

Revue de la dermatologie communautaire



Comm Dermatol J 2018 ; 14:1-12

Dermatologie communautaire – Une perspective latino-américaine

Docteur Isabel María del Pilar Casas

Dermatologue à l'hôpital Ramon Carrillo, San Martin de Los Andes, Neuquén, Argentine.

Professeur de dermatologie à l'université nationale de Comahue.

En août 2011, on m'a demandé de préparer un éditorial sur la dermatologie communautaire dans la revue *Dermatologia Argentina*, décrivant la nature et les dangers de ce travail en Amérique latine. Je l'ai intitulé « Dermatologie communautaire : une façon intéressante de pratiquer, d'enseigner et d'apprendre la dermatologie ». ¹

L'expression « dermatologie communautaire » est utilisée pour décrire des activités où le rôle du dermatologue s'étend du patient à la communauté dans son ensemble. Des organisations telles que la Fondation internationale pour la dermatologie (IFD) encouragent et soutiennent des initiatives de ce type, comme le Centre régional de formation en dermatologie (RDTC) en Tanzanie et le Dermatología Comunitaria (DCM) au Mexique. Le programme de soins primaires en dermatologie de la province de Neuquén est l'un des programmes mis au point en Argentine pour fournir un accès à l'expertise en dermatologie aux communautés rurales qui, pour des raisons géographiques ou socio-économiques, n'ont pas accès à un spécialiste. Le programme suit le modèle mexicain avec des journées de travail (« jornadas ») organisées dans différentes zones rurales, comprenant les soins de santé (traitement des patients), l'éducation (cours de dermatologie pour les dispensateurs de soins) et la prévention (ateliers de photoprotection pour les enfants et enseignants d'écoles primaires). Différentes organisations et personnes rendent ces initiatives possibles : la Fondation internationale de dermatologie (IFD), le ministère de la Santé publique de la province de Neuquén, l'industrie pharmaceutique et un groupe de dermatologues de différentes régions de l'Argentine et du monde qui, sur une base volontaire, participent aux « jornadas », fournissent des éléments d'information et donnent des conseils médicaux sur des cas difficiles à partir de leur lieu de travail. Les connaissances prennent une autre dimension : les éléments d'information en général (conférences, photographies, données épidémiologiques, expériences) ne sont pas fournis pour impressionner des collègues ni pour se distinguer lors d'un congrès, mais pour répondre aux besoins de la communauté et du praticien non spécialisé.

MOTS CLÉS

dermatologie communautaire, éducation à la santé, soins primaires, photoprotection



Les éléments d'information ainsi fournis doivent être gérés d'une façon inhabituelle pour les spécialistes. Les participants contribuent et font des suggestions. Ces contributions sont ensuite intégrées au projet : elles évoluent et s'améliorent à chaque « jornada » ; elles cessent d'être

Suite à la page 2...

Contents

1 Dermatologie communautaire – Une perspective latino-américaine

Docteur Isabel María del Pilar Casas

LA DERMATOLOGIE DANS LES ZONES DE CONFLIT

3 Migration internationale et santé:

Regard sur la dermatologie

Valeska Padovese

7 Stratégies de médecine traditionnelle pour les affections cutanées dans les zones de conflit

Gerard Bodeker PhD & Terence J Ryan DM, FRCP



la propriété des participants, elles appartiennent à la communauté. L'utilisation de ces éléments d'information n'est en aucune manière limitée, à condition que celle-ci soit à des fins éducatives et altruistes et qu'elle s'adresse à la communauté.

Les personnes prenant part à ces activités le font sur leur temps libre. Si ces activités ne sont pas réalisées dans une ambiance enjouée, si aucun sentiment positif n'est ressenti lors de la reprise des activités quotidiennes, les ressources humaines ne tardent pas à mentalement s'épuiser et disparaître (le sort habituel auquel font face de nombreux programmes similaires).

Chaque activité, même la plus simple, doit susciter l'enthousiasme, dès le moment où elle est conçue, organisée et mise en œuvre. Les relations humaines doivent aussi être empreintes d'affection et d'empathie. C'est avec cette attitude philosophique positive que les résultats, bons ou mauvais, doivent être analysés.

J'ai la conviction que ce sont l'enthousiasme et la passion du groupe qui permettent de nourrir le projet de la dermatologie communautaire et de le maintenir en vie. Chaque contribution est unique et dépend de la capacité de chaque participant, dans une plus ou moins grande mesure, d'une façon proche ou éloignée, à reprendre et continuer le travail d'une autre personne. La clé de la continuité d'un projet ne réside pas dans une seule personne mais dans le travail d'équipe.

Nous devons cependant être honnêtes et admettre que, bien qu'essentiel, l'enthousiasme seul ne garantit pas la continuité d'un projet. Le projet ne doit pas dépendre uniquement d'un financement privé ; il doit également s'appuyer sur une subvention publique sûre et durable.

Les avantages qui découlent de ces conditions sont nombreux et évidents : des soins de santé primaires dispensés à de larges communautés à faible coût tout en maintenant les normes de qualité, la formation des dispensateurs de soins de santé (l'idée sous-jacente est d'enseigner aux gens à pêcher plutôt que de leur donner des poissons), la collecte de données épidémiologiques, un forum professionnel pour l'échange d'expériences, des informations objectives, etc. Identifier tous les risques potentiels ou effets négatifs à la fois sur la population et sur le groupe de volontaires est le plus grand défi à relever. Les concepts clés tels que *primum non nocere* (d'abord ne pas nuire), le multiculturalisme en matière de santé, la planification, la continuité, la sécurité et les processus de contrôle de la qualité nécessitent une approche interdisciplinaire consciencieuse ainsi que l'enregistrement et le partage d'expériences antérieures dans divers contextes socioculturels.

La dermatologie communautaire latino-américaine est encore loin de constituer une branche dans son domaine ; elle doit donc trouver sa place dans les sphères des organisations scientifiques, des institutions de santé publique et des universités. Tout être humain

ayant un goût profond pour la communication, les relations humaines, l'épanouissement personnel fondé sur le savoir, la recherche et l'échange d'expériences trouvera sûrement un magnifique univers de travail en dermatologie communautaire.

Sept ans se sont écoulés depuis cet éditorial et très peu de choses ont changé qui nous ont permis de gagner notre place dans les sociétés scientifiques, les établissements d'enseignement ou les systèmes de santé publique.

Selon ce scénario, nous avons développé nos « Ateliers de dermatologie communautaire » : des stratégies simples et amusantes (Fig. 1 à 3) qui nous permettent de toucher de vastes communautés nécessitant moins de ressources humaines et de financement, et qui peuvent être utilisées dans différentes communautés et par différents dispensateurs de soins, pas uniquement des dermatologues parfaitement formés. Chaque activité éducative peut être utilisée par une seule personne dans une seule école ou groupe de la communauté, ou être étendue à un programme à long terme incluant d'autres institutions, notamment le système éducatif primaire, les universités médicales et les cabinets de dermatologie. La simplicité du modèle pédagogique lui permet d'être utilisé avec des contenus différents, en fonction des besoins de chaque communauté (photo-éducation, dermatite atopique, gale, pédiculose, etc.).

L'éducation est désormais l'objectif principal de toutes les actions que nous menons « sur le terrain ». Cet objectif est facile à maintenir, il ne nécessite pas de financement important ni d'accord inter-institutionnel. L'impact de nos travaux est cependant difficile à démontrer, car il ne peut se manifester qu'à long terme, par une analyse spécifique. Notre société immédiate associe le succès aux grands nombres, aux résultats facilement visibles et aux effets à court terme, ce qui est difficile à réaliser avec le faible nombre de personnes et d'institutions impliquées dans ce type de projet.

Comme je l'ai dit en 2011, très peu de choses ont changé : la dermatologie communautaire est et sera toujours un domaine pour les passionnés !

Référence

1. « La dermatologie communautaire : une façon intéressante de pratiquer, d'enseigner et d'apprendre la dermatologie » Rev Dermatol Arg 17 (5) : Éditorial



MIGRATION INTERNATIONALE ET SANTÉ REGARD SUR LA DERMATOLOGIE

Valeska Padovese

*Médecin spécialiste en dermatologie et vénéréologie,
Directrice du département de médecine urogénitale,
hôpital Mater Dei, Malte E mail: valeska.padovese@gov.mt
Tél mob : 00356 77331133*

Résumé

Cet article passe en revue les problèmes auxquels sont confrontés les migrants internationaux et décrit les principales affections cutanées dont ils peuvent souffrir.

Contexte

Au cours des dernières années, l'Europe a connu l'un des flux les plus importants de migrants et de réfugiés de son histoire. Poussés par la guerre civile et la terreur, attirés par la promesse d'une vie meilleure, des centaines de milliers de gens ont fui le Moyen-Orient et l'Afrique, risquant leur vie en chemin. Il n'existe pas, à ce jour, de définition universellement acceptée du migrant. En fonction de la phase du cycle de migration, du mode de déplacement et du statut juridique, différents types de migrants peuvent être définis : demandeurs d'asile, réfugiés, migrants documentés et non documentés.

Certaines personnes s'installent dans de nouveaux pays pour améliorer leur situation économique ou poursuivre leurs études (migrants économiques). D'autres, comme les réfugiés et les demandeurs d'asile, quittent leur pays pour échapper aux violations des droits humains telles que la torture, la persécution, les conflits armés, la pauvreté extrême et même la mort.

Un réfugié est défini comme une personne qui, « craignant avec raison d'être persécutée pour des raisons de race, de religion, de nationalité, d'appartenance à un groupe social particulier ou d'opinions politiques, se trouve hors du pays de sa nationalité et ne peut ou refuse, à cause de cette crainte, de se prévaloir de la protection de ce pays ». ¹ Les réfugiés sont protégés par le droit international et ne doivent pas être expulsés ou renvoyés dans des endroits où leur vie et leur liberté sont en danger.

Le conflit en Syrie a contraint de nombreux Syriens à rechercher la sécurité dans d'autres régions du pays ou dans les pays voisins. ² Les possibilités d'emploi dans ces villes et cités pauvres restent faibles et une proportion importante de réfugiés et de populations hôtes continuent de vivre dans des conditions de grande pauvreté. Un grand nombre de Syriens qui se sont réfugiés dans les pays voisins comme le Liban, l'Égypte, la Jordanie et la Turquie ont donc quitté ces pays pour se rendre en Europe.

Selon l'Organisation internationale pour les migrants (OIM), organisme des Nations Unies chargé des migrations, 171 635 migrants et réfugiés sont arrivés en Europe par la mer en 2017, un peu moins de 70 % entrant en Italie, le reste se répartissant entre la Grèce, Chypre et l'Espagne. Ce nombre s'établissait à 363 504 l'année précédente. ³ La grande majorité des personnes qui tentent actuellement le passage traversent la Libye, un pays plongé dans le chaos, et sont exposées à des niveaux alarmants de violence et d'exploitation, notamment de torture et de viol. Au total, 5 376 décès de migrants ont été enregistrés en 2017 ; bien que ce nombre soit élevé, il est inférieur d'un tiers aux 7 932 décès enregistrés en 2016.

Le nouveau visage de la migration

Le visage de la migration est en train de changer. En 2016, le nombre

MOTS CLÉS

Migration, réfugiés, torture, brûlures, mutilation génitale féminine, tuberculose, affections cutanées.

d'enfants non accompagnés qui traversaient l'Afrique du Nord et se dirigeaient vers l'Italie représentait plus du double du nombre enregistré en 2015, risquant ainsi la détention, le viol, le travail forcé, la violence ou la mort, alors qu'ils fuyaient la guerre, la pauvreté et la misère dans leur pays d'origine.

Aujourd'hui, environ la moitié des migrants internationaux sont des femmes. ⁴ Ces dernières années, l'expression « féminisation de la migration » est par conséquent devenue courante. Les hommes et les femmes montrent des différences dans leurs comportements migratoires, ils font face à des opportunités différentes et affrontent des risques et des défis différents, tels que la vulnérabilité aux violations des droits humains, à l'exploitation, à la discrimination et à des risques de santé spécifiques. Il devient de plus en plus évident que la migration n'est pas un phénomène neutre en termes de genre. À partir du moment où les femmes décident de migrer, leur expérience en tant que migrantes diffère de celle des hommes.

Les affections cutanées chez les migrants

Les migrants ne constituent pas un groupe homogène et leur santé est davantage affectée par les conditions dans lesquelles ils voyagent et les conditions sociales dans lesquelles ils vivent dans le pays d'accueil. Les déterminants plus larges de la santé chez les migrants sont souvent différents de ceux de la population établie et nécessitent une approche différente de la part des professionnels de la santé.

De nombreuses études indiquent que les migrants qui décident de quitter leur pays d'origine sont intrinsèquement en bonne santé, ce qui peut changer à leur arrivée dans le pays d'accueil. ⁵ Les conditions dermatologiques observées à l'arrivée sont liées au voyage périlleux et à la traversée maritime. Une étude descriptive des données démographiques et cliniques des migrants arrivés par la mer, auscultés à la clinique du port d'Augusta (Italie) en 2014, a montré que les morbidités les plus courantes étaient les affections respiratoires, dermatologiques, traumatiques et gastro-intestinales. Les auteurs de l'étude ont comparé les migrants originaires des régions déchirées par la guerre au Proche-Orient et les autres, principalement africains, et ont constaté que les maladies cardiovasculaires aiguës et chroniques, ainsi que le diabète, étaient plus fréquents dans le premier groupe, tandis que les maladies de la peau prédominaient dans ce dernier. ⁶

Dans le cadre d'un projet mené par l'Institut national de la santé, de la migration et de la pauvreté (INMP) sur l'île de Lampedusa, dans l'extrême sud de l'Italie, le point d'entrée le plus important pour des milliers de migrants et de demandeurs d'asile africains, des infections cutanées, telles que la gale, les abcès et la pyodermites ont été fréquemment observées à l'arrivée des migrants en raison des mauvaises conditions d'hygiène dans les centres de détention libyens (Fig. 1). Les furoncles étaient courants, commençant par des lésions sensibles, rose-rouges et enflées sur une zone ferme de la peau, suivies de ruptures spontanées (Fig. 2). Des dermatites dues à l'eau de mer et

Suite au verso...



Fig. 1. Érythème et pustules multiples au pied droit, dus à *unstaphylocoque doré*.

à des brûlures chimiques, principalement sur le fessier, ont également été constatées chez les migrants arrivés par la mer (Fig. 3). Des brûlures de second degré causées par un contact avec le moteur du bateau ont également été observées à Lampedusa, celles-ci étant auto-infligées, afin de permettre l'effacement des empreintes digitales des demandeurs d'asile et leur acheminement vers un autre pays (Fig. 4).



Fig. 2. Zones endommagées après la rupture de pustules.

Dans une étude non publiée réalisée en 2014 à la périphérie de Rome au cours de soins médicaux visant 849 migrants en transit en Italie, des maladies cutanées, principalement infectieuses, ont été enregistrées dans 52 % des cas. Fig. 5.

Des troubles respiratoires, en particulier des infections des voies

respiratoires supérieures, ont été signalés dans 20 % des cas. Des troubles gastro-intestinaux d'origine hydrique ont été enregistrés chez 7 % des migrants. Pour beaucoup de migrants, la période de transition n'a eu aucune conséquence sur leur santé en raison de la courte durée du transport. Pour d'autres migrants, tels que ceux en transition dans des camps de réfugiés ou ceux qui sont pris dans un trafic ou sont passagers clandestins, la période de transition peut avoir une incidence importante sur la santé.



Fig. 3. Brûlures chimiques sur le fessier dues à un contact prolongé avec l'eau de mer, l'urine et le carburant. Les migrants sont souvent assis à l'étroit pendant plusieurs heures sur des bateaux surpeuplés.

Les femmes migrantes sont les plus exposées aux risques de trafic, violence sexuelle, et prostitution. La contribution des populations de migrants à l'épidémie de VIH est nettement plus élevée chez les femmes, ce qui met en évidence la féminisation de l'épidémie de VIH / SIDA chez les migrants en Europe. Les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH / SIDA sont devenues des préoccupations urgentes pour les populations touchées par les conflits armés et les migrations. Les données disponibles suggèrent que la transmission des IST et du VIH est effectivement plus importante chez les personnes en situation de migration forcée par rapport aux populations stables.⁷ Les effets ne se limitent pas aux réfugiés eux-mêmes mais s'étendent à tous ceux qui se trouvent dans le conflit ou dans les situations d'après conflit.

La pauvreté, l'impuissance et l'instabilité sociale affectent la propagation des IST et du VIH. Ces conditions sont caractéristiques de la vie de de la plupart des réfugiés. Bien que de nombreux organes et organismes



Fig. 4. Brûlures de second degré causées par un contact avec le moteur d'un bateau sur les doigts d'un réfugié érythréen. Celui-ci a admis avoir tenté d'éviter une identification afin de rejoindre sa famille dans le nord de l'Europe.

gouvernementaux reconnaissent l'importance des services de santé en matière de procréation et des services de prévention et de prise en charge du VIH / SIDA, en particulier pour les réfugiés, les politiques de santé n'ont été mises en place que dans quelques cas.

Les immigrants et réfugiés

provenant de zones où les infections persistent constituent un problème important pour les stratégies nationales de contrôle et d'élimination de la maladie.⁷

Des maladies infectieuses avec des manifestations cutanées apparaissent en Europe et les cas signalés de mycose endémique et de maladies à vecteur, telles que la leishmaniose, l'onchocercose et la filariose, sont en augmentation dans la documentation médicale.^{8,9}

Des maladies et infections cutanées importées, y compris un cas de lèpre lépromateuse non diagnostiquée chez un immigré malien (Fig. 6, avec gros plan d'un nodule inflammatoire



Fig. 5. Sycose de la peau de la barbe sur un migrant nord-africain.

sur le bras, Fig. 7), ont été observées chez des migrants hébergés dans des centres d'accueil à Malte, par des médecins durant le projet Mare nostrum.¹⁰

Le projet de l'INMP a signalé plusieurs cas de tuberculose cutanée chez les migrants en provenance de pays où la maladie est endémique (Fig. 8). Le projet Mare nostrum à Malte a permis d'identifier 22 cas nouveaux de tuberculose active. (18 tuberculoses pulmonaires, 3 tuberculoses



Fig. 6, 7. Réaction lépreuse (erythema nodosum leprosum) chez un homme du Mali âgé de 32 ans quittant un centre d'accueil à Malte.

lymphatiques et 1 tuberculose osseuse) chez les migrants vivant dans le centre d'accueil, dont l'examen s'était révélé négatif au moment de leur arrivée.

Les mauvaises conditions de logement dans le pays d'accueil, le manque de travail et de revenus ainsi que les changements alimentaires contribuent aux maladies. Le « capital santé » dont l'immigrant « dispose », en supposant qu'il arrive en bonne santé, s'effondre rapidement, ce qui représente un risque potentiel et substantiel de maladie.

Les migrants vulnérables se heurtent à de nombreux obstacles pour accéder à un niveau de soins de santé approprié ; ceci a des implications pour la santé individuelle, la santé publique et les prestataires de soins de santé. De nombreux pays limitent l'accès aux soins de santé pour certains groupes de migrants, notamment les migrants en situation irrégulière et les demandeurs d'asile. Les autres obstacles sont la langue, la méconnaissance des droits et du système de santé en général, le manque de connaissances en matière de santé, les obstacles administratifs, l'exclusion sociale et la discrimination directe et indirecte. Pour améliorer l'accès des migrants aux services de santé, certains pays européens ont introduit le rôle de médiateurs transculturels, originaires pour la plupart des principaux pays d'origine des migrants, ayant eux-mêmes vécu le processus de migration et d'intégration dans le pays d'accueil. La médiation transculturelle implique le processus de passage d'une culture à une autre et inversement.

Victimes de tortures

De nombreux demandeurs d'asile, y compris des enfants, ont été torturés dans leur pays d'origine en raison de leur sexe, de leur groupe ethnique, de leur appartenance religieuse ou politique.¹² Dans le monde entier, environ un tiers seulement des demandeurs d'asile se voient accorder le statut de personne protégée et bénéficient d'une protection contre les tortures répétées ou la mort. Les dermatologues peuvent avoir à faire à des patients présentant des caractéristiques uniques telles que des brûlures causées par une arme chimique, des blessures par électrocution dues à des électrodes primitives ou des contusions de balles en caoutchouc et de vraies cicatrices de balles (Fig. 9 ci-dessous). L'identification et la documentation des blessures physiques sont des éléments essentiels pour vérifier la crédibilité des allégations relatives

aux tortures et des demandes d'asile politique. Les professionnels de la santé sont invités à identifier et à documenter les blessures liées à la torture, en dépit du fait que peu de formation spécialisée en dermatologie aborde ce problème.

Mutilations génitales féminines

Mutilations génitales féminines (MGF) est le terme utilisé actuellement par l'Organisation mondiale de la santé pour désigner toutes les procédures impliquant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme pour des raisons culturelles ou autres que thérapeutiques. Les mutilations génitales féminines sont devenues un sujet de préoccupation croissant dans les pays hôtes en raison de leurs conséquences néfastes sur la santé physique, sexuelle et psychologique des femmes.¹³

De nombreux pays européens accueillant des migrants en provenance de pays où les MGF sont perpétrés, ont abordé cette question dans le cadre de leur système de soins de santé et ont établi des lignes directrices sur ces mutilations pour les prestataires de soins médicaux, tandis que d'autres ne répondent pas aux besoins spécifiques des femmes victimes de mutilations génitales de manière cohérente.

Bien que les organisations internationales condamnent les mutilations génitales féminines comme une violation des droits humains et que la plupart des pays l'interdisent, cette pratique continue d'exister dans de nombreux pays africains et son déclin est lent.

Cette persistance soulève des questions sur l'efficacité des lois internationales et nationales interdisant les MGF ainsi que sur le rôle potentiel des migrants de retour dans leur pays concernant le changement de ces pratiques ancrées dans la culture.¹⁴

Conclusion

Les récents événements survenus en Afrique du Nord et au Moyen-Orient ont entraîné une augmentation spectaculaire de la migration ; celle-ci souligne la nécessité d'identifier les meilleures pratiques et d'engager un dialogue politique transnational sur la migration en Europe. La santé publique et les systèmes de santé doivent s'adapter aux besoins des migrants et des réfugiés en situation de vulnérabilité. Les mineurs non accompagnés et les femmes constituent un problème particulièrement important. L'inclusion sociale et la cohésion sont bénéfiques pour le bien-

Suite au verso...



Fig. 8. Tuberculose cutanée chez un migrant du Pérou âgé de 33 ans. La scrofulose, également connue sous le nom de *tuberculosis colliquativa cutis*, était la forme de tuberculose cutanée la plus couramment observée avant l'avènement des médicaments antituberculeux ; elle reste la forme la plus répandue de la maladie dans les pays en développement.



Fig. 9. Blessures par balle chez un réfugié érythréen ; les cicatrices physiques reflètent souvent un traumatisme psychologique grave.

être mental et physique des migrants eux-mêmes et conduisent à de meilleurs résultats pour la société dans son ensemble.

Références

1. (Art. 1(A)(2), Convention relative au statut des réfugiés, art. 1A (2), 1951 tel que modifié par le Protocole de 1967).
2. Disponible sur <http://www.bbc.com/news/world-middle-east-26116868>. Dernier accès le 23 mars 2018.
3. Disponible sur <https://www.iom.int/news/mediterranean-migrant-arrivals-reach-150982-2017-deaths-reach-2839>. Dernier accès le 23 mars 2018.
4. Disponible sur <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region>. Dernier accès le 23 mars 2018.
5. Kennedy S, McDonald J T, Biddle N. The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries. SEDAP Research Paper No. 164. Disponible sur <https://socialsciences.mcmaster.ca/sedap/p/sedap164.pdf>. Dernier accès le 23 mars 2018.
6. Trovato A, Reid A, Takarinda KC, Montaldo C, Decroo T, Owiti P, Bongiorno F, Di Carlo S. Dangerous crossing: demographic and clinical features of rescued sea migrants seen in 2014 at an outpatient clinic at Augusta Harbor, Italy. *Confl Health* 2016. 15;10:14. doi: 10.1186/s13031-016-0080-y. eCollection 2016.
7. Fakoya I, Álvarez-del Arco D, Woode-Owusu M, Monge S, Rivero-Montesdeoca Y, Delpech V, Rice B, Noori T, Pharris A, Amato-Gauci A, del Amo J, Burns FM. A systematic review of post-migration acquisition of HIV among migrants from countries with generalised HIV epidemics living in Europe: implications for effectively managing HIV prevention programmes and policy. *BMC Public Health*. 2015 Jun 19;15:561. doi: 10.1186/015-1852-9
8. Molina-Morant D, Sánchez-Montalvá A, Salvador F, Sao-Avilés A, Molina I. Imported endemic mycoses in Spain: Evolution of hospitalized cases, clinical characteristics and correlation with migratory movements, 1997-2014. *PLoS Negl Trop Dis*. 2018;12:e0006245. doi: 10.1371/journal.pntd.0006245. eCollection 2018 Feb.
9. Di Muccio T, Scalone A, Bruno A, Marangi M, Grande R, Armignacco O, Gradoni L, Gramiccia M. Epidemiology of Imported Leishmaniasis in Italy: Implications for a European Endemic Country. *PLoS One*. 2015;10:e0129418. doi: 10.1371/journal.pone.0129418. eCollection 2015 Feb.
10. Padovese V, Egidi AM, Melillo Fenech T, Podda Connor M, Didero D, Costanzo G, Mirisola C. Migration and determinants of health: clinical epidemiological characteristics of migrants in Malta(2010-11). *J Public Health (Oxf)*. 2014;36:368-74. doi: 10.1093/pubmed/fdt111.
11. Gushulak BD, MacPherson DW. Globalization of infectious diseases: the impact of migration. *Clin Infect Dis*. 2004. 15;38:1742-8.
12. People on the move: torture and migration. Disponible sur <http://irct.org/publications/thematic-reports/136> Dernier accès le 21 mars 2018.
13. Disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/> Dernier accès le 25 mars 2018.
14. Disponible sur <https://wol.iza.org/uploads/articles/282/pdfs/migration-and-female-genital-mutilation.pdf> Dernier accès le 25 mars 2018

JOURNAL CLUB

Moghassa E *et d'autres* Plantes indigènes en Iran pour le traitement de la leishmaniose cutanée : un examen narratif. *Iran J Parasitol* 2017; 12:312-322.

La leishmaniose cutanée est un problème de santé majeur en Iran, en particulier dans le nord-est. Environ 20 000 nouveaux cas sont signalés chaque année. Les antimoiens pentavalents constituent le traitement de choix, mais les patients sont naturellement enclins à explorer des solutions à base de plantes, moins chères et potentiellement moins toxiques. Plus de 50 espèces de plantes ont été étudiées dans le monde pour tester leur efficacité potentielle dans la leishmaniose. Les auteurs de cette revue détaillée résument les données disponibles, tenant compte en particulier des plantes indigènes ou cultivées en Iran. Ils soulignent que de nombreux rapports ont trait à des études in vitro non confirmées, souvent effectuées par des doctorants, et que la plupart des extraits de plantes n'ont pas été testés pour leur cytotoxicité ou leur activité in vivo. Les dérivés de plantes présentant un intérêt incluent les lactones sesquiterpéniques de membres de la famille des astéracées et les esters de tyrosyle de papayes. Parmi les quelques études cliniques, on note que le miel contenant du cumin noir (*Nigella sativa*) a accéléré la cicatrisation des lésions traitées avec du glucantime intralésionnel, par rapport à l'utilisation du miel seul.

CRL

JOURNAL CLUB

Wiese S *et d'autres* Altération de la qualité de vie liée à la tungose chez les enfants vivant dans les zones rurales au Kenya. *PLOS Negl Trop Dis* 2018; 12(1);e0005939.

La tungose (infestation cutanée par les puces de sable) est courante dans les régions pauvres en ressources de l'Afrique et est considérée comme négligeable. Les auteurs ont mené une enquête auprès de 50 enfants affectés dans la région de Kilifi, sur la côte kényane. Ils ont mesuré leur qualité de vie en utilisant un indice mesurant l'impact des infections cutanées sur la qualité de vie (DLQI), avant et après le traitement, conformément aux recommandations nationales. Ils ont constaté que la tungose était gravement néfaste pour la qualité de vie ; les enfants affectés présentaient des troubles du sommeil et de la concentration en raison des douleurs et démangeaisons. Le degré de handicap était lié au nombre de puces de sable dans la peau. De multiples lésions du pied réduisaient la mobilité et conduisaient parfois à une déformation. Les symptômes étaient souvent exacerbés par une infection bactérienne secondaire. Les puces de sable incrustées ont souvent été prélevées sans succès avec des instruments non stériles tels que des épingles et des lames de rasoir. Un traitement efficace a permis d'améliorer considérablement la qualité de vie.

CRL

Stratégies de médecine traditionnelle pour les affections cutanées dans les zones de conflit

Gerard Bodeker PhD¹ & Terence J Ryan DM,FRCP²

1. Département d'épidémiologie, Columbia University, New York & Green Templeton College, University of Oxford ; Président, Initiative mondiale pour les systèmes traditionnels de santé, Oxford, Royaume-Uni.

2. Professeur émérite de dermatologie, University of Oxford & Oxford Brookes University ; Green Templeton College, University of Oxford ; Directeur et fondateur de l'Initiative mondiale pour les systèmes traditionnels de santé, Oxford, Royaume-Uni.

Résumé

Alors que la crise mondiale concernant les personnes déplacées et les réfugiés des zones de conflit et des pays en crise continue de s'aggraver, la dermatologie se voit confrontée au défi de développer des stratégies pour le traitement des affections cutanées dans les environnements pauvres en ressources et à prévalence élevée de ces affections. Notre expérience montre que des solutions locales peuvent être utilisées pour fournir des solutions durables, sûres et efficaces. Des exemples provenant de différents camps de réfugiés illustrent comment les ressources de ces communautés, le savoir et les traitements traditionnels peuvent fournir un moyen de traiter les problèmes de peau dans des environnements difficiles.

Introduction

Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) a rapporté en juin 2017 qu'un « nombre sans précédent de 65,6 millions de personnes dans le monde ont été forcées de quitter leur foyer. On compte parmi elles près de 22,5 millions de réfugiés, dont plus de la moitié ont moins de 18 ans et 10 millions d'apatrides qui se sont vu refuser une nationalité et l'accès aux droits fondamentaux tels que l'éducation, la santé, l'emploi et la liberté de circulation. » <http://www.unhcr.org/en-my/figures-at-a-glance.html>

Peu d'études ont documenté l'étendue des maladies de la peau chez les populations immigrées et réfugiées, mais la dermatite atopique s'est avérée être la maladie la plus répandue parmi les enfants d'immigrés latino-américains en Espagne. La gale était six fois plus susceptible de survenir chez les enfants d'immigrants latino-américains que chez les enfants espagnols. (Perez-Crespo et d'autres, 2014). En Grèce, les enfants d'immigrants présentaient un taux plus élevé d'infections bactériennes et de gale que les enfants du pays, les dermatites étant les plus



Camp de réfugiés près de Mae Sot, Thaïlande.

MOTS CLÉS

Santé des réfugiés, médecine traditionnelle, plantes médicinales, phytothérapie, savoirs traditionnels, cicatrisation des plaies, maladies de la peau, solutions

courantes (34,7 %), suivies des infections cutanées (19,3 %). (Katsarou, et d'autres., 2012). Aux États-Unis, les données de HealthPartners dans le Minnesota montrent un large éventail de maladies cutanées parmi les populations de réfugiés et d'immigrants (voir tableau 1).

TABLEAU 1

Affections cutanées communes chez les réfugiés / immigrants

Démangeaisons – Causes nombreuses

Inflammatoire: dermatite atopique (eczéma), psoriasis, lichen plan, lupus, agents infectieux : Herpès, dermatoses génito-urinaires, teigne, gale, infestation parasitaire

Maladies systémiques: VIH, maladie du foie ou des reins, anémie

Sécheresse de la peau

Douleurs

Cicatrices chéloïdes

Ulcères

Défiguration

Apparence anormale de la peau

Cicatrices - dues à une maladie ou à des démangeaisons

Changements de pigmentation

Cicatrices ou exacerbations de maladies de la peau chez les victimes de torture et de traumatisme mental associé

De : *Skin Disease in Refugees and Immigrants*. Alexia Knapp, MD Dermatology, HealthPartners, Minnesota Dept. of Health, March 1, 2016. <http://www.health.state.mn.us/divs/idepc/refugee/metrotrf/pres16marderm.pdf>

Initiative mondiale pour les systèmes traditionnels de santé

L'Initiative mondiale pour les systèmes traditionnels de santé (GIFTS) a été créée à la mi-1993 lors de réunions tenues à l'Organisation panaméricaine de la santé à Washington DC. Avec l'appui du Centre canadien de recherche sur le développement international (CRDI) et du Bureau des médecines alternatives de l'Institut national de la santé (aujourd'hui le Centre de médecine complémentaire et intégrative),

Suite au verso...

et avec la participation de groupes de populations autochtones et de chercheurs universitaires dans des domaines connexes, l'Initiative a été créée pour mettre en lumière l'importance de la médecine traditionnelle (autochtone) dans la vie quotidienne et les soins de santé de la majorité de la population dans la plupart des pays en développement (www.giftsofhealth.org).

De 1993 à 1995, l'initiative GIFTS a été basée au Musée national de la santé et de la médecine à Washington D.C. Elle a été par la suite transférée au département de dermatologie de l'Université d'Oxford, puis au Green College de l'Université d'Oxford (aujourd'hui le Green Templeton College). L'intérêt du département de dermatologie d'Oxford est venu de la reconnaissance par le deuxième auteur (TR) de la nécessité pour la dermatologie communautaire de se concentrer davantage sur le rôle des fournisseurs de soins de santé locaux afin de comprendre ce qui peut être offert, souvent de manière significative, dans des environnements pauvres en ressources. (Ryan 1994). Le Oxford Wound Healing Institute, dirigé par le Dr George Cherry, a fait des recherches sur les propriétés cicatrisantes des plantes médicinales de Chine et du Vietnam et impliqué de jeunes dermatologues et chirurgiens de ces pays dans le programme. Le réseau GIFTS s'est intéressé pendant plus de deux décennies à l'étude des solutions locales aux maladies de la peau et à la santé dans les pays en développement (Bodeker et d'autres, 2016).



Enregistrer les connaissances en matière de santé des moines qui sont également des praticiens de la médecine traditionnelle.

Conflits et médecine traditionnelle

Les conflits ont longtemps conduit les populations à se tourner vers leurs remèdes traditionnels locaux en l'absence d'accès aux médicaments modernes (Bodeker, 2010). Notre propre travail par le biais de GIFTS dans les années 1990 avec l'Institut national vietnamien des brûlures a révélé que de nombreux traitements pour les brûlures et les plaies développés durant la guerre du Vietnam et les combats dans la jungle utilisaient des plantes médicinales locales par nécessité. Des plantes étaient utilisées pour l'hémostase et la cicatrisation des plaies, la peau de grenouille séchée pour les greffes, et les attelles en bambou flexible pour les fractures (Trung & Bodeker, 1997). Une pommade locale à base d'extrait de *chromolaena odorata* (herbe du Laos) s'est révélée très efficace pour guérir les plaies et réduire les infections (Phan TT et d'autres, 1996).

Au Myanmar (Birmanie), à la frontière orientale avec la Thaïlande, un médecin, Dr Cynthia Maung, elle-même réfugiée Karen, nous a demandé de l'aider à trouver des remèdes à base de plantes pour les affections courantes, alors que les personnes vivant dans les zones reculées de la jungle étaient isolées et n'avaient pas accès aux médicaments et équipements médicaux en raison des hostilités intenses de l'armée



Groupe de femmes Karen enregistrant les connaissances traditionnelles des femmes en matière de santé.

birmane. Un programme a ainsi fonctionné de 2001 à 2013 comprenant une collaboration avec les herboristes locaux pour aider à documenter les plantes utilisées pour les maux courants. Le projet a consisté à identifier l'emplacement des espèces importantes dans les zones concernées, à faciliter la création de jardins de plantes médicinales dans les camps de réfugiés destinés à un usage local, à former le personnel de santé et à conseiller sur l'établissement de dispensaires de soins naturels dans les zones de jungle éloignées. Il a permis d'établir une base de données puis un livre en langues karen et birmane décrivant les plantes appropriées pour une utilisation sûre dans les cas d'affections courantes, y compris les affections de la peau, les brûlures et les plaies (Bodeker et d'autres, 2005, Bodeker & Neumann, 2013) sur un réseau de dispensaires de soins naturels et de programmes de formation du personnel de santé s'étalant sur plus de 200 km. À cela s'est ajouté un sentiment de résilience et d'autonomie peu courant chez les populations de réfugiés, notamment en ce qui concerne les soins de santé.

Des collègues australiens se sont inspirés de ce travail à la Victorian Foundation for Survivors of Torture, connue sous le nom de « Foundation House », un dispensaire de services de santé mentale pour les réfugiés et demandeurs d'asile à Melbourne. En se concentrant sur la médecine traditionnelle à base de plantes des diverses cultures présentes parmi les femmes réfugiées du Moyen-Orient, d'Asie et d'Afrique, ceux-ci sont parvenus aux mêmes résultats. Un sentiment d'identité et de confiance est réapparu lorsque les femmes ont pu parler des traditions apprises



Les chercheurs du GIFTS recourent les données recueillies auprès des herboristes avec un maître praticien traditionnel et un moine bouddhiste.



Composition de remèdes à base de plantes au dispensaire de soins naturels dans la jungle.

de leurs mères et grands-mères, cultiver des plantes familières dans le jardin du centre pour réfugiés, créer de petites entreprises vendant des produits à base de plantes et traiter les affections communes avec des méthodes les unissant par la mémoire et le lien avec leur culture et leur famille. Ce programme a présenté des avantages à long terme non seulement pour la santé physique, mais également pour le bien-être mental et l'adaptation sociale (Singer & Adams, 2011).

Le Vaseline Healing Project a été créé par l'organisation d'aide internationale Direct Relief, qui a initialement travaillé avec des réfugiés syriens en Jordanie (<http://healingproject.vaseline.us/>). Dans un article de presse, Dr Grace Badow, l'un des médecins, a expliqué : « La vaseline est utilisée comme agent de protection de la peau pour aider à apaiser l'eczéma, le psoriasis, les brûlures ainsi que les peaux et les lèvres sèches et craquelées. Les réfugiés fuyant la guerre civile en Syrie parcourent des kilomètres à travers des déserts chauds, souvent en sandales de caoutchouc ouvertes qui ne protègent pas leurs pieds. Nous avons vu beaucoup de patients atteints de fissures douloureuses dans la peau, qui rendaient la marche ou le travail pénibles, et parfois impossibles... Des milliers de Syriens vivent dans des tentes bondées et cuisent à la flamme et malheureusement, les brûlures sont monnaie courante. La vaseline, bien qu'inflammable, protège et a un effet émollient sur les brûlures en cours de guérison. » (http://orient-news.net/en/news_show/98957/How-Vaseline-is-helping-Syrian-refugees)

De simples extraits de plantes dans des produits émollients locaux comme la noix de coco ou l'huile de sésame - ou même la vaseline - ont des propriétés cicatrisantes et réparatrices pour la peau. Dans les vastes colonies Rohingya situées à la frontière entre le Bangladesh et la Birmanie, le curcuma, antimicrobien et agent cicatrisant des plaies, peut par exemple être écrasé et appliqué par voie topique dans un émollient disponible localement.

Un précédent de ce type de pratique peut être trouvé dans les programmes de l'Institut de dermatologie appliquée (IAD) du Kerala, en Inde (<https://iad.org.in/>). Le IAD propose des thérapies à base de plantes ayurvédiques et des traitements de massage à l'huile médicamenteuse qui ont fait leurs preuves, ainsi que des séances de yoga pour traiter les lymphoedèmes et de nombreuses autres méthodes associées à la médecine moderne afin de traiter efficacement une variété de problèmes de peau (Narahari et d'autres, 2015, 2016).

Éthique

La Société internationale d'ethnobiologie (2006) a conçu un cadre permettant de s'assurer qu'un consentement libre et éclairé est obtenu avant le commencement de toute étude des connaissances traditionnelles, et qu'une structure est définie pour l'accès à ces espèces végétales et le partage des bénéfices découlant de toute commercialisation qui pourrait en être faite. Cette position éthique est également inscrite dans le droit international à travers le Protocole de Nagoya adopté à la convention des Nations Unies sur la diversité biologique en 2014 (<https://www.cbd.int/abs/>). Les chercheurs dans ce domaine doivent se familiariser avec ces protocoles ainsi qu'avec la déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_en.pdf), qui reconnaît à ces peuples le droit d'avoir accès à et d'utiliser leurs propres médecines traditionnelles.

Les travailleurs sur le terrain doivent collaborer avec les herboristes expérimentés et les

détenteurs des connaissances locales, car ceux-ci connaissent les problèmes de sécurité liés aux différentes espèces de plantes dans leur région. Les connaissances familiales sur les plantes médicinales peuvent cependant ne pas comporter le même degré de vigilance face aux problèmes de sécurité, et une auto-médication mal informée peut entraîner des effets indésirables (Willcox et d'autres, 2015).

Pratique de la dermatologie communautaire

Pour que la peau endommagée ait les meilleures chances de guérison, les réfugiés des zones de conflit ont besoin d'aide non seulement pour leur problème de peau, mais également pour leur santé et leur bien-être. Les défenses de l'organisme et les pouvoirs de guérison se sont développés au cours de millions d'années et peuvent se gérer eux-mêmes.

Les points évidents qui suivent servent de base à une planification.

1. La peau a des difficultés à cicatriser en cas d'anémie, de diabète et/ou de malnutrition, de refroidissement, d'infection bactérienne aggravée, d'exposition à des insectes, d'enflure des tissus ou d'un excès d'humidité ou de sécheresse. Cela signifie que l'identification de la cause d'un problème de peau et le traitement visant à éliminer cette cause doivent être suivis d'une évaluation de ces facteurs.

Suite au verso...



Un dispensaire de soins à base de plantes construit dans la jungle par des réfugiés Karen à la suite du programme de phytothérapie.



Chercheur du GIFTS montrant des données recueillies auprès de plusieurs herboristes au groupe consultatif sur les remèdes à base de plantes.

2. La disponibilité d'eau propre pour se laver dépend de la connaissance locale de son emplacement. Il existe plusieurs techniques de purification de l'eau (filtrage, ajout de produits nettoyants, chauffage, utilisation de plantes floculantes, charbon de bois, etc.), dont certaines ont déjà été examinées dans les précédents numéros de cette revue.
3. Les moustiquaires, si elles sont disponibles, protègent des mouches la nuit, toujours attirées par les peaux endommagées. Les plaies ouvertes doivent être couvertes et protégées de l'environnement.
4. Les chaussures, le linge et les émollients peuvent prévenir une inflammation sévère qui rend la marche sur de longues distances impossible. L'inspection régulière des points d'entrée de bactéries et d'agents irritants du sol doit être assurée.
5. Les nourrissons transportés dans les bras ou sur le dos de leurs proches ont besoin de protection contre l'exposition excessive au soleil, et aussi contre le réchauffement ou le refroidissement excessif. Les enfants plus âgés peuvent être utiles à cet égard.
6. Dans les zones de conflit, les traumatismes peuvent être la cause la plus fréquente de dégradation de la peau. S'il s'agit d'arrêter les saignements, de nombreuses plantes ont des propriétés hémostatiques. La plupart des espèces d'aloès fournissent un jus ou un gel utile contre les brûlures. Les propriétés antimicrobiennes des plantes sont bien connues. Les plantes se sont elles-mêmes protégées de cette façon bien avant que les êtres humains évoluent (voir l'analyse de Bodeker et d'autres, 2016).
7. Les plantes appropriées varient en fonction du lieu et chaque communauté ethnique peut avoir un nom différent pour le plus courant des remèdes à base de plantes. Un praticien traditionnel ou une sage femme doivent être consultés pour fournir ces connaissances. Les intervenants humanitaires prenant en compte la médecine traditionnelle pour les soins aux réfugiés et ceux qui sont les plus habitués à gérer leurs problèmes comprennent mieux à quel point le savoir traditionnel local peut être bénéfique (Neumann et Bodeker, 2007).
8. Les deux organisations suivantes fournissent de nombreux outils pédagogiques:
 - The Hesperian Foundation à Palo Alto, Californie ([http:// hesperian.org/](http://hesperian.org/))
 - Health Books International - anciennement TALC : Teaching Aids at Low Cost (<https://healthbooksinternational.org/>)

Dans un livre extrêmement utile, « Là où il n'y a pas de docteur, un manuel sur les soins de santé dans les villages (1), David Werner et ses collègues expliquent que « les gens ordinaires disposant d'informations claires et simples peuvent prévenir et traiter les problèmes de santé les plus courants chez eux, plus tôt, moins cher et souvent mieux que les médecins. »

Le livre est publié en anglais, français, espagnol et portugais ; en l'absence de médecins, les conseils simples et économiques du livre peuvent être complétés par le personnel de santé local et les praticiens traditionnels.

9. Les conflits sont une source d'anxiété extrême et en cherchant des solutions localement, une attention particulière a été portée depuis le début des interventions sanitaires non seulement sur les technologies en matière de santé mais aussi sur les bienfaits qu'une

TABLEAU 2

Documentations pertinentes dans la revue de dermatologie communautaire

Émollients et soins de la peau, vol 1, 2004 pp3-5,
TALC : images pour le développement, vol 2, 2005 pp13-14.
Médicaments essentiels en dermatologie, vol 2 ,2005 pp9-10,
Miel et blessures, vol 4 2006 pp20-22,
Pansements traditionnels, vol 5 2008 pp1-3,
De l'eau pour le monde, vol 7 ,2011, p1 et systèmes de purification vol 11 pp7-9, 2015,
Le nettoyage des plaies, vol 7, 2011 pp 2-3,
Stérilisation des feuilles de bananier, vol 7, 2011 p 11,
Traitement recommandé pour les infections sexuellement transmissibles, vol 9, 2013 pp 2-6
Le violet de gentiane, vol 12, 2016 pp 22-23,
Utilisation efficace de l'eau dans les soins de la peau, vol 13, 2017 pp 7-10.



Chercheur du GIFTS montrant des données recueillies auprès de plusieurs herboristes au groupe consultatif sur les remèdes à base de plantes.

attitude bienveillante et amicale envers ceux qui sont en détresse peut apporter. En outre, des techniques telles que la méditation de pleine conscience, la méditation et le yoga ont démontré qu'elles aident à réduire l'anxiété liée aux traumatismes.

10. Des conseils dans plusieurs domaines pertinents ont été fournis dans les numéros précédents de cette revue (Tableau 2).

Conclusion

Les conflits non seulement déplacent les personnes, mais ils détruisent aussi fréquemment les ressources et l'infrastructure de santé. Une clé pour exploiter ce potentiel de solutions locales aux affections communes, même dans les environnements les plus désolés, consiste à identifier les détenteurs de connaissances traditionnelles désireux de partager leur savoir et de leur accorder en conséquence le respect et la protection. Il est important de disposer d'un cadre éthique solide avant de procéder.

Il a été démontré que la mobilisation de telles ressources permet d'autonomiser une communauté, de réduire le sentiment de perte qui accompagne inéluctablement un déplacement, de créer la résilience et de stimuler le développement de micro-entreprises. Un résultat clé pour les soins de santé est la mobilisation de solutions basées sur la dermatologie communautaire pour traiter des affections cutanées courantes qui seraient autrement non traitées et risqueraient d'entraîner des complications plus graves.

Références

Bodeker G, Ryan TJ, Volk A, Harris J, and Burford

G. Integrative Skin Care: Dermatology and Traditional and Complementary Medicine. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2017; doi:10.1089/acm.2016.0405.

Bodeker G, Neumann C. Revitalization and development of Karen traditional medicine for sustainable refugee health services at the Thai- Burma border. *J. Immigrant & Refugee Studies* 2012; 10,1, 1556-2948

Bodeker G. Global Perspectives. In: Micozzi M., (Ed.). *Fundamentals of Alternative and Complementary Medicine*. Elsevier, NY. 573-580.

Bodeker G, Neumann C, Lall P, Oo ZM. 2005. Traditional Medicine Use & Health worker Training in a Refugee Setting at the Thai-Burma Border.

Journal of Refugee Studies 2005; 18, 1, 76-99. Oxford University Press.

International Society of Ethnobiology (2006). International Society of Ethnobiology Code of Ethics (with 2008 additions). <http://ethnobiology.net/code-of-ethics/>

Katsarou A, Armenaka M, Kosmadaki M, Lagogianni E, Vosynioti V, Tagka A, Stefanaki C, Katsambas A. Skin diseases in Greek and immigrant children in Athens. *Int J Dermatol* 2012;51(2):173-7. doi: 10.1111/j.1365-4632.2011.04948.x.

Narahari SR, Aggithaya MG, Thernoe L, Bose KS, Ryan TJ. Yoga protocol for treatment of breast cancer-related lymphedema. *Int J Yoga* 2016;9:145-55.

Narahari SR. Skin Care for All: a low cost self-care public health program as post-2015 community dermatology development agenda. *Community Dermatology Journal* 2015; 12: 20-22

Neumann C, Bodeker G. Humanitarian Responses to Traditional Medicine for Refugee Care, in Bodeker, G. and Burford, G. (eds) *Traditional, Complementary and*

Alternative Medicine. Policy and Public Health Perspectives 2007. London: Imperial College Press, 185-204.

Pérez-Crespo M, Ramos-Rincon JM, Albares-Tendero MP, Betloch-Mas I. Comparative Epidemiologic Study of Skin Diseases in Foreign Children and Children of Spanish Origin in Alicante, Spain. *Actas Dermosifiliogr* 2014; 105, 4, 394-400. DOI: 10.1016 / j.adengl.2013.12.002

Phan TT, Hughes MA, Cherry GW, Le TT, Pham HM. An aqueous extract of the leaves of *Chromolaena odorata* (formerly *Eupatorium odoratum*) (Eupolin) inhibits hydrated collagen lattice contraction by normal human dermal fibroblasts. *J Altern Complement Med* 1996;2(3):335-43.

Ryan TJ. Healthy Skin For All. *International Journal of Dermatology* 1994; 33, 12, 829-835. DOI: 10.1111/j.1365-4362.1994.tb01014.x

Trung LT, Bodeker G. Traditional Medicine and the Infrastructure for Burn Care in Vietnam. *Tropical Doctor* 1997; Supplement 1, 39-42.

Werner D, Thuman C, Maxwell J 2017 *Where There is No Doctor; A Village Health Care Handbook*. Hesperian Health Guides, Berkeley, CA.

Willcox M, Diallo D, Sanogo R, Giani S, Graz B, Falquet J, Bodeker G. Intellectual property rights, benefit-sharing and development of "improved traditional medicines": A new approach. *Journal of Ethnopharmacology* 2015; 176, 281-285.

**Dermatology Society of South Africa (DSSA)
& African Society of Dermatology and Venereology (ASDV)**
Congress President: Ncoza Dlova
Congress Deputy President: Anisa Mosam

DSSA SASDS
ASDV
2018
Dermatology for Africa

30 August - 2 September 2018
Durban ICC, South Africa

INVITED SPEAKERS
Jean Bolognia • Moussa Dialo • Suzanne Olbricht • Frances Ajose
Vallerie Callender • Ophelia Dadzie • Susan Taylor
Rashmi Sarkar • Andrew Alexis • Pearl Grimes • Adebola Ogunbiyi

La revue de la dermatologie communautaire est une publication de la

Fondation internationale pour la dermatologie

www.ifd.org



Willan House, 4 Fitzroy Square
Londres W1T 5 HQ, ROYAUME-UNI

RÉDACTEUR-FONDATEUR

Dr Paul Buxton

RÉDACTEURS

Dr Chris Lovell

Dr Michele Murdoch

COMITÉ DE RÉDACTION

Professor Henning Grossman

Professor Steven Ersser

Dr Claire Fuller

Dr Sam Gibbs

Professor Rod Hay

Professor Aldo Morrone (Italie)

Professor Ben Naafs (Pays-Bas)

Professor Gail Todd (Afrique du Sud)

Dr Shyam Verma (Inde)

Dr Guadalupe Estrada (Mexique)

Dr Isabel Casas (Argentine)

Dr Mafalda Soto (Tanzanie)

Dr Rachael Morris-Jones

Ms Rebecca Penzer

Professor Terence Ryan

Dr Arjan Hogewoning

Dr Arnold Fernandes

SECRÉTAIRE DE RÉDACTION

ILDS Secretariat

CONCEPTION

Fiona Bowring

fiona.bowring@gmail.com

IMPRIMERIE

Bishops Printers

Walton Road, Farlington, Portsmouth PO6 1TR

enquiries@bishops.co.uk

Les articles peuvent être photocopiés, reproduits ou traduits, à condition qu'ils ne soient pas utilisés à des fins commerciales ou de profit personnel. Il doit dans ce cas être fait mention du/des auteur(s) et de la Revue de la dermatologie communautaire.

Si vous achetez en ligne, vous pouvez soutenir financièrement la revue sans frais supplémentaires. Plusieurs grands détaillants feront un don en fonction de la somme que vous avez dépensée.

www.easyfundraising.org.uk

INTERNET SHOPPING



www.ifd.org

Revue de la dermatologie communautaire



Comm Dermatol J 2018;14:1-12

Si les soins médicaux vous intéressent, qu'il s'agisse des prestations offertes dans des centres médicaux bien établis ou dans des centres médicaux situés en milieu rural, la revue de la dermatologie communautaire vous intéressera. Elle vous propose des informations à jour pertinentes sur le diagnostic et le traitement des maladies de la peau ; elle est en particulier destinée aux travailleurs de la santé dans les pays en développement.

Veillez par conséquent partager votre expérience et votre intérêt en envoyant des articles, des rapports et des lettres que la Rédaction accueillera avec plaisir - veuillez également vous reporter ci-dessous aux consignes à l'attention des auteurs.

Il s'agit également d'une ressource utile pour la formation des travailleurs de la santé et l'éducation des populations qu'ils desservent, et pour rester en contact avec les services de dermatologie dans les pays en développement.

La revue est publiée deux fois par an et plus de 7 000 exemplaires de chaque numéro sont envoyés gratuitement à près de 200 pays. Les numéros peuvent tous être consultés en ligne, gratuitement, sur le site du IFD www.ifd.org.

La revue a un comité de rédaction honoraire mais est publiée, imprimée et distribuée par des professionnels, ce qui constitue la principale dépense. La revue est soutenue par des dons volontaires. Les contributions peuvent être envoyées au bureau de la rédaction.

Consignes à l'attention des auteurs

Les contributions écrites sont revues avant publication. Les articles originaux ne doivent pas dépasser 2 000 mots ; les rapports succincts / lettres ne doivent pas dépasser 500 mots. Les contributions écrites doivent suivre les indications figurant sur le site – www.ilds.org/our-foundation/

Veillez adresser vos communications par e-mail à : CDJ@ilds.org

ainsi qu'une copie à : christopher.lovell@nhs.net oumichele.murdoch@nhs.net

ou par courrier à : **ILDS Secretariat, Community Dermatology Journal, International Foundation for Dermatology, 4 Fitzroy Square, London W1T 5HQ, UK**

Nous sommes impatients de recevoir vos articles, rapports et lettres!

DERMLINK

ILDS Dermlink est l'un des moyens par lesquels ILDS améliore les soins dermatologiques des patients dans les régions mal desservies à travers le monde via la Fondation internationale de dermatologie (IFD).

Des subventions pouvant atteindre 5 000 US\$ sont disponibles pour entreprendre des initiatives destinées à aider les patients atteints d'affections cutanées dans les régions du monde aux ressources limitées.

Les demandes peuvent concerner du matériel et équipements dermatologiques, une formation en dermatologie de court terme ou des projets de terrain et communautaires pour traiter les patients présentant des affections de la peau, vivant dans des régions isolées et peu desservies.

Pour plus d'information, consultez www.ilds.org/our-foundation/ilds-dermlink/ilds-dermlink-applications/

Devenez un ami du CDJ

Pour seulement 5 \$, 5 £ ou 5€ par mois, vous pouvez devenir un ami du CDJ. Votre don nous aidera à envoyer plus de 8 000 exemplaires de cette revue semestrielle aux travailleurs de la santé dans le monde entier. Pour en savoir plus sur comment devenir un ami du CDJ, veuillez envoyer un e-mail à info@ILDS.org