
Acné	10	5,6
Dartre	30	16,7
Gale	14	7,8
Érythème du fessier	65	36,1
Teigne	61	33,9
<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>100</b>
<b>Première réaction devant un cas de ces maladies</b>		
j'observe	80	39
je demande conseil dans les boutiques de produits d'hygiène de la peau et cosmétiques	22	10,7
je soigne moi-même	78	38,1
je vais chez le tradipraticien/guérisseur	2	1,0
je vais directement à l'hôpital	23	11,2

<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>
<b>Recours à un traitement indigène contre l'une de ces maladies marquant</b>		
Oui	165	81,3
Non	38	18,7
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

Par ailleurs, les traitements indigènes utilisés pour prendre en charge les 05 dermatoses ont été listés par les enquêtés ; les résultats sont dans le tableau suivant :

Quatre produits servaient pour traiter plusieurs des 05 dermatoses : Le Soufre pour les dartres et la teigne ; *Senna alata* (*Fabaceae*) sous forme de feuilles et *Ocimum gratissimum* (*Lamiaceae*) pour traiter les dartres, la teigne, l'érythème fessier et l'acné. Plusieurs parties de certaines plantes étaient utilisées pour le traitement des dermatoses : Les feuilles, la tige et la sève pour *Ocimum gratissimum* (*Lamiaceae*) ; les feuilles et les écorces de *Dacryodes edulis* (*Burseraceae*) et *Mangifera indica* (*Anacardiaceae*) ; les Feuilles et la sève de *Aloe vera*.

L'acné et l'érythème fessier avaient plus grande variété de produits proposés pour un traitement soit, 10 et 8 respectivement. Parmi les traitements proposés pour l'acné, il y avait le *vinaigre de cidre*.

**Tableau XXI : Médicaments Traditionnels signalés pour le traitement des 5 dermatoses**

Dartre	Teigne	Érythème fessier	Gale	Acné
Soufre ( <i>poudre</i> )	Soufre ( <i>poudre</i> )			
<i>Senna alata</i> ( <i>Fabaceae</i> ) feuilles	<i>Senna alata</i> ( <i>Fabaceae</i> ) feuilles	<i>Senna alata</i> ( <i>Fabaceae</i> ) feuilles		
<i>Ocimum gratissimum</i> ( <i>Lamiaceae</i> ) Feuilles / Tiges / sève	<i>Ocimum gratissimum</i> ( <i>Lamiaceae</i> ) Feuilles / Tiges / sève	<i>Ocimum gratissimum</i> ( <i>Lamiaceae</i> ) Feuilles / Tiges / sève		<i>Ocimum gratissimum</i> ( <i>Lamiaceae</i> ) Feuilles, Tiges / sève
	<i>Allium sativum</i> ( <i>Amaryllidaceae</i> )			<i>Allium sativum</i> ( <i>Amaryllidaceae</i> )

<i>Solanum torvum</i> <b>(Solanaceae)</b> feuilles	<i>Annona muricata</i> <b>(Annonaceae)</b> feuille <i>Euphoria hirta</i> <b>(Euphorbiaceae)</b> feuilles, tiges  <i>Ziziphus jujuba</i> <b>(Rhamnaceae)</b> Fruits  <i>Petersianthus macrocarpus</i> <b>(Lecythidaceae)</b> écorce	<i>Spathodea campanulata</i> p. Beauv <b>(Bignoniaceae)</b> écorce <i>Baillonella toxisperma</i> <b>(Sapotaceae)</b> écorce  <i>Nauclea diderrichii</i> <b>(Rubiaceae)</b> écorce  <i>Ageratum conyzoides</i> <b>(Asteraceae)</b> feuille  <i>Elaeis guineensis</i> <b>(Arecales)</b> fruits  <i>Xylopi aethiopica</i> <b>(Annonaceae)</b> fruits	<i>Dacryodes edulis</i> <b>(Burseraceae)</b> écorce, feuilles <i>Mangifera indica</i> <b>(Anacardiaceae)</b> écorces, feuilles  <i>Psidium guajava</i> <b>(Myrtaceae)</b> feuille  <i>Albizia ferruginea</i> <b>(Fabaceae)</b> feuille	<i>Aloe vera</i> Feuilles et sève  <i>Moringa oleifera</i> <b>(Moringaceae)</b>  <i>Petroselinum crispum</i> <b>(Apiaceae)</b> feuille  <i>Allium cepa</i> <b>(Allium)</b>   <i>Curcuma longa</i> <b>(Zingiberaceae)</b>  <i>Azadirachta indica</i> <b>(Meliaceae)</b> <i>Alchornea cordifolia</i> <b>(Euphorbiaceae)</b>  <i>Vinaigre de cidre</i>
--	---	---	---	--

Nous avons à partir des recettes traditionnelles sus visées, identifié les espèces correspondantes aux noms vernaculaires et communs obtenus des traitements indigènes.

A la question relative à la forme d'utilisation des plantes pour la prise en charge des 05 dermatoses, les enquêtés ont répondu et les résultats sont consignés dans le tableau XXII.

Les huiles, les bains et les poudres seraient les formes les plus utilisées avec 49,4%, 45,8% et 32,5% respectivement. Les décoctions et les purges sont tout de même administrées à 24% et 23% respectivement.

**Tableau XXII : Formes de traitements reçu par les enquêtés**

Formes de traitements	Effectif (%)
Décoctions	24.1
Huiles	<b>49.4</b>
Poudre	<b>32.5</b>
Macération	13.3
Bain	<b>45.8</b>
Purges	23.3



Extraction de jus	8.4
En friction	20.8

## **CHAPITRE V : DISCUSSION**

Nous avons réalisé une étude descriptive de type CAP. Elle avait pour objectif général d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des populations de la ville de Yaoundé qui avaient une influence sur la prise en charge communautaire de 5 dermatoses courantes plus spécifiquement ;

- Évaluer le niveau de Connaissances des populations de Yaoundé qui avaient une influence sur la prise en charge communautaire de 5 dermatoses courantes
- Analyser les Attitudes des populations de Yaoundé qui avaient une influence sur la prise en charge communautaire de 5 dermatoses courantes
- Identifier les Pratiques des populations de Yaoundé qui avaient une influence sur la prise en charge communautaire de 5 dermatoses courantes
- Inventorier les recettes traditionnelles utilisées par les populations de Yaoundé pour la prise en charge des 5 pathologies en ethnomédecine.

### **V.1. Limites de l'étude**

Parmi les limites de l'étude, on peut citer le fait que dans ce milieu particulièrement « passant » que constitue un marché mais pourtant très fréquenté, nous n'ayons pu atteindre le nombre de participant attendus. Néanmoins, nous avons pu atteindre 85% de la cible.

On peut également citer la rareté d'articles publiés traitant ce sujet.

### **V.2. Profil Sociodémographique**

Notre étude concernait toutes personnes adultes ayant eu l'expérience d'une des 5 pathologies et qui a eu recours à la médecine traditionnelle. Le sex-ratio H/F était de 1,53. Cette tendance pourrait s'expliquer par le fait que généralement, dans les communautés africaines, les femmes, en tant que mères, avaient la responsabilité d'apporter les premiers soins de santé aux membres de la famille, notamment les enfants. Cette observation a été également faite par Diatta et *al.* (2013). [27]

L'âge de la population était compris entre 21 et 75 ans, avec un âge médian de 34(26-46) ans.

Concernant la profession, la majorité des participants étaient des commerçants (37,6%), Célibataires (45,9%) et avaient un niveau d'étude secondaire (45,9%). Nos résultats pourraient

s'expliquer par les lieux choisis de l'étude. En effet, le marché étant leur lieu de travail les commerçants étaient le plus disposés à poursuivre l'enquête. Le besoin aussi d'être indépendant financièrement et pouvoir subvenir aux besoins de la famille motive très souvent l'abandon aux études supérieures.

### **V.3. Connaissances**

S'agissant des niveaux de connaissances la majorité des participants avaient un niveau de connaissances moyen sur la dartre, avec des pourcentages élevés (90,9%) chez la tranche d'âge des [58;68]. Ceci démontre que les connaissances s'acquièrent avec l'âge. Le niveau de connaissances bon était très faible, tandis qu'un nombre significatif de participants avaient un niveau de connaissances insuffisant. Le niveau d'études des enquêtés a une influence sur leurs niveaux de connaissances sur la dartre. Globalement, ceux avec un niveau universitaire avaient tendance à avoir des niveaux de connaissances plus élevés que ceux avec un niveau secondaire, tant pour les connaissances moyennes que pour les bons niveaux de connaissances sur la teigne.

On a noté clairement que la majorité des participants avaient un niveau de connaissances moyen sur la teigne, tandis que très peu avaient un bon niveau de connaissances. Les tranches d'âge plus avancées avaient tendance à avoir une meilleure répartition entre les niveaux moyen et bon de connaissances, suggérant peut-être une accumulation de connaissances avec l'âge ou une meilleure sensibilisation parmi les personnes plus âgées ; en outre, la grande majorité des participants, qu'ils soient hommes ou femmes, avaient un niveau de connaissances moyen sur la teigne. En outre, les niveaux de connaissances moyens sur la teigne étaient généralement élevés parmi les enquêtés, indépendamment du niveau d'étude, avec les universitaires ayant le pourcentage le plus élevé. Cependant, il y avait des lacunes en termes de connaissances approfondies (bons niveaux) dans tous les groupes éducatifs. Le niveau secondaire s'est distingué par un pourcentage significatif de connaissances insuffisantes, ce qui pourrait nécessiter une attention particulière pour améliorer la sensibilisation et les connaissances sur cette dermatose.

L'enquête a mis en évidence une lacune significative de connaissances sur la gale parmi les enquêtés, avec une prévalence élevée de connaissances insuffisantes, en particulier parmi les jeunes adultes (tranche d'âge 28-38). Cela souligne la nécessité d'améliorer la sensibilisation et l'éducation sur la gale, en particulier dans les groupes d'âge plus jeunes, pour une meilleure gestion et prévention de cette affection dermatologique. De plus, la majorité des enquêtés,

indépendamment de leur sexe, avaient un niveau de connaissances insuffisant sur la gale. Il y avait une faible représentation de connaissances moyennes et aucun cas de bonnes connaissances parmi les participants. Cela souligne un besoin urgent d'améliorer l'éducation et la sensibilisation sur la gale, tant pour les hommes que pour les femmes, afin de mieux prévenir et gérer cette maladie dermatologique. On a noté clairement que le niveau de connaissances sur la gale était insuffisant à travers tous les niveaux d'éducation des enquêtés. Même parmi les individus ayant un niveau d'éducation plus élevé (niveau universitaire), la prévalence de connaissances insuffisantes était significative. Cela souligne un besoin critique d'améliorer l'éducation et la sensibilisation sur la gale à tous les niveaux de la société, afin de mieux prévenir, diagnostiquer et traiter cette maladie dermatologique. Une meilleure formation pourrait aider à améliorer la détection précoce, la prévention et le traitement efficace de la gale au sein des populations.

Concernant l'acné, l'étude a mis en évidence que, quel que soit l'âge des enquêtés, il existait des lacunes importantes en termes de connaissances sur l'acné. Les niveaux de connaissances mauvais et insuffisant prédominaient, même parmi les groupes d'âge plus avancés. Cela souligne l'importance d'améliorer l'éducation publique sur l'acné à tous les stades de la vie, afin d'en améliorer la prévention, le traitement et la gestion efficace de cette condition dermatologique courante. On a aussi mis en lumière une différence notable entre les sexes en termes de connaissances sur l'acné : Les hommes montraient une plus grande proportion de connaissances insuffisantes et mauvaises par rapport aux femmes. Cela souligne le fait que les femmes sont davantage préoccupées par leur apparence que les hommes et s'informent sur les moyens de traiter et de remédier aux effets défigurant de l'acné. De même, le niveau d'éducation n'avait pas considérablement amélioré les connaissances sur l'acné parmi les enquêtés. Même parmi ceux ayant un niveau universitaire, le pourcentage de connaissances moyennes dominait, avec des lacunes importantes dans les niveaux de connaissances bonnes. Ceci pourrait s'expliquer par le caractère souvent jugé « bénin » de cette affection.

Le tableau XVI indique une tendance où les enquêtés plus jeunes, notamment dans la tranche d'âge [18 ;28[, montraient des niveaux de connaissances moins élevés sur l'érythème fessier, avec une proportion significative de connaissances mauvaises et insuffisantes. En revanche, les tranches d'âge plus avancées, en particulier [28 ;38[, [38;48[, [48;58[ et 68 ans et plus, présentaient une amélioration notable avec une prévalence de bonnes connaissances. Cela suggère l'importance de programmes éducatifs ciblant les groupes plus jeunes pour améliorer

la compréhension et la gestion de l'érythème fessier. Le tableau XVII a mis en évidence une disparité significative entre les sexes en termes de connaissances sur l'érythème fessier. Les femmes montraient une meilleure compréhension de cette condition dermatologique par rapport aux hommes, qui affichaient un niveau de connaissances globalement plus faible. Cette différence souligne l'importance de sensibiliser et d'éduquer également les hommes qui pourraient être d'une aide substantielle pour les mères dans l'accomplissement de la tâche de changer les langes. Le tableau XVIII a mis en lumière que les individus ayant un niveau d'études de secondaire avaient le niveau de connaissances le plus élevé sur l'érythème fessier, tandis que les non-scolarisés et les universitaires avaient une plus grande variabilité dans leurs niveaux de connaissances. Cela suggère que les populations non-scolarisés sont peut-être moins confrontés à cette situation car démunis de moyens pour se fournir en couches à usage unique ou en coton. Ainsi, les enfants vivent les fesses à l'air, ce qui constitue sans le savoir un moyen de prévention et de traitement rapide de cette affection.

#### **V.4. Attitudes**

L'étude a évalué les attitudes des enquêtés sur leur perception vis-à-vis des 05 pathologies ;

Pour le traitement de la dartre, la majorité (72,4%) des enquêtés était en faveur d'une combinaison de médicaments conventionnels et traditionnels. Ce résultat est similaire de celui retrouvé par Ye et *al.* dans une étude faite au Burkina Faso en 2007, où 78,7% des enquêtés font usage de la médecine traditionnelle associée à la médecine conventionnelle. Il est tout aussi supérieur de 20% à celui retrouvé par Konan et *al.* en 2012 fait en Côte d'Ivoire, où 62% étaient favorables à cette association. [23]

Concernant l'urgence de la prise en charge de la dartre, les résultats montraient une diversité d'opinions reflétant ainsi des perspectives variées sur cette dermatose.

Pour le traitement de la teigne, la majorité (69,1%) des enquêtés était en faveur d'une combinaison de médicaments conventionnels et traditionnels. Environ 21,1% préférait les médicaments conventionnels seuls, tandis que 9,8% optaient pour les médicaments traditionnels uniquement.[25]

Environ 44,4% des enquêtés estimaient qu'il est nécessaire d'intervenir rapidement pour traiter la teigne. En revanche, 45,9% pensaient que ce n'est pas urgent, et 9,8% n'étaient pas sûrs ou n'avaient pas d'opinion claire à ce sujet.

Ces résultats reflètent les perceptions variées des enquêtés concernant la nature, les traitements disponibles, l'urgence et les justifications associées à la prise en charge de la teigne.

Pour le traitement de la gale, la majorité (75%) des enquêtés était en faveur d'une combinaison de médicaments conventionnels et traditionnels. Environ 16,8% préférait les médicaments conventionnels seuls, et 8,2% avait opté pour les médicaments traditionnels uniquement. Ceci pourrait s'expliquer par l'intérêt que portent les populations pour cette médecine non-conventionnelle, sûrement dû à son accessibilité et son faible coût.

Environ 82,9% des enquêtés estimaient qu'il est nécessaire d'intervenir rapidement pour traiter la gale. En revanche, 12,7% pensent que ce n'était pas urgent, et 4,4% n'étaient pas sûrs ou n'avaient pas d'opinion claire à ce sujet.

Ces résultats ont montré une perception générale de la gale comme une maladie naturelle avec des possibilités thérapeutiques perçus comme existantes. La majorité reconnaissait son caractère urgent en raison de sa contagiosité et de ses risques associés, bien que certains considéraient que ce n'était pas nécessairement une urgence immédiate. Ceci pourrait expliquer la recrudescence de cette pathologie même en milieu urbain.[30]

Concernant l'acné, les résultats montraient une perception générale de l'acné comme une maladie naturelle avec des possibilités de traitement disponibles. Il existait une diversité d'opinions sur l'urgence de sa prise en charge, avec une proportion de 31% des enquêtés estimant qu'il était nécessaire d'intervenir rapidement pour traiter l'acné avec comme raison le risque d'emmener à consulter si elle traîne (14,5%). En effet sa prévalence en milieu hospitalier au cours des consultations dermatologiques est estimée à 31,2% au Bénin[7]

En revanche une proportion significative estimant (près de 40%) qu'il n'est pas nécessaire d'intervenir immédiatement. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'en Afrique, l'acné est volontiers considérée par la population comme banale, voire « normale » ; elle n'apparaît pas susceptible d'altérer la qualité de vie.

Pour le traitement de l'acné, une majorité significative (63,7%) des enquêtés était en faveur d'une combinaison de médicaments conventionnels et traditionnels. En effet, la médecine traditionnelle est avant tout une médecine complémentaire.[31]

En ce qui concerne l'érythème fessier, environ 72,3% des enquêtés estimaient qu'il était nécessaire d'intervenir rapidement pour traiter cette affection. Ceci démontrait le caractère urgent de cette pathologie concernant les nourrissons bien souvent considéré comme « une petite affection » mais qui en absence de traitement pourrait se compliquer affecter le pronostic vital.[19]

Pour le traitement de l'érythème du fessier, la majorité (67,6%) des enquêtés préférait une combinaison de médicaments conventionnels et traditionnels.

### **V.5. Pratiques**

En ce qui concerne les pratiques des enquêtés, la question relative à la maladie qui les avait le plus affecté a révélé ;

La dartre semble être la maladie qui affecte le plus les enquêtés personnellement (41,7%) et leurs enfants (16,7%), suivie de près par la teigne. Une majorité des enquêtés (39,0%) observaient la maladie avant d'agir, tandis que 38,1% choisissaient de se soigner eux-mêmes. Seulement une faible proportion (1%) se tournaient vers un tradipraticien ou guérisseur. Une grande majorité (81,3%) des enquêtés avaient utilisé un traitement indigène contre au moins l'une de ces maladies, indiquant une prévalence significative de la médecine traditionnelle dans leurs pratiques de soins. Ce qui confirme que la médecine traditionnelle demeure le premier recours aux soins pour 80% des africains (OMS, 2012), face à la maladie en général. {Citation}

Ces résultats mettent en lumière l'importance des maladies cutanées telles que la dartre et la teigne dans la communauté étudiée, ainsi que la diversité des approches thérapeutiques utilisées, y compris les traitements indigènes.

Le recours à la médecine traditionnelle pour le traitement des dermatoses était motivé par plusieurs raisons, comme le montre la figure 2. Voici les principales raisons rapportées par les enquêtés :

Beaucoup d'enquêtés considèrent que la médecine traditionnelle offre un complément efficace aux traitements conventionnels tout en présentant moins de risques de toxicité.



- L'accessibilité financière est une motivation majeure. La médecine traditionnelle est perçue comme plus abordable que la médecine conventionnelle, ce qui en fait une option viable pour ceux qui cherchent des soins économiques.
- Pour certains enquêtés, la médecine traditionnelle est ancrée dans la culture et les pratiques familiales, ce qui les conduit à préférer ce type de traitement par respect pour la tradition.
- Elle est souvent utilisée en complément des traitements médicaux occidentaux (allopathiques), renforçant ainsi l'efficacité globale du traitement selon les croyances des enquêtés.

L'ensemble de ces facteurs a montré que la médecine traditionnelle est perçue comme une alternative ou un complément crédible aux traitements conventionnels, offrant une approche plus accessible et moins invasive pour le traitement des dermatoses.

- Les familles botaniques les plus représentées des plantes médicinales retrouvées dans notre étude étaient les Fabaceae, les Arecaceae et les Annonaceae. Ceci pourrait s'expliquer par leur forte représentativité dans la flore des forêts camerounaises
- Les organes des plantes les plus utilisés étaient les feuilles et les écorces. Des résultats similaires sont retrouvés dans les études menées par Ngono et *al.*, en 2011 ainsi que N'Guessan et *al.*, 2009. L'intérêt porté aux feuilles et aux écorces trouve une explication dans le fait qu'elles sont le siège par excellence de la biosynthèse et même du stockage des métabolites secondaires responsables des propriétés biologiques de la plante, protecteurs de l'organisme.[4]
- Les formes d'utilisations des traitements traditionnels ont été investiguées ; Il en résulte que ces traitements sont majoritairement utilisés sous formes d'huiles à 49,4%. Ceci pourrait s'expliquer par le type de maladie étudiée qui nécessite souvent un mode d'administration percutané. Ce mode d'administration est aussi fréquent dans l'étude menée par Orsot et *al.*, en 2021.[22] Toutefois, les décoctions orales sont tout de même administrées à 24% ce qui est proche des résultats de Mpondo et *al.*, en 2017 pour qui le mode de préparation le plus pratiqué était la décoction (38,04%).[32] Certains croient au mode de décoction et le trouvent adéquat pour

réchauffer le corps et désinfecter la plante pour détruire les contaminants biologiques.[33] D'autre part, la décoction permet de recueillir le plus de principes actifs et atténue ou annule l'effet toxique de certaines recettes.[34] Les purges malgré leurs risques demeurent un moyen d'administrer les médications traditionnelles chez 24% de nos enquêtés.

Les huiles, les bains et les poudres seraient les formes les plus utilisées avec 49,4%, 45,8% et 32,5% respectivement. Les décoctions et les purges sont tout de même administrées à 24% et 23% respectivement.

## **CONCLUSION**

Au terme de notre travail qui portait sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations de la ville de Yaoundé relativement à la prise en charge de 05 dermatoses courantes ; il en ressort que :

- Le niveau de connaissances des participants sur les 5 dermatoses était majoritairement moyen sauf pour la gale où il était insuffisant avec une prédominance masculine. Néanmoins, on retrouvait une reconnaissance du caractère urgent de la prise en charge de cette dernière.
- Les attitudes relatives au recours aux soins étaient en grande partie pour l'utilisation concomitante de la médecine traditionnelle et la médecine moderne pour les 5 dermatoses. L'abordabilité, l'accessibilité et la complémentarité font de la médecine traditionnelle un choix de traitement en première intention.
- Concernant les pratiques des populations face à ces dermatoses, une proportion observait avant d'agir et l'autre avait recours à l'automédication.
- L'inventaire des médicaments traditionnels utilisés dans le traitement des dermatoses a permis de recenser 25 plantes et 2 produits notamment le soufre et le vinaigre de cidre. Les familles botaniques les plus représentées étaient les *Fabaceae*, les *Annonaceae* et les *Lamiaceae*. Les organes de plantes les plus utilisés étaient les feuilles et les écorces. Le mode d'administration était principalement cutané par les huiles et les bains.

En fin de compte, cette étude nous aura permis d'avoir des informations pertinentes sur les connaissances, attitudes et pratiques de la communauté face à la prise en charge des 05 dermatoses les plus courantes.

## **RECOMMANDATIONS**

### **Au Ministère de la Santé Publique**

- De renforcer les campagnes d'information, éducation et communication pour le changement des comportements des communautés face aux 5 dermatoses
- Proposer des programmes de recherche pour les maladies à potentiel épidémique en dermatologie
- De continuer l'intégration et la codification de la médecine traditionnelle qui demeure le premier recours aux soins pour les communautés
- De développer la production locale de médicaments traditionnels améliorés à partir des recettes traditionnelles en collaboration avec le Ministère de la Recherche Scientifique et l'Innovation.

### **Au Ministère de la Recherche Scientifique**

- Retrouver les agents phytochimique de ces plantes en vue d'une standardisation galénique pour une administration adéquate.

### **Aux Facultés de Médecine et des Sciences Biomédicales**

- De mettre en place des équipes pluridisciplinaires en vue de la valorisation de la médecine traditionnelle
- D'encourager les études plus approfondies en thérapeutique dermatologique.

## REFERENCES

1. Mahé A, Keita S, Faye O. Manuel de prise en charge des maladies de peau courante au Mali. Mali Méd. 3:25.
2. Fofana Y, Traoré B, Faye O, Dicko A, Berthé S, Tall K, et al. Dermatoses gériatriques en hospitalisation dermatologique à Bamako (Mali). Pan Afr Med J [Internet]. 2016 [cité 6 janv 2024];25. Disponible sur: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/25/206/full>
3. OMS. Observatoire de la sante en Afrique - Medecine traditionnelle. Rev Bur Reg OMS Pour Afr. 2003;
4. Abondo-Ngono R, Tchindjang M, Essi MJ. Cartographie des acteurs de la medecine traditionnelle au Cameroun : cas de la region du centre. Ethnopharmacologia. 2015;
5. Pourchez L. Ethnomédecine. Anthropen [Internet]. 2021 [cité 30 juin 2024]; Disponible sur: <https://revues.ulaval.ca/ojs/index.php/anthropen/article/view/51288>
6. OMS. Strategie de l'OMS pour la medecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève2013;72.
7. Kouotou EA, Adegbi H, Bene Belembe R, Sieleunou I, Nansseu JR, Kamga J-P, et al. [Acne in Cameroon: Quality of life and psychiatric comorbidities]. Ann Dermatol Venereol. 2016;143:601-6.
8. MINSANTE. Strategie Sectorielle de la Santé 2020 - 2030. 1ère édition. 2020.
9. Lesemann F. La prise en charge communautaire de la santé. Numéro 1 (41), printemps 1979 – International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire [Internet]. Érudit. 2016 [cité 31 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.erudit.org/fr/revues/riac/1979-n1-riac02330/>
10. Guedje NM, Tadjouteu F, Dongmo RF. MEDECINE TRADITIONNELLE AFRICAINE (MTR) ET PHYTOMEDICAMENTS: DEFIS ET STRATEGIES DE DEVELOPPEMENT. Health Sci Dis [Internet]. 2013 [cité 28 janv 2024];13. Disponible sur: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/99>
11. Rassner G, Schlagenhauff B, Steinert U. Dermatologie : manuel et atlas. Paris : Maloine, p. 502. MALOINE. Paris; 2006.
12. Cohen BA. Cohen, B.A. Dermatologie pédiatrique. Paris : Editions Med'com, 2007. p. 273. Med'Com. Paris; 2007.
13. Dreno B. Anatomie, immunologie de la peau et de ses annexes. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. 2008.
14. Piérard GE, Piérard-Franchimont C. Mycose en Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. 4<sup>e</sup> éd. Paris: Masson; 2004.



15. Collège des enseignants de Dermatologie France. Enseignements du 2ème cycle polycopié national [Internet]. Disponible sur: <https://archives.uness.fr/sites/campus-unf3s-2014/dermatologie/poly-dermatologie2.pdf>
16. Collège des enseignants-chercheurs de Parasitologie-Mycologie africains. Manuel de Parasitologie et de Mycologie de la Société Africaine de Parasitologie (SoAP)-Tome 2 Affections Mycosiques [Internet]. 2021. Disponible sur: <http://societeafricainedeparasitologie.org/site/docs/VFTome2.pdf>
17. Hay RJ, Roberts SOB, Mackensie DWR. Pityriasis Versicolor . In : Champion R.H , Burton I.L , Ebling F.J.G. eds . Oxford. Blackwell scientific publication; 1992.
18. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE TRAITEMENT DE L'ACNÉ PAR VOIE LOCALE ET GÉNÉRALE. 143-147 boulevard Anatole France 93285 Saint- Denis Cedex; 2007.
19. Henry F, Thirion L, Piérard-Franchimont C, Letawe C, Piérard GE. COMMENT JE TRAITE... une dermite des langes. Rev Med Liege.
20. Gassama M, Sissoko M, Fofana C, Dicko A. Connaissances, Attitudes et Pratiques des Parents sur la Dermite des Langes dans le Service de Dermato-Vénérologie du Centre National d'Appui à la Lutte Contre la Maladie (Ex Institut Marchoux). 2021;22. Disponible sur: [www.hsd-fmsb.org](http://www.hsd-fmsb.org)
21. Luce ML. Recours aux plantes médicinales locales en Martinique: une double enquête patients, médecins généralistes.
22. Orsot BA, Coulibaly K, Sanogo Y, Zirihi G. Plantes médicinales, alternative de soins face aux maladies de la peau en Côte d'Ivoire. HttpmelewaorgJournalsabout-Japs. Journal of Animal&Plant Sciences. 31 juill 2021;8754-73.
23. MAMA DJIMA M, OUATTARA N, DOSSO M. La mesure de l'usage de la médecine traditionnelle en afrique de l'Ouest. 2018; Disponible sur: [https://www.revues-ufhb-ci.org/fichiers/FICHIR\\_ARTICLE\\_2310.pdf](https://www.revues-ufhb-ci.org/fichiers/FICHIR_ARTICLE_2310.pdf)
24. Malan F, Danho F. Traditional practices and medicinal plants use during pregnancy by Anyi-Ndenye women (Eastern Côte d'Ivoire) - PubMed [Internet]. 2011 [cité 1 juill 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21987942/>
25. Allabi AC, Busia K, Ekanmian V, Bakiono F. The use of medicinal plants in self-care in the Agonlin region of Benin. J Ethnopharmacol. 2011;133:234-43.
26. Maslove DM, Mnyusiwalla A, Mills EJ, McGowan J, Attaran A, Wilson K. Barriers to the effective treatment and prevention of malaria in Africa: A systematic review of qualitative studies. BMC Int Health Hum Rights. 2009;9:26.
27. Diatta CD, Gueye M, Akpo LE. Les plantes médicinales utilisées contre les dermatoses dans la pharmacopée Baïnouk de Djibonker, région de Ziguinchor (Sénégal). Journal of Applied Biosciences. 31 oct 2013;

28. Dièye AM, Sarr A, Diop SN, Ndiaye M, Sy GY, Diarra M, et al. Medicinal plants and the treatment of diabetes in Senegal: survey with patients. *Fundam Clin Pharmacol*. 2008;22:211-6.
29. Essi M-J, Njoya O. L'enquête CAP en recherche médicale. *Health Sci Dis* [Internet]. 2013 [cité 3 juill 2024];14. Disponible sur: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/183>
30. Masudi N, Dégboé B, Fabrice A, Byemero N, Muhubao, Promesse B, et al. GALE HUMAINE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES AU BÉNIN. 2021;13:380-4.
31. Lazarus A, Delahaye G. Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ? *Trib Sante*. 2007;15:79-94.
32. Mpondo E, NGENE J, MPOUNZE SOM L. Connaissances et usages traditionnels des plantes médicinales du département du haut Nyong. *J Appl Biosci* 113 11229-11245. févr 2017;
33. Bwassiwè H, Kossi M, Aklesso P. ENQUÊTE ETHNOBOTANIQUE SUR LES PLANTES UTILISEES DANS LE TRAITEMENT TRADITIONNEL DES CONTUSIONS MUSCULAIRES AU TOGO. 2014;112-30.
34. Salhi S, Fadli M, Zidane L, Douira A. Etudes floristique et ethnobotanique des plantes médicinales de la ville de Kénitra (Maroc). *Lazaroa*. 2010;31:133-43.

## **ANNEXES**

## ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

### PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DE 5 DERMATOSES COURANTES PAR DES ETHNO MEDICAMENTS DANS LA VILLE DE YAOUNDE

#### QUESTIONNAIRE N° |\_\_|\_\_|\_\_|

Bonjour,

Je me nomme....., je suis étudiante en ... associée à l'étude portant sur ...Je sollicite votre participation à cette échange qui nous permettra d'avoir quelques informations utiles dans la réalisation de notre étude. Nous comptons sur votre coopération mais aussi sur votre sincérité. Nous tenons par la même occasion à vous rassurer quant aux utilisations de ces informations, qui se feront exclusivement à des fins de recherche, nous pouvons donc vous garantir un strict anonymat, qui est de rigueur pour l'ensemble des informations qui seront recueillies dans cette étude. Acceptez-vous de participer à notre étude ?

#### SECTION A : INFORMATIONS DE BASE

A1. DATE DE COLLECTE	A2. HEURE DE DEBUT
__ __  /  __ __  /  __ __ __ __	__ __  H  __ __  MN

## SECTION B : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

<b>B1.</b>	<b>Age</b>	__ __
<b>B2.</b>	<b>Sexe</b> <i>1. Masculin      2. Feminin</i>	__
<b>B3.</b>	<b>Niveau d'étude</b> <i>1. Non scolarisé 2. Niveau primaire 3. Niveau secondaire 4. Niveau universitaire</i>	__
<b>B4.</b>	<b>Profession</b> <i>1. Agriculteur/agricultrice 2. Éleveur 3. Artisan/artisane 4. employé-e 5. Etudiant-e 6. Sans emploi 7. Autres.....</i>	__
<b>B5.</b>	<b>Etat matrimonial</b> <i>1. Marié-e 2. Célibataire 3. Veuf/veuve 3. Divorcé-e/séparé-e</i>	__

LES TABLEAUX SUIVANTS, FONT REFERENCE AUX IMAGES CI-DESSOUS :



**Image 1 (I1)**



**Image 2 (I2)**



**Image 3 (I3)**



**Image 4 (I4)**



**Image 5 (I5)**

*Pour chaque question cochez la réponse correspondante à chaque image intitulée ; I1, I2, I3, I4, I5*

## SECTION C : CONNAISSANCES SUR LES DERMATOSES

		I1	I2	I3	I4	I5
C1.	<b>Reconnaissez-vous l'une de ces maladies (<i>Cochez une réponse ci-dessous</i>)</b> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/>					
C2.	<b>Quel est le nom de cette maladie ?</b> A. Dartre B. Gale C. Acné D. Rouges fesses E. Teigne F. Ne reconnaît la maladie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C3.	<b>Est-ce une maladie héréditaire ?</b> A. Oui B. Non C. Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C4.	<b>Est-ce une maladie contagieuse ?</b> A. Oui B. Non C. Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C5.	<b>Si oui, Comment se contamine-t-elle ?</b> A. Contact peau à peau B. Par voie sanguine C. Par l'eau du puit D. Par les objets de toilette E. Chez le coiffeur F. Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C6.	<b>Existe-t-il un traitement médical pour cette maladie ?</b> A. Oui B. Non C. Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>Peut-on prévenir la maladie ?</b>					

C7.	A. Oui B. Non C. Je ne sais pas	_   _   _	_   _   _	_   _   _	_   _   _	_   _   _
C8.	<b>Si oui comment ? (<i>plusieurs réponses possible</i>)</b> A. Je ne sais pas B. Se laver matin et soir avec de l'eau propre et du savon C. Ne pas partager ses objets de toilettes (rasoir, gant, serviette etc) D. Changer de couches régulièrement E. Éviter les contacts directs avec les personnes présentant la maladie F. Utiliser des cosmétiques spécifiques recommandés par un spécialiste G. Autres à préciser	_   _   _   _   _   _   _	_   _   _   _   _   _   _	_   _   _   _   _   _   _	_   _   _   _   _   _   _	_   _   _   _   _   _   _
Légende périodicité						

## SECTION D : ATTITUDES

		I1	I2	I3	I4	I5
D1.	<b>Que pensez-vous de cette maladie ?</b> A. C'est une maladie naturelle comme les autres B. C'est un sort	_   _	_   _	_   _	_   _	_   _
D2.	<b>Pensez-vous qu'on peut traiter cette maladie ?</b> A. Oui B. Non	_   _   _	_   _   _	_   _   _	_   _   _	_   _   _
	<b>Selon vous par quel moyen ?</b> A. Avec des médicaments B. Avec des médicaments traditionnels C. Seulement à l'hôpital					



### SECTION D : ATTITUDES

D3.	<p><b>Pour quelles raisons utilisez-vous les médicaments traditionnels ?</b></p> <p>A. Cela m'aide en complément de mes traitements habituels</p> <p>B. Par tradition</p> <p>C. Les plantes sont moins toxiques et ont moins d'effets indésirables que les médicaments</p> <p>D. Pour le cout relativement moins cher et l'accessibilité</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4.	<p><b>Selon vous cette maladie nécessite-t-elle une prise en charge urgente ?</b></p> <p>A. Oui</p> <p>B. Non</p> <p>C. Je ne sais pas</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4.	<p><b>Si oui, qu'est-ce qui fait l'urgence de cette maladie ? (plusieurs réponses possible)</b></p> <p>A. Quand l'enfant est atteint on n'attend pas</p> <p>B. Elle entraine trop de dépenses</p> <p>C. Elle récidive souvent</p> <p>D. C'est une maladie très contagieuse</p> <p>E. Elle peut amener à consulter un personnel soignant s elle traîne</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5.	<p><b>Si non, pourquoi ?</b></p> <p>A. Elles sont plus gênantes qu'autre chose</p> <p>B. Les maladies de peau sont rarement urgentes</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SECTION E : PRATIQUES

		I1	I2	I3	I4	I5
E1.	<p><b>Parmi les maladies reconnus laquelle vous a le plus personnellement affecté ?</b></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2.	<p><b>Parmi les maladies reconnus laquelle a affecté vos enfants ?</b></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SECTION E : PRATIQUES

Downloaded from <http://www.sagepub.com> at NANYANG TECH UNIV LIBRARY on June 11, 2015

## ÉTUDE ETHNOBOTANIQUE

E9.	<p><b>Où vous procurez vous ces plantes ? (plusieurs réponses possible)</b></p> <p>A. Production personnelle</p> <p>B. Producteurs locaux</p> <p>C. Marché local</p> <p>D. Proches</p> <p>E. Autres :.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E10.	<p><b>D'où viennent vos informations sur les plantes ? (plusieurs réponses possibles)</b></p> <p>A. Famille</p> <p>B. Amis</p> <p>C. Médecin / Pharmacien</p> <p>D. Presse / Media</p> <p>E. Autres.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E11.	<p><b>Comment utilisez-vous ces médicaments ? (Plusieurs réponses possibles)</b></p> <p>A. Avant de consulter un médecin traitant</p> <p>B. En même temps que les médicaments prescrits par le médecin traitant</p> <p>C. Si les traitements prescrits par le médecin traitant ne marchent pas</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E12.	<p><b>Dans quelle intention utilisez-vous ces traitements ?</b></p> <p>A. Pour prévenir la maladie (pour rester en bonne santé)</p> <p>B. Pour traiter la maladie quand elle ne semble pas grave</p> <p>C. Pour compléter le traitement du médecin</p> <p>D. Pour prévenir la récurrence après le traitement du médecin</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>E13.</b>	<b>Pensez-vous que ces traitements sont efficaces ?</b> A. Oui totalement B. Non pas assez C. Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>E14.</b>	<b>Avez-vous déjà eu des effets indésirables suite à la prise de traitements traditionnels ?</b> A. Oui B. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>E15.</b>	<b>Si oui, Quels étaient les effets indésirables ?</b> A. Vomissements B. Nausées C. Irritations D. Démangeaison E. Rougeurs F. Autres : ..... .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>E16.</b>	<b>Aviez-vous du consulter un médecin/infirmier pour ces effets indésirables ?</b> A. Oui B. Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>E17.</b>	<b>Si non, pourquoi ?</b> A. Je n'avais pas l'argent B. J'ai eu honte d'informer mon médecin traitant que j'utilisais des médicaments traditionnels C. Je suis retournée voir le tradipraticien/guérisseur D. Ça a guéri spontanément	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

## ANNEXE 2 : ACCORD DE PRINCIPE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix – Travail – Patrie  
-----  
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
-----  
SECRETARIAT GENERAL  
-----  
DELEGATION REGIONALE DU CENTRE  
-----  
N° 0912 /AP/MINSANTE/SG/DRSPC

REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace – Work – Fatherland  
-----  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
-----  
SECRETARIAT GENERAL  
-----  
CENTRE REGIONAL DELEGATION  
-----  
25 JUN 2024  
Yaoundé, le.....

LE DELEGUE REGIONAL  
A

Madame NGONO AKAMBA Lucrèce  
- Etudiante FMSB-Ydé, Investigatrice principale -  
Tél : +237 67 272 554

**Objet :** Accord de principe.

Madame,

En date du 21 juin 2024, vous m'avez adressé une correspondance relative à l'accord de principe pour la mise en œuvre de l'étude intitulée : « Connaissances, attitudes et pratiques des populations de Yaoundé relatives à la prise en charge communautaire de cinq dermatoses courantes », dans la région du Centre.

Au vu de l'intérêt que revêt cette étude pour une meilleure cartographie de la prise en charge communautaire des affections dermatologiques, je ne formule aucune objection à ce que vous procédiez à la collecte de données y relatives dans la région du Centre, en collaboration avec les responsables des CSI et CMA sélectionnés.

Toutefois, cet accord de principe ne vaut pas autorisation de mener l'activité. Vous voudrez par conséquent solliciter une clairance éthique auprès d'un Comité d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine compétent et une Autorisation Administrative de Recherche conformément à la Directive Ministérielle relative à la mise en œuvre des projets de recherche en santé humaine au Cameroun.

Veuillez accepter, Madame, l'expression de ma parfaite considération. /-

**Ampliations :**

- DROS
- CNERSH, CRERSHC
- Intéressée
- Archives



LE DELEGUE REGIONAL.

*Dr. Ngombou  
Mefant Chérèse*

www.minsante.gov.cm/www.minsante.gov.cm



### ANNEXE 3 : IMAGES DE QUELQUES PLANTES MEDECINALE



*Psidium guajava* (goyavier)



*Annona muricata* ( corossol)



*Ocimum gratissimum* (messep)



*Mangifera indica* (manguier)



*Ageratum conyzoides* (roi des herbes)

#### **ANNEXE 4 : ICONOGRAPHIE**



**Image 1 Dartre**



**Image 2 Teigne du cuir chevelu**





**Image 3 Teigne trichosporique**



**Image 4 Teigne microsporique**





**Image 5 Gale chez un nourrisson**



**Image 6 Gale chez un adulte affectant les zones de plis**



**Image 7 Acné**



**Image 8 Érythème fessier**