



HAL
open science

L'influence de l'environnement socio-culturel sur l'apparition des dermatoses spécifiques aux "peaux noires" en Afrique, aux Antilles et en France. Organisations et conseils officinaux associés

Naomi Boulay Pesenti

► To cite this version:

Naomi Boulay Pesenti. L'influence de l'environnement socio-culturel sur l'apparition des dermatoses spécifiques aux "peaux noires" en Afrique, aux Antilles et en France. Organisations et conseils officinaux associés. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04056902

HAL Id: dumas-04056902

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04056902v1>

Submitted on 3 Apr 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
DEVANT LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE VENDREDI 17 MARS

PAR

Madame Naomi BOULAY PESENTI

Née le 05 janvier 1997 à Trinité (Martinique 972)

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

TITRE :

**L'INFLUENCE DE L'ENVIRONNEMENT SOCIO-CULTUREL SUR
L'APPARITION DES DERMATOSES SPÉCIFIQUES AUX "PEAUX
NOIRES" EN AFRIQUE, AUX ANTILLES ET EN FRANCE.
ORGANISATIONS ET CONSEILS OFFICINAUX ASSOCIÉS.**

JURY :

Président :
Monsieur Piccerelle Philippe

Membres :
Monsieur Diarra Edriss
Madame Aoun-Coussieu Agathe

« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

Remerciements

A toutes celles et ceux qui m'ont accompagnée et soutenue tout au long de mes études, je vous remercie du fond du cœur.

Tout d'abord, au **Docteur Aoun-Coussieu Agathe** pour m'avoir accueillie dans votre cabinet en Martinique et pour tout l'accompagnement apporté dans la rédaction de ma thèse.

Vous avez su voir mon potentiel et me motiver à rédiger une thèse qualitative.

Merci pour votre bienveillance à mon égard dès notre rencontre mais aussi votre disponibilité qui dépassait largement mes attentes au vu du contexte. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

Aux **Docteur Piccerelle Philippe** et **Docteur Drissa Edriss** qui me font l'honneur d'être président et membre de mon jury. Votre intérêt pour la dermatologie des peaux noires m'a permis d'être entourée de personnes qui comprenaient ma volonté de mettre ce sujet en avant.

Au **Docteur Hadi Hakim** qui m'a également accueillie dans son cabinet dermatologique à Dakar. Vous et votre équipe avez fait preuve d'une bienveillance remarquable.

Grâce à vous, j'ai pu acquérir et approfondir de nouvelles problématiques cutanées.

Vous avez toujours été là pour me motiver à visiter le Sénégal mais surtout à réaliser de nouveaux projets (ma page instagram, les journées dermatologiques de Paris etc).

Pour toutes ces raisons et bien plus encore, je vous en suis très reconnaissante.

Je tenais particulièrement à remercier **Monsieur Bengeloune Abd Haq**, fondateur du Laboratoire IN'OYA d'avoir su voir mon potentiel à travers ma motivation à travailler pour les peaux noires. De stagiaire à Pharmacienne Recherche et Développement, vous avez été comme un grand frère pour moi. Je vous remercie pour votre confiance sur tous les projets que vous m'avez confiés mais aussi pour votre disponibilité et votre bienveillance à chaque étape importante de ma vie personnelle. Mes remerciements s'adressent aussi à **Madame Mkimer Laila**, la cofondatrice, pour m'avoir donné la chance d'intégrer votre laboratoire.

Comment ne pas également remercier **Léa B. Karen, Léa C., Dina, Niamey, Sarah, Koloïna, Magalie** et les autres membres de l'équipe IN'OYA.

Une pensée particulière pour **Anta, Bénédicte et Laure**. Aujourd'hui vous êtes plus que des collègues de bureau mais véritablement des amies. Vous avez été là à chaque fois que j'en ai eu besoin, aussi bien dans ma vie professionnelle que personnelle et pour cela je vous en serai toujours reconnaissante.

Enfin, **Stéphanie**, je souhaitais te remercier car tu es la toute première personne vers qui je me suis tournée lorsque j'ai commencé à m'intéresser aux cosmétiques spécifiques pour les peaux noires. Tu as été bienveillante et tu m'as encouragé à poursuivre dans ce domaine. Aujourd'hui, tu es une source d'inspiration pour moi, aussi bien dans l'accomplissement de tes projets professionnels que par la vie spirituelle que tu mènes.

A ma famille, le socle de mon épanouissement personnel :

Maman, les mots me manquent pour t'exprimer ma gratitude. Je suis certaine de ne pas connaître l'ensemble des sacrifices que tu as dû faire pour que ce moment arrive.

Ce diplôme, c'est le plus beau cadeau que je puisse te faire. Je te remercie pour ton implication sans faille dans mes études. Tu es celle qui a toujours cru en moi et qui me pousse tous les jours à dépasser mes limites pour rêver grand. J'ai une chance incroyable d'avoir une mère comme toi. Je t'aime.

Robert, mon père. Je te remercie d'avoir pris et assumé cette place dans notre famille.

« Le plus important c'est que tu sois heureuse ». Cette phrase me marquera toujours car tu as fait de moi ta priorité. Toujours à mon écoute, tu as, en permanence, le bon et juste conseil. Tu as relu quasiment la totalité de cette thèse, ce qui témoigne une fois de plus ton amour envers moi. Pour toutes ces choses et bien plus encore, je t'en suis très reconnaissante.

Yohana, ma petite sœur d'amour. On se demande parfois qui et qui, quand je vois ta maturité et ton soutien à mon égard. Je suis très heureuse d'avoir pu vivre ces années de colocation avec toi. Je suis très fière de la femme que tu deviens. Merci d'être qui tu es.

Lusinda, que dire, si ce n'est merci. Tu es comme ma grande sœur. A n'importe quelle heure, à n'importe quel moment tu sais être disponible et à mon écoute. Tu es juste dans tes conseils, tu sais me remettre dans le droit chemin, me booster quand il le faut, me faire rire mais aussi essuyer mes larmes. Je te remercie sincèrement pour tout cela.

À **Zaina, Ya Fifi, Vicky, Thierry, Tonton Jean-Claude, Farlonne** et toute la famille pour votre amour et votre soutien dans ma vie personnelle et professionnelle. Sans vous, rien de tout ça n'aurait été possible.

Khaled, tu resteras à jamais mon papa Marseillais. Dès notre rencontre, tu as su pleinement prendre ce rôle et être présent dans tous les domaines (le basket, mes études etc).

Tu es d'un amour et d'une bienveillance remarquables. Pour cela, je te serai à jamais reconnaissante.

Un mot également pour mon père, **Bernard**, sans qui tout cela n'aurait été possible. Merci

Concernant mes amis, je tenais premièrement à remercier **Emma, Camille, Nana, Lisa, Brice, Jeremy, Vincent** et toutes les personnes de Cap'études.

J'ai commencé la PACES avec vous et je finalise ce doctorat avec la majorité d'entre vous.

Je vous suis très reconnaissante pour tous les moments que nous avons partagés car ces études sont très denses et sans vous, je n'aurais jamais pu y arriver.

Vous avez été les premiers à me motiver face à des partiels qui me paraissaient insurmontables et à croire en mon implication sur la dermatologie des peaux noires.

Je suis fière et heureuse de voir nos évolutions personnelles.

Victoria, Mathilde, Maureen et à toute ma super promo à l'IAE - Master Management Général. Je vous remercie pour cette belle année. Je me souviendrai toujours de cette belle cohésion de groupe que nous avons formée. Si j'ai cette double compétence, c'est en partie grâce à vous. Merci pour tout.

Ma Dinah, une de mes plus belles rencontres du lycée. Qui aurait pu croire qu'aujourd'hui nous serions encore là, à se soutenir l'une et l'autre. Merci pour cette amitié, pour ton soutien durant toutes mes études, et pour toutes ces fois où tu as su répondre présente.

Je suis tellement fière de la femme que tu deviens.

Aborder mes années lycées sans mentionner **Samba**, impossible ! Je repense à nos trajets de bus et je me dis que j'ai beaucoup de chance de t'avoir comme ami. De près comme de loin, je ne pourrais jamais t'oublier ! Une pensée à **Margaux**, je suis très heureuse de t'avoir retrouvé. Comment ne pas remercier ceux qui ont contribué à mon épanouissement dans ma vie étudiante marseillaise.

Particulièrement à **Naomi** car l'évolution de notre amitié est magnifique. Des soirées à ma sœur en Christ préférée, je tenais à t'adresser ma sincère gratitude pour tout ce que tu as fait pour moi. Je n'ai pas été facile à vivre ces derniers mois mais, une fois de plus, tu es là.

Je te promets qu'après ça, une nouvelle Naomi pleine de vie renaîtra.

Marie, Anna, Rayane, Cyndia, Preslenne, Romario, Francky, Enzo, Kinecy, Laity, Jordy, Ibra, Céline, Omar, Bambi, Sunny, Melvil et tant d'autres, merci de m'avoir intégré dans votre groupe, de m'avoir fait découvrir Marseille et d'avoir été comme ma bouffée d'oxygène quand j'avais besoin de sortir du stress de ma vie étudiante. Vous avez participé à cet équilibre qui m'a permis d'arriver à ce diplôme aujourd'hui. Je ne vous oublierai jamais.

Le basket avait une place importante dans mon épanouissement personnel.

Pour cela, je souhaite particulièrement adresser mes remerciements à **Alysson, Salomé et Lylia**, mes basketteuses préférées. Sans vous, rien n'aurait été pareil.

Depuis mes premiers jours à Marseille, j'ai compris que j'allais devoir vivre ma foi par moi-même et pour cela, il est important pour moi de remercier le **Pasteur Jackson** et le **Pasteur Alex** qui m'ont intégré dans leur église et qui ont été de véritables pères spirituels durant ma vie étudiante. J'ai grandi à vos côtés, vous m'avez sauvé et pour cela, je vous en serai éternellement reconnaissante.

Par la suite, il est aussi important pour moi d'adresser mes remerciements aux **Pasteurs Goma** et au **Pasteur Betty** pour votre accueil au sein du CRC international et du CRC Caraïbes. Une pensée particulière au **Pasteur Diane** et au **Pasteur Camélia** car vous m'avez relevé au moment où j'étais au plus bas et vous participez activement à la femme que je deviens. Cette thèse n'est qu'une étape car je sais qu'avec vous à mes côtés de beaux projets m'attendent. **Fernande**, merci de m'y avoir intégré et d'être cette sœur en Christ pour moi.

Très active sur les réseaux sociaux, j'ai pu rencontrer **Ariana, Safietou, Kessia, Lory, Jennifer** et tant d'autres. D'un simple abonnement, vous êtes toutes devenues des amies pour moi. Vous faites preuve d'une bienveillance qui me touche beaucoup. Particulièrement **Marina et Naomi C**, mes sœurs de cœur. Je vous suis très reconnaissante pour nos amitiés respectives.

Nallah, Kelly, mes business grandes sœurs, vous êtes celles qui m'inspirent et me motivent à rêver grand, à dépasser mes limites et à concrétiser mes projets.

Vous êtes incroyables !

Abdoul, je te remercie pour la personne que tu es. Malgré tout, tu as toujours été là, à mon écoute et je ne pourrais jamais oublier cela. Je te souhaite le meilleur et surtout d'être heureux.

Edwin, merci pour la personne que tu as été et que tu seras toujours à mes yeux. Merci pour tout cela. Une pensée également à toute la **famille Olympio**. La thèse retrace l'ensemble de ma vie étudiante et je ne peux pas oublier la place que vous aviez durant mes premières années. Au-delà de tout ce que vous avez fait pour moi afin que je sois dans de bonnes conditions de travail, vous m'avez intégré et aimé comme un membre de votre famille. Merci pour cela.

Enfin, un mot pour toutes les personnes non citées que j'ai pu rencontrer de près ou de loin et pour **l'ensemble de mes abonnés**, merci.

Vous n'imaginez certainement pas l'importance que vous avez pour moi.

Je suis très reconnaissante d'avoir une communauté bienveillante, qui partage mes valeurs et qui me soutient dans tous les domaines (pour les miss, Dr_naomi.blay, la santé mentale etc).

Sommaire

Remerciements	2
Sommaire	7
Liste des figures	17
Liste des tableaux	21
Avant-propos	22
Introduction	23
Partie 1 : Physiologie de la peau et spécificités cutanées de la peau noire	26
A. La peau : Structure et rôle de la peau	26
A.1 L'épiderme	27
A.1.1 Les kératinocytes et kératinisation	28
A.1.2 Les mélanocytes et la mélanogénèse	29
A.1.2.1 Les mélanocytes	29
A.1.2.2 La mélanogénèse	30
A.1.3 Les cellules de Langerhans et la défense immunitaire	32
A.1.4 Les cellules de Merkel et la réponse sensorielle	32
A.2 Jonction dermo-épidermique	33
A.3 Le derme	34
A.3.1 La structure	34
A.3.2 Les cellules du derme	35
A.3.2.1 Les cellules résidentes du derme : Les fibroblastes	35
A.3.2.2 Les cellules mobiles	36
A.3.3 La MEC et ses constituants	36
A.3.3.1 Les fibres dermiques	36
A.3.3.2 Les glycoprotéines de structures	37
A.3.3.3 La substance fondamentale	38
A.4 L'hypoderme	38
A.5 Les annexes cutanées	39
A.5.1 Les glandes sudoripares	39
A.5.2 Les glandes sébacées	40
B. Spécificités cutanées de la peau noire	41
B.1 Différenciation épidermique	41
B.1.1 La pigmentation de la peau	41
B.1.1.1 Différenciation génétique	41
B.1.1.2 Rapport Eumélanine / Phéomélanine	41
B.1.1.3 Les phototypes / Classification de Fitzpatrick	43
B.1.1.4 Photoprotection naturelle	44
B.1.1.5 Rapport pigmentation et vitamine D	45
B.1.2 Forte cohésion cellulaire dans la couche cornée	48
B.1.3 Un pH plus acide	50
B.1.4 Une desquamation ralentie	51
B.1.5 Un taux de céramides plus bas	55
B.2 Différenciation dermique	56
B.2.1 Une jonction dermo-épidermique distinctive	56
B.2.2 Une activité fibroblastique plus importante	58
B.2.3 Une séborrhée physiologique plus importante	61

B.2.4 Une thermorégulation plus basse	63
B.2.5 Un vieillissement cutané retardé	64
B.2.5.1 Le vieillissement intrinsèque	65
B.2.5.2 Le vieillissement extrinsèque :	66
Partie 2 : Dermatoses physiologiques	68
A. Physiologique de la pigmentation	69
A.1 Mélanonychies longitudinales ethniques	69
A.1.1 Histopathologie	70
A.1.2 Etiologies	71
A.1.3 Diagnostics différentiels	71
A.2 Les lignes de démarcation	72
A.2.1 Histopathologie	73
A.2.2 Etiologies	74
A.3 Taches mongoliques	74
A.3.1 Histopathologie	75
A.3.2 Croyances associées	75
A.3.3 Diagnostic différentiel	76
A.4 Pigmentation maculeuse plantaire	77
A.4.1 Diagnostic différentiel	77
A.5 Dyschromie créole	78
A.5.1 Histopathologie	79
A.5.2 Etiologies	79
A.5.3 Diagnostic différentiel	79
B. Kératodermie acrale “africaine”	80
B.1 Epidémiologie	80
B.2 Etiologies	81
B.3 La kératodermie ponctuée des plis palmaires (KPPP)	81
B.4 La kératodermie marginale (KM)	82
B.5 Les kératodermies inversées (KI)	82
B.6 Aïnhum	83
B.6.1 Histologie	83
B.6.2 Evolution	84
C. Dermatoses Papulosa Nigra	84
C.1 Epidémiologie	85
C.2 Histopathologie	85
C.3 Diagnostic différentiel	86
C.4 Physiopathologie	87
C.5 Facteurs déclenchants	87
C.5.1 Le sexe	87
C.5.2 L’exposition au soleil	88
C.5.3 La qualité de vie	88
Partie 3 : Dermatoses pathologiques	90
A. Relativement spécifiques aux peaux pigmentées	90
A.1 L’hyperpigmentation	90
A.1.1 L’hyperpigmentation photoinduite	91
A.1.1.1 Photoprotection naturelle	91
A.1.1.2 Physiopathologie	92
A.1.2 L’hyperpigmentation post-inflammatoire	94

A.1.2.1 Etiologies	94
A.1.2.2 Physiopathologie	95
A.1.2 Le mélasma	97
A.2.1 Aspect clinique	97
A.2.2 Physiopathologie	98
A.1.3 L'hyperpigmentation periorbitale	100
A.1.4 La qualité de vie	101
A.2 Les Chéloïdes	102
A.2.1 Epidémiologie	102
A.2.2 Physiopathologie	103
A.2.2.1 Mécanique	103
A.2.2.2 Génétique	106
A.2.2.3 Auto-immunitaire	106
A.2.3 Histopathologie	106
A.2.4 La qualité de vie	108
A.3 Complications des produits éclaircissants	109
A.3.1 Histoire d'une pratique controversée	109
A.3.2 Épidémiologie	109
A.3.3 Les agents dépigmentants	110
A.3.4 Les complications de la DV	112
A.3.4.1 Les complications dermatologiques	112
A.3.4.2 Les complications systémiques	114
A.3.5 Réglementation des agents dépigmentants	115
B. Dermatoses communes peaux caucasiennes	117
B.1 L'acné	117
B.1.1 Epidémiologie	117
B.1.2 Physiopathologie	117
B.1.3 Histopathologie	119
B.1.4 Sévérité de l'acné	121
B.1.5 Facteurs de risque	122
B.1.7 La qualité de vie	124
B.2 L'eczéma sous toutes ses formes	125
B.2.1 Dermate ou eczéma atopique	125
B.2.1.1 Epidémiologie	125
B.2.1.2 Physiopathologie	126
B.2.1.3 Histopathologie	127
B.2.1.4 L'outil Patient-Oriented SCORing	130
B.2.1.5 Facteurs aggravants	131
B.2.1.6 Qualité de vie	131
B.2.1 Eczéma de contact	132
B.2.2 Le psoriasis	133
B.2.2.1 Epidémiologie	134
B.2.2.2 Physiopathologie	134
B.2.2.3 Histopathologie	135
B.2.2.4 Facteurs aggravants	139
B.2.2.5 Qualité de vie	139
B.3 De l'hypochromie à l'achromie	140
B.3.1 Les hypochromies cutanées	140
B.3.1.1 La dermatite séborrhéique	140
B.3.2 Les achromies cutanées	141

B.3.2.1 Le vitiligo	141
B.3.2.1 Epidémiologie	141
B.3.2.2 Physiopathologie	141
B.3.2.3 Histopathologie	142
B.3.2.3 Qualité de vie	143
B.3.2.1 L'albinisme	143
B.3.2.1 Physiopathologie et aspect clinique	144
B.3.2.1 Qualité de vie	144
B.3.2.3 L'hypomélanose idiopathique en gouttes	145
Partie 4 : Le contexte socio-culturel	147
A. L'Afrique - le Sénégal	148
A.1 Organisation économique du pays	148
A.1.1 Situation économique	148
A.1.2 Domaine de l'emploi	149
A.1.3 Seuil de précarité	150
A.1.4 Qualité de vie	151
A.1.5 Accès au système de santé	152
A.2 La perception de la couleur de peau	153
A.2.1 L'histoire du Sénégal	153
A.2.1.1 La traite négrière à l'abolition de l'esclavage	153
A.2.1.2 L'empire colonial à l'indépendance du pays	154
A.2.3 De l'indépendance à aujourd'hui	156
A.2.2 La Dépigmentation volontaire	158
A.2.3 Mouvement nappy	161
A.3 Comprendre la femme sénégalaise	162
A.3.1 Profils de consommatrices	162
A.3.2 Les influences	163
A.3.2.1 Les groupes Facebook / WhatsApp	163
A.3.2.2 Les influenceuses des réseaux sociaux	164
A.3.2.3 Les placements produits dans les séries	165
A.4 Interprétations	166
B. Les Antilles - la Martinique	167
B.1 Perception de la couleur peau noire en Martinique	167
B.1.1 Histoire de la Martinique	167
B.1.1.1 Du colonialisme à l'abolition de l'esclavage	167
B.1.1.2 De l'abolition de l'esclavage à la départementalisation	169
B.1.1.3 De la départementalisation à aujourd'hui	171
B.1.2 Catégorisation raciale en Martinique	174
B.1.2.1 Une population multiculturelle	174
B.1.2.2 Des rivalités communautaires	176
B.3 Le mode de vie	177
B.3.1 Une crise économique et sociale	177
B.3.1.1 Le niveau de vie	178
B.3.1.2 L'inflation des prix	178
B.3.1.2 Le marché de l'emploi	180
B.3.1.3 Le plan de relance 2022-2024 de la Martinique	181
B.3.2 Une île festive	181
B.4 Interprétations	184

C. La France	186
C.1 Perception de la couleur de peau noire en France	186
C.1.1 Histoire de la lutte contre le racisme en France	186
C.1.2 Le manque de représentation	193
C.1.2.1 Le test de la poupée noire et blanche	194
C.1.2.2 Le mouvement my hair my power - Les secrets de Loly	195
C.1.2.2 Le mouvement du Media Seltalmaa	196
C.3 L'immigration en France	197
C.2.1 Le titre de séjour	197
C.2.2 Les demandes d'asiles	198
C.2.3 Les demandes de visas	199
C.2.4 Les sorties du territoire des étrangers en situation irrégulière	199
C.2.5 Répartition des immigrés en France	200
C.2.6 Interprétation des données	201
C.3 Le métissage en France	201
C.5 Interprétations	203
Partie 5 : Les principaux motifs de consultations	205
A. Etudes comparatives des dermatoses sur des peaux pigmentées	207
B. Observations Dakar - Sénégal	208
B.1 L'acné de l'adulte et HPI	208
B.2 Les complications des produits éclaircissants	209
B.3 La gale	209
B.4 L'eczéma / le psoriasis	210
B.5 Les infections cutanées	210
C. Observations Martinique - Antilles	211
C.1 L'acné et HPI	211
C.2 L'hyperpigmentation dont le Mélasma	211
C.3 La peau atopique, l'eczéma et le psoriasis	212
C.4 La dermatosis papulosa nigra	212
C.5 Le pityriasis versicolor	213
C.6 Autres dermatoses	213
D. Observations - France	214
D.1 La peau atopique, l'eczéma et le psoriasis	214
D.2 Le pityriasis versicolor	214
E. Conclusion	215
Partie 6 : Organisations et conseils officinaux adaptés	218
A. Organisation officinale	218
A.1 Afrique - Sénégal	218
A.1.1 Les produits éclaircissants	220
A.1.2 Les soins dermocosmétiques de marques internationales	220
A.1.3 Les soins de marques ethniques	222
A.1.4 Les soins de marques locales	223
A.2 Antilles - Guadeloupe	223
A.2.1 Les soins dermocosmétiques de marques généralistes	224
A.2.2 Les soins dermocosmétiques de marques ethniques	225
A.2.3 Des marques locales	226
A.3 La France Métropolitaine	227

A.3.1 Les soins dermocosmétiques de marques généralistes	227
A.3.2 Les soins cosmétiques de marques naturels et/ou bio	229
A.3.3 Les soins dermocosmétiques de marques ethniques	229
B. Conseils pharmaceutiques adaptés	231
B.1 Marques dermocosmétiques spécialisées pour les peaux pigmentées	232
B.1.1 Focus sur les taches d’hyperpigmentation et les taches	232
B.1.2 Un cœur d’expertise sur les bébés	234
B.1.3 Marques dermocosmétiques avec positionnement d’inclusivité	234
B.3 Focus protection solaire	235
B.4 Pansements réducteurs de cicatrices chéloïdiennes	236
C. Interprétations	237
Conclusion	238
Bibliographie	239
Annexes	252
SERMENT DE GALIEN	278

Liste des figures

- Fig 1 : Structure de la peau
Fig 2 : Schéma d'un mélanocyte
Fig 3 : Schéma de la mélanogénèse
Fig 4 : Transfert de mélanosomes au sein de l'unité épidermique de mélanisation
Fig 5 : Schéma de la jonction dermo-épidermique (JDE)
Fig 6 : Histologie de la peau humaine normale adulte. Isolement et culture des fibroblastes du derme superficiel (<0,3µm) et du derme profond (>0,7 µm.) appelés respectivement fibroblastes papillaires (Fp) et des fibroblastes réticulaires (Fr)
Fig 7 : Morphogénèse d'une fibre de collagène
Fig 8 : Comparaison des mélanosomes entre une peau claire et foncée
Fig 9 : Synthèse de la vitamine D
Fig 10 : Prévalence des taux sériques de 25(OH)D sans supplémentation analysée par race selon une enquête National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) entre 2001-2010
Fig 11 : Résistance de la barrière cutanée par origines ethniques
Fig 12 : Quantité de protéines par stripping par origines ethniques
Fig 13 : Génération et fonctions du pH dans la peau
Fig 14 : Schéma du mécanisme enzymatique de la desquamation
Fig 15 : Détachement des cornéocytes par origine ethnique, groupe d'âge et site corporel.
Fig 16 : Quantité de sérine protéases actives par origines ethniques
Fig 17 : Niveau de céramides par origines ethniques
Fig 18 : Histologie des jonctions dermo-épidermique sur peau caucasienne et africaine
Fig 19 : Histologique et immuno-coloration des protéines de la zone de la membrane basale dans les types de peau caucasiens et africains
Fig 20 : Histologie des fibroblastes papillaires isolés sur des biopsies cutanées caucasiennes et africaines
Fig 21 : Immunomarquage des fibres de collagènes fibrillaires par origines ethniques
Fig 22 : Expression de tropoélastine par origines ethniques
Fig 23 : La signalisation TGF-β est plus élevée dans la peau et les fibroblastes dermiques des Afro-Américains.
Fig 24 : Analyse quantitative des lipides des femelles segmentées par âge et groupe ethnique
Fig 25 : Vieillesse cutanée de Pharrell Williams
Fig 26 : Pigmentations unguéales physiologiques
Fig 27 : Schéma anatomique de l'ongle, coupe transversale
Fig 28 : Ligne de démarcation pigmentaire physiologique sur la face externe du bras droit d'un bébé
Fig 29 : Lignes de démarcations de type B
Fig 30 : Taches mongoliques, enfant de phototype VI
Fig 31 : Taches mongoliques, fille de phototype III
Fig 32 : Pigmentations maculaires plantaires
Fig 33 : Dyschromie créole dans le dos d'une femme adulte
Fig 34 : Kératodermie des plis palmaires
Fig 35 : La kératodermie marginale
Fig 36 : Les kératodermies inversée ou coussinets des phalanges
Fig 37 : Vue latérale du 5ème orteil gauche avant et après amputation
Fig 38 : Dermatoses Papulosa Nigra
Fig 39 : Kératoses séborrhéiques
Fig 40 : Histopathologie d'une dermatose papulosa nigra
Fig 41 : Spectre de lumière et impact sur la peau
Fig 42 : Schéma de la stimulation des mélanocytes par les rayonnements solaires
Fig 43 : HPI lié à des piqûres de moustiques

Fig 44 : HPI lié aux frottements entre les cuisses
 Fig 45 : Schéma physiopathologie de l'hyperpigmentation post-inflammatoire (PIH)
 Fig 46 : Melasma centro facial
 Fig 47 : Hyperpigmentation periorbitale sur différents phototypes
 Fig 48 : Schéma des étapes de la cicatrisation
 Fig 49 : Schéma de développement mécanique d'une chéloïde
 Fig 50 : Images histologiques de la peau saine, des tissus enflammés et des tissus chéloïdes du même patient.
 Fig 51 : Chéloïde sur le torse
 Fig 52 : Chéloïdes avec étiologies diverses.
 Fig 53 : Exemple de produits cosmétiques éclaircissants
 Fig 54 : Cas d'ochronose dorsal
 Fig 55 : Apparition de vergetures suite à l'application de soins éclaircissants.
 Fig 56 : Brûlure et HPI sur la main suite à l'application de produits éclaircissants.
 Fig 57 : Schéma de la physiopathologie de l'acné
 Fig 58 : Schéma histopathologie de l'acné
 Fig 59 : Acné rétentionnelle sur la joue
 Fig 60 : Acné inflammatoire sur la poitrine
 Fig 61 : Hyperpigmentation post-inflammatoire liée à de l'acné sur les jours
 Fig 62 : Influence de la S aureus sur la DA.
 Fig 63 : Zones de prédilections de l'eczéma atopique
 Fig 64 : Dyshidrose des mains
 Fig 65 : Eczéma des plis sur des phototypes V et VI
 Fig 66 : Peau atopique chez un enfant
 Fig 67 : Hyperpigmentation post-inflammatoire
 Fig 68 : Outil Patient-Oriented SCORing
 Fig 69 : Eczéma de contact henné
 Fig 70 : Eczéma de contact médicament
 Fig 71 : Physiopathologie du psoriasis
 Fig 72 : Schéma localisation du psoriasis
 Fig 73 : Psoriasis en plaques sur des phototypes
 Fig 74 : Psoriasis en gouttes
 Fig 75 : Psoriasis du cuir chevelu
 Fig 76 : Psoriasis unguéal
 Fig 77 : Vitiligo segmentaire
 Fig 78 : Vitiligo non segmentaire
 Fig 79 : Photo d'un homme albinos
 Fig 80 : Hypomélanose idiopathique en gouttes sur un mollet
 Fig 81 : Cartographie des densités de population des régions du Sénégal en 2019
 Fig 82 : Répartition du personnel de soin selon les régions sénégalaise en 2019
 Fig 83 : Reconstitution de la maison des esclaves sur l'île de Gorée
 Fig 84 : Photo des tirailleurs sénégalais
 Fig 85 : Échanges commerciaux de la France avec le Sénégal (M EUR)
 Fig 86 : Produits dépigmentants pour s'éclaircir la peau
 Fig 87 : Photo manifestation, mouvement nappy
 Fig 88 : Statut de l'esclave Romain à la Savane des Esclaves Martinique
 Fig 89 : Violences des grèves de 2021 en Martinique
 Fig 90 : Inflation des prix en Martinique
 Fig 91 : Indice des prix des départements d'Outre-mer et de métropole
 Fig 92 : Carnaval Martinique

- Fig 93 : Tour des yoles Martinique
 Fig 94 : Image promotionnelle des villages nègres
 Fig 95 : Publicité pour l'exposition de Paris 1931
 Fig 96 : Affiche publicitaire réalisé par Picasso
 Fig 97 : Le test de la poupée - "Noirs de France"
 Fig 98 : Photo campagne My Hair My Power champs Elysée
 Fig 99 : Publication de lancement du mouvement J'aime Ma Peau Au Naturel
 Fig 100 : Titre de séjour délivrés en 2020, 2021 et 2022
 Fig 101 : Top cinq des pays demandant l'asile en France en 2020
 Fig 102: Top sept des pays demandant un visa en France en 2022
 Fig 103: Éloignements des étrangers en situation irrégulière
 Fig 104 : Part des immigrés dans la population en 2019
 Fig 105: Statistique du marché de la beauté Sénégal 2020 à 2025
 Fig 106 : Gammes de soins éclaircissants pharmacies sénégalaise
 Fig 107 : Affiche publicitaire et gammes de soins dermocosmétiques des marques internationales dans une pharmacie sénégalaise
 Fig 108 : Diagnostic de peau au Oya Time Center (IN'OYA)
 Fig 109 : Affiche publicitaire d'une marque dermocosmétique dans une pharmacie en Guadeloupe
 Fig 110 : Marques dermocosmétiques ethniques dans une pharmacie en Guadeloupe
 Fig 111 : Marques locales présentes dans une pharmacie en Guadeloupe
 Fig 112 : Affiches publicitaires d'un sérum anti-taches, d'une marque dermocosmétique généraliste, adaptée à tous les phototypes
 Fig 113 : Répartition des immigrés en France et en région de l'Ile de France
 Fig 114 : Comparaison des applications de protections solaire sur une peau n

Liste des tableaux

- Tab 1 : Classification des différents types de consommatrices sénégalaises
 Tab 2 : Études comparatives littéraires des motifs de consultations des peaux noires en Guadeloupe à Bamako et à Londres
 Tab 3 : Etudes comparatives des motifs de consultations des peaux noires à Fort de France, Dakar et Colmar

Avant-propos

Avant tout et pour la bonne lecture de cette thèse, il est important de définir le terme “peau noire”. Selon la perception de chacun, elle peut faire référence à “la couleur de peau noire” d’une personne ou plutôt à “la peau d’un sujet classé comme noir” selon des critères raciaux.

En abordant une connotation strictement liée à la couleur de la peau, celle-ci fera référence, de façon très large, aux personnes d’ascendance : africaine, latine, indienne etc. Or, il est important en médecine de tenir de plus en plus compte de la diversité spécifique aux origines de chaque individu.

C’est dans ce sens que j’ai choisi d’associer le terme “peau noire” à une signification raciale. Celle-ci tient compte spécifiquement des sujets ayant au moins une origine africaine et cela à l’échelon mondial. Dans le cadre de cette thèse, cette définition inclut donc , de façon non exhaustive, les populations locales et natives du continent africain, les afro-caribéens présents aux Antilles, les afro-américains et enfin les immigrés et leurs générations futures en France.

Bien que les spécificités cutanées des peaux d’ascendances africaines soient diverses et non exclusivement rattachées à leurs carnations, d’un point de vue pragmatique, il serait impossible de réaliser cette thèse en excluant totalement la couleur de peau. En effet, les populations sélectionnées ont une carnation cutanée brune qui varie d’intensité selon la concentration de mélanine dans leur épiderme.

C’est pourquoi, en tenant compte de la diversité des tonalités de teintes des personnes de race africaine, il est plus juste d’aborder le terme “peaux noires” au pluriel. Cette notion sera plus inclusive et tiendra compte selon les classifications choisies, des termes suivants : peau avec un index mélanique (IM) élevé, peau de carnation foncée, peau (fortement) pigmentée, peau de phototype IV à VI, peaux ethniques etc.

Introduction

Pendant des années, il était observé un ethnocentrisme occidental de la science médicale. L'ensemble des dermatoses étaient décrites sur des peaux caucasiennes incluant les phototypes I à III. Ce n'est qu'à partir de la fin du 20^{ème} siècle que l'on commencera à s'intéresser aux aspects cliniques des dermatoses sur peaux pigmentées. Les premiers à initier les recherches sont les Américains avec des études centrées sur les sujets de race afro-américaine. Ainsi, une recherche volumineuse d'articles sur peaux noires provient du continent nord-américain. Cependant, à l'échelle mondiale, le volume d'études consacré aux peaux noires est jugé encore trop insuffisant.

La principale difficulté de cette thèse a donc été la recherche bibliographique pour énumérer les spécificités cutanées des peaux pigmentées. En effet, au-delà du manque d'article, j'ai aussi été confrontée à de nombreuses publications qui sur une même spécificité se contredisent.

A plus large échelle, j'ai pu constater que ce manque d'information et par conséquent de connaissances sur les peaux noires se reflètent à chaque étape du parcours de soin : dermatologue, pharmacien, patients et marques dermocosmétiques.

En effet, je suis une pharmacienne franco-congolaise passionnée par la dermatologie des peaux noires. Ainsi, par mes expériences personnelles et professionnelles, j'ai pu intégrer chaque étape de ce parcours de soin et :

- Observer avec une certaine proximité, une population à la peau pigmentée perdue face à ses problématiques cutanées et aux choix de la routine dermocosmétique qu'elle doit adopter.
- Intégrer l'équipe recherche et développement d'un laboratoire dermocosmétique spécialisé pour les peaux noires et métissées. J'ai participé aux lancements de deux soins : des étapes liées à leurs formulations aux formations réalisées en officine pour leurs commercialisations. J'ai également mené de nombreux événements autour de la valorisation de la peau noire et de la dépigmentation volontaire.
- Échanger avec des pharmaciens présents en Afrique et exercer dans des officines en France et aux Antilles. Cela m'a permis d'analyser leurs visions concernant la place de la dermatologie dédiée aux peaux noires dans leurs officines respectives.

- Assister à des consultations dermatologiques en Afrique et aux Antilles. Présente aux journées dermatologiques de Paris, j'ai pu également échanger avec de nombreux dermatologues sur cette sous-spécialité "dermatologie de la diversité".

Grâce à cela, j'ai pu constater que la dermatologie des peaux pigmentées est aujourd'hui à présenter comme une problématique sanitaire à part entière. Afin de ne pas refléter ce constat à une analyse strictement personnelle, j'ai souhaité pour avoir une vision plus large, réaliser une enquête terrain sur une population de phototype IV à VI. L'objectif de ce questionnaire était d'analyser leurs propres connaissances sur les spécificités de leurs peaux mais aussi d'évaluer la perception de l'expertise "peaux noires" des pharmaciens et dermatologues auxquels ils ont été confrontés.

Les résultats et l'interprétation complète de cette évaluation sont disponible dans l'annexe 1 : Questionnaire "Évaluation de l'expertise "peaux noires" d'un point de vue des sujets à la peau pigmentée

En résumé, ma vision est en moyenne commune à celle des 237 personnes interrogées. Plus en détails, ce questionnaire met en lumière divers sujets qui font débat sur la prise de conscience de la place de la dermatologie spécifique aux peaux pigmentées dans le milieu médical. Il aborde le manque de confiance qu'a la population face aux conseils des pharmaciens, la quête utopique de consulter un dermatologue spécifique à la peau noire par peur d'avoir un mauvais diagnostic ou traitement et enfin, la difficulté de trouver des soins efficaces sur leurs problématiques cutanées.

Par conséquent et dans le but de participer activement au développement de la dermatologie des peaux pigmentées, j'ai souhaité rédiger cette thèse avec comme sujet : L'influence de l'environnement socioculturel sur l'apparition des dermatoses spécifiques aux peaux noires en Afrique, aux Antilles et en France. Organisation et conseils officinaux adaptés

Il était important pour moi, à une échelle mondiale, de ne pas me limiter strictement à la dermatologie. En effet, les objectifs de cette thèse sont de :

1. Répondre aux idées reçues sur les peaux noires auprès de la population mais aussi de combler les lacunes des professionnels de santé en présentant les spécificités et les problématiques des peaux de carnation foncée
2. Comprendre l'environnement social et culturel de la population africaine, afro-caribéenne et d'immigrés en France afin de pouvoir réaliser leur influence sur l'apparition de leurs problématiques cutanées
3. Valoriser le rôle majeur qu'a le pharmacien dans le parcours de soin en partageant des conseils dans le but d'apporter plus d'inclusivité aux officines

Chacun de ces points sera donc présenté tout au long du déroulement de ce rapport.

Partie 1 : Physiologie de la peau et spécificités cutanées de la peau noire

A. La peau : Structure et rôle de la peau [1] [2]

La peau est le plus gros organe du corps humain. Elle assure de nombreuses fonctions vitales dont la plus importante est de constituer une barrière protectrice pour l'organisme contre l'environnement extérieur.

Anatomiquement, la peau mesure en moyenne à l'âge adulte 2m² de surface pour une masse pondérale de 4 à 5 kg, soit 16% du poids total d'un individu.

Chimiquement, la peau se compose de :

- 70% d'eau
- 27,5% de protéines
- 2% de lipides
- 0,5% de sels minéraux et d'oligoéléments.

Histologiquement, chaque cm² serait constitué de :

- Un demi-million de cellules
- 230 récepteurs sensoriels
- 100 glandes sudoripares
- 15 glandes sébacées
- 55 centimètres de neurofibres
- 170 centimètres de vaisseaux sanguins.

Pour assurer ses nombreuses fonctions, la peau s'organise en 3 sous-couches et en annexes cutanées. Chacune possède un ou des rôles bien distincts sur lesquels l'industrie cosmétique et dermatologique tentera d'impacter pour booster leurs actions et/ou pallier leurs dérèglements.

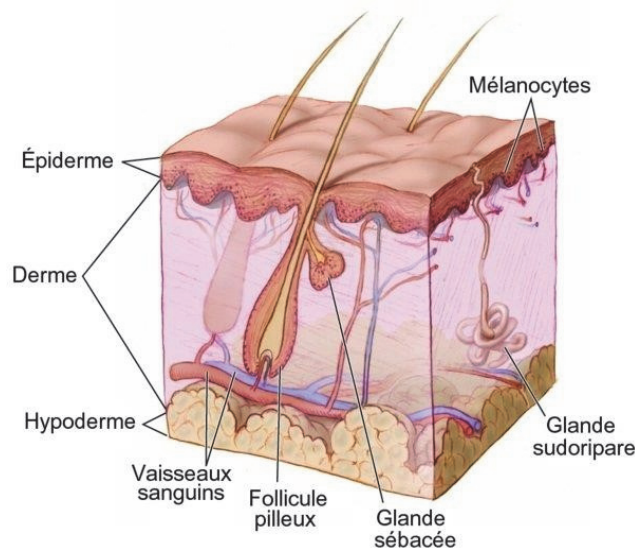


Fig 1 : Structure de la peau [3]

De la couche la plus superficielle à la plus profonde :

- L'épiderme, principale cible de l'industrie cosmétique et esthétique.
- Le derme, cible de l'industrie des traitements dermatologiques et de l'esthétique pour les soins dit "en profondeur".
- L'hypoderme, difficilement accessible

Les annexes cutanées sont le follicule pilo-sébacé et les glandes sudoripares.

A savoir qu'anatomiquement, les ongles et phanère font partie de la peau cependant, afin de répondre explicitement à notre problématique, j'exclue volontairement ces deux composantes de mon analyse.

A.1 L'épiderme

L'épiderme est la couche la plus superficielle de la peau. En contact direct avec l'environnement extérieur, il assure un rôle protecteur et sensoriel pour la peau.

Par définition, l'épiderme est un épithélium pavimenteux pluristratifié kératinisé à caractère non vascularisé et innervé. Voici ces caractéristiques :

- Pavimenteux : Les cellules s'aplatissent et se juxtaposent aux cours de leur différenciation

- Pluristratifié : Il comporte 4 à 5 strates de cellules superposées
- Kératinisé : Le siège de la protéine kératine, indispensable pour son bon fonctionnement.
- Non vascularisé : Il puise ses nutriments par diffusion à partir des capillaires du derme par la Jonction dermo-épidermique (JDE) soit par imbibition à travers l'application de soins sur la peau.
- Innervé : Il contient de nombreuses terminaisons nerveuses libres.

D'une épaisseur moyenne de 0,17 mm, il est plus épais au niveau des paumes des mains et des plantes des pieds avec 1,5 mm d'épaisseur et plus fin, sur les paupières avec 0,05 mm.

L'épiderme se décompose en 4 sous-couches et contient 4 types de cellules : les kératinocytes, les mélanocytes, les cellules de Langerhans et les cellules de Merkel.

A.1.1 Les kératinocytes et kératinisation

Les kératinocytes sont les principales cellules de l'épiderme (80%). Elles fabriquent de la kératine et sont responsables des 4 sous-couches de ce dernier. En effet, elle suit un processus de kératinisation (transformation) en 4 étapes donc chacune de ses morphologies définit une sous-couche :

- **Couche basale** : Elle est la plus profonde et directement en contact avec la jonction dermo-épidermique (JDE). Elle assure la régénération cutanée grâce à la présence des cellules souches épidermiques. Une majorité sera transformée pour produire des kératinocytes et une minorité sera multipliée afin de constituer un pool continu de cellules souches.
- **Couche épineuse** : Elle est constituée de 5 à 6 assises de cellules amplificatrices. Elles représentent une morphologie transitoire des kératinocytes.
- **Couche granuleuse** : Elle se définit en 3 assises de cellules granuleuses aplaties. Ce sont des kératinocytes en phase terminale. Elles sont caractérisées par un processus d'apoptose qui entraîne la perte du noyau et des organites cytoplasmiques.
- **Couche cornée** : Elle est la couche la plus superficielle de l'épiderme. Les kératinocytes sont devenus des cornéocytes. Elles sont accaparées à des cellules mortes à cause de leur morphologie : Le noyau et les organites cytoplasmiques ont disparu pour laisser place aux filaments de kératine.

A.1.2 Les mélanocytes et la mélanogénèse

A.1.2.1 Les mélanocytes

Les mélanocytes représentent 3 à 5% des cellules de l'épiderme. Elles se localisent principalement sur la lame basale. Grâce à leur prolongement configuré par leur forme dendritique, chaque mélanocyte est en contact avec 36 kératinocytes de la couche Malpighien. Cette association est nommée : unité épidermique de mélanisation.

Le cytoplasme des mélanocytes comprend des mélanosomes à différents stades de maturation. En effet, cette entité métabolique est le siège de la biosynthèse de la mélanine. Elle est le pigment qui confère à la peau sa couleur naturelle. Elle joue également un rôle photoprotection dans le but de limiter les effets néfastes des rayonnements UV à travers la peau.

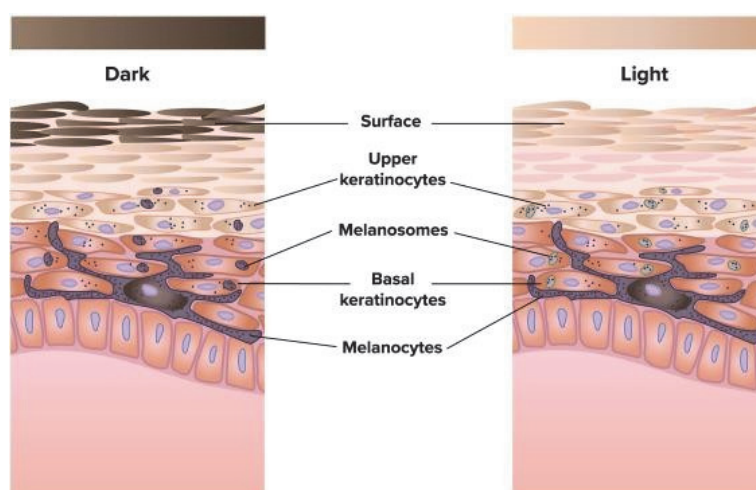


Fig 2 : Schéma d'un mélanocyte [4]

Il existe deux types de mélanine :

- Les pheomelanines : Pigments jaunes/rouges, carcinogènes. Elles sont produites dans les pheomelanosomes.
- Les eumelanines : Pigments bruns/noirs, photoprotecteurs. Synthétisées dans les eumelanosomes.

Ces deux mélanines se diffèrent par la couleur de leur pigment mais aussi par la taille, la forme et le conditionnement de leurs granules. (Voir spécificité de la peau noire*)

Par ailleurs, leur rôle est également distinct. En effet, les eumélanines ont un pouvoir photoprotecteur 1000 fois supérieur à celui des phéomélanines. Elles sont en mesure d'absorber les rayonnements UVA et UVB afin de limiter les effets néfastes des radicaux libres photoinduits.

A.1.2.2 La mélanogénèse

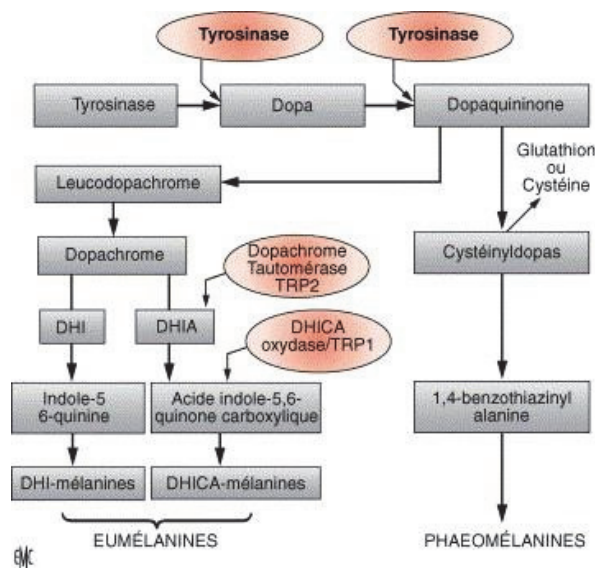


Fig 3 : Schéma de la mélanogénèse [5]

La mélanogénèse fait intervenir trois enzymes transmembranaires spécifiques dans les mélanocytes : la tyrosinase, Tyrp1 (tyrosinase-related protein 1) et Tyrp2 ou DCT (DOPACHrome tautomerase)

La tyrosinase est considérée comme l'enzyme « clé » car elle catalyse la première étape commune des synthèses des deux mélanines. Elle se forme au sein de l'appareil de Golgi du mélanocyte puis elle est transférée au mélanosome dans son premier stade de développement (stade I).

Au stade 2, la tyrosinase accompagnée de protéine complémentaire réalise l'hydroxylation de l'acide aminé L-tyrosine en dihydroxyphenylalanine (L-DOPA ; activité monophénolase). Toujours sous l'action de la tyrosinase, la DOPA quinone est ensuite oxydée pour devenir la DOPA quinone. Ces étapes sont communes aux deux mélanines.

Dans le stade III à IV, les mélanosomes se différencient selon la voie de mélanogénèse engagée.

En présence de composés thiolés, tels que le glutathion et/ou la cystéine, la voie de synthèse de phéomélanines est favorisée.

À contrario, en absence de ces composés thiolés, la DOPA quinone est convertie en DOPAchrome, précurseur de la voie de synthèse des eumélanines. Lors de l'eumélanogénèse, deux enzymes associées à la tyrosinase interviennent : la TRP-1 et la TRP-2.

Les mélanosomes de stade IV sont matures lorsqu'ils sont chargés en mélanine. Ils sont ensuite transportés du centre vers la périphérie des mélanocytes. Deux mécanismes réalisent cette distribution, la voie du transport centripète dépendante des microtubules et la voie centrifuge, dépendante de l'actine.

Par des divers mécanismes tels que l'exocytose, l'endocytose ou encore par phagocytose, les mélanosomes sont transférés aux kératinocytes auxquels ils sont connectés via des récepteurs spécifiques.

Une fois dans les kératinocytes, les mélanosomes sont distribués stratégiquement sur les faces dites « exposé au soleil » des noyaux afin de former des structures en forme de capuchon ressemblant à des parapluies. L'objectif étant de les protéger des effets néfastes du rayonnement solaire.

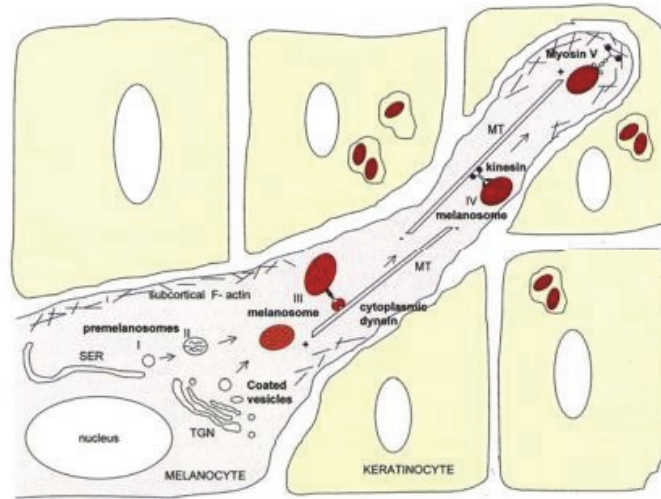


Fig 4 : Transfert de mélanosomes au sein de l'unité épidermique de mélanisation [6]

A.1.3 Les cellules de Langerhans et la défense immunitaire

Les cellules de Langerhans représentent environ 4% des cellules épidermiques. Décrites par Paul Langerhans en 1868, ce sont des cellules dendritiques au cytoplasme clair sans mélanosomes ni desmosomes, caractérisé par un noyau bilobé et surtout la présence d'organites en forme de raquettes : les granules de Birbeck.

D'origine hématopoïétique, elles sont responsables de la défense immunitaire épidermique. En effet, ce sont des cellules présentatrices de l'antigène. Elles sont donc en mesure de détecter un antigène (corps étranger) et le présenter aux lymphocytes T pour activer une réponse immunitaire spécifique à celui-ci.

A.1.4 Les cellules de Merkel et la réponse sensorielle

Les cellules de Merkel sont minoritaires dans l'épiderme. Elles sont plus abondantes au niveau des lèvres, des mains et des pieds. D'origine nerveuse, elles jouent le rôle de mécanorécepteurs. Elles sont ainsi responsables de la réponse sensorielle de la peau face aux vibrations et stimuli de l'environnement extérieur.

A.2 Jonction dermo-épidermique

La jonction dermo-épidermique (DEJ) se nomme également lame basale ou membrane basale épidermique. Elle sépare l'épiderme du derme. D'une épaisseur variante entre 50 à 80nm, elle se subdivise en 3 zones : la lamina lucida, la lamina densa et la sub-lamina densa ou zone fibrillaire.

La DEJ est un élément indispensable au bon fonctionnement de la peau. Elle assure la polarité de l'épiderme, la régulation de la migration cellulaire et l'invasion cellulaire car elle est une véritable matrice d'ancrage pour les cellules de la couche basale de l'épiderme mais également pour les fibroblastes dermiques. Pour autant, la DEJ est également un lieu de transfert entre ces deux sous-couches cutanées.

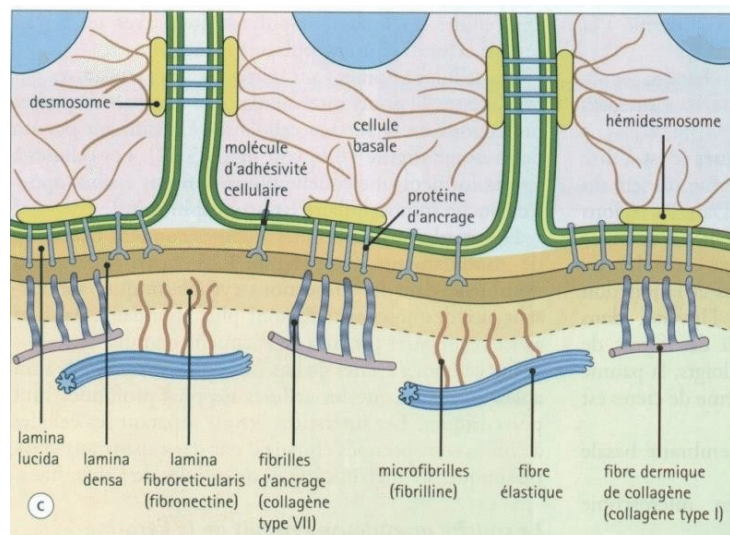


Fig 5 : Schéma de la jonction dermo-épidermique (JDE) [7]

Elle contrôle la diffusion des nutriments provenant des vaisseaux sanguins dermique jusqu'au kératinocytes de l'épiderme. Inversement, elle est aussi en mesure de communiquer au derme des informations du milieu extérieur grâce à ses nombreux récepteurs sensoriels. De plus, en cas d'inflammation, elle permet aux lymphocytes et autres cellules de l'immunité d'atteindre le site épidermique lésé.

A.3 Le derme

Le derme est la sous-couche médiane de la peau. Il est rattaché à l'épiderme par la Jonction dermo-épidermique et à l'hypoderme. C'est un tissu conjonctif fibreux et élastique beaucoup plus épais que l'épiderme. En effet, son épaisseur varie entre 1 à 4 mm. Par sa composition, il est responsable de l'élasticité et de la fermeté de la peau.

A.3.1 La structure

Il se divise en deux sous-couches :

- **Le derme papillaire (superficiel)** : C'est un tissu conjonctif lâche qui mesure en moyenne 50 à 100µm. En contact avec l'épiderme via les crêtes épidermiques, il forme les papilles dermiques. Il est composé de fibrilles de collagène de type I & III et de fibres d'élastines disposées perpendiculairement aux crêtes épidermiques. Richement vascularisé, il assure les échanges nutritifs entre le derme et l'épiderme. De plus, ses cellules dermiques sont plus abondantes.
- **Le derme réticulaire (profond)** : C'est un tissu conjonctif dense. Il représente 80% du derme et mesure 0,8 à 1,2 mm. Il est riche en grosses fibres de collagène de type I et fibres élastines, organisées en faisceaux et orientées parallèlement à l'épiderme. Il assure le rôle de soutien de la peau. Il contient un plexus vasculaire profond qui marque sa délimitation avec l'hypoderme.

Les cellules majoritaires du derme sont les fibroblastes. Ils sont responsables de la synthèse de la Matrice extracellulaire (MEC). Elle constitue un ensemble de macromolécules dont le collagène, l'élastine, les protéoglycanes etc.

On retrouve aussi des cellules migratrices telles que les macrophages, les lymphocytes et les granulocytes éosinophiles responsables de la réaction inflammatoire.

Le derme contient également des terminaisons nerveuses sensibles, des fibres musculaires lisses et striées mais aussi les annexes cutanées (follicule pileux sébacées, glandes sébacées et sudoripares).

A.3.2 Les cellules du derme

A.3.2.1 Les cellules résidentes du derme : Les fibroblastes

Les fibroblastes sont les principales cellules du derme. D'origine mésenchymateuse, leur aspect est fusiforme ou étoilé avec des prolongements très fins. Histologiquement, les fibroblastes du derme papillaire sont plus nombreux et possèdent une plus grande capacité de synthèse que ceux présents dans le derme réticulaire.

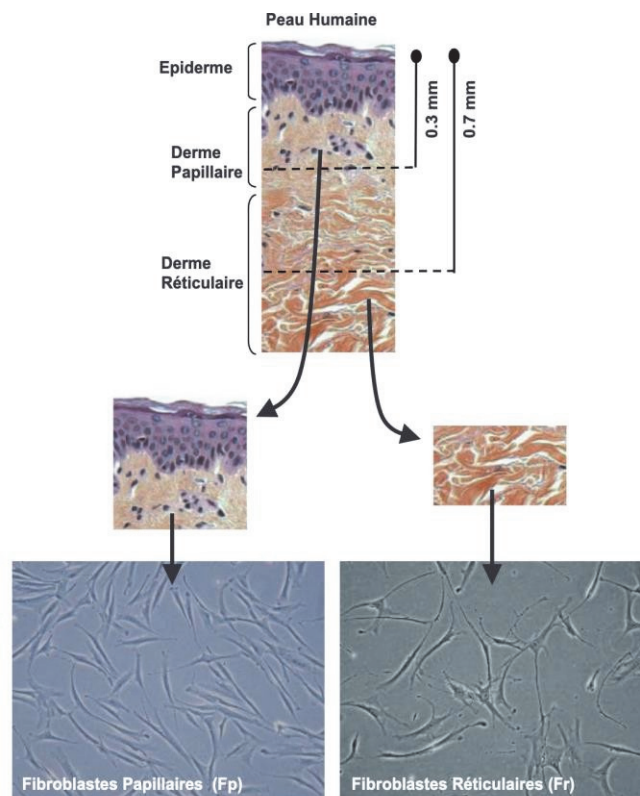


Fig 6 : Histologie de la peau humaine normale adulte. Isolement et culture des fibroblastes du derme superficiel (<0,3µm) et du derme profond (>0,7 µm.) appelés respectivement fibroblastes papillaires (Fp) et des fibroblastes réticulaires (Fr) [8]

La fonction principale des fibroblastes est de synthétiser ou dégrader les constituants de la matrice extracellulaire (MEC). Cela est dicté selon les cellules avec lesquelles ils interagissent via leurs récepteurs membranaires de type intégrine.

Ils sont donc responsables de la synthèse de :

- Protéines fibreuses : Collagène, élastine et fibronectine
- Substance fondamentale : Protéoglycane dont l'acide hyaluronique.
- Facteurs de croissance et d'enzymes : Collagénase

Ils sont ainsi responsables de l'élasticité et la fermeté de la peau mais aussi, en partie, de son processus de cicatrisation.

Les fibroblastes jouent également un rôle dans la défense anti-infectieuse et antivirale via la sécrétion d'agents chimiotactiques : chimiokines, l'interféron alpha et autres cytokines.

A.3.2.2 Les cellules mobiles

Les cellules mobiles du derme sont les cellules dendritiques dermiques, les lymphocytes, les granulocytes et les macrophages. D'origine hématopoïétique, elles sont présentes dans les capillaires dermiques, elles sont responsables de la réaction immunitaire. Elles interviennent dans le derme lors de processus inflammatoires et cicatriciels.

A.3.3 La MEC et ses constituants

A.3.3.1 Les fibres dermiques

Les fibres dermiques se décomposent en deux familles :

- Les fibres de collagène :

Le collagène est le constituant dermique le plus abondant. Il procure à la peau sa résistance aux tensions mécaniques.

Il se forme à partir de son précurseur le tropocollagène. Synthétisé par les fibroblastes, il est l'association de 3 chaînes polypeptidiques organisées en triple hélice. Après être clivée pour donner le collagène, celui-ci à d'autres fibres de collagène pour former un faisceau puis une grosse fibre plus épaisse.

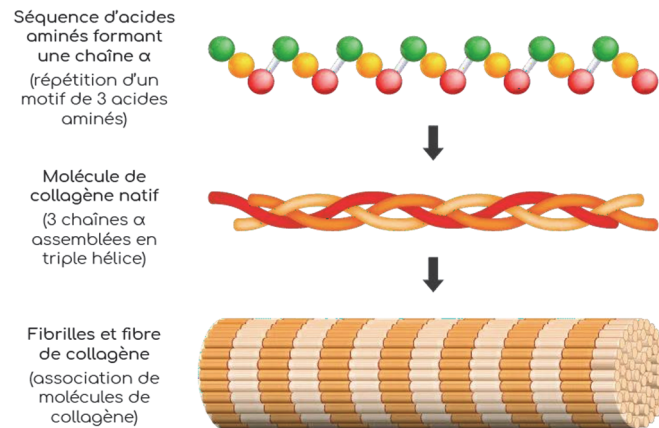


Fig 7 : Morphogenèse d'une fibre de collagène [9]

- Les fibres d'élastine

Les fibres d'élastines sont responsables de l'élasticité de la peau. Elles lui permettent de retrouver son état initial après une déformation. Ainsi, grâce à elles, la peau peut être étirée jusqu'à 120 à 150% et revenir à son état de départ.

Elles se forment à partir de son précurseur, la tropoélastine qui est elle aussi, synthétisée par les fibroblastes. Elle devient une molécule d'élastine après une polymérisation réalisée par la fibrilline. Elles s'assemblent par la suite pour devenir des fibres, de taille plus petite que les fibres de collagène.

A.3.3.2 Les glycoprotéines de structures

Les glycoprotéines de structure jouent un rôle dans l'adhésion, la migration et la communication des cellules entre elles. Ce sont des protéines auxquelles sont greffées des courtes chaînes glucidiques.

Les plus abondantes sont la fibronectine et les laminines. Il existe également la vitronectine, l'entactine, les ténaescines etc

A.3.3.3 La substance fondamentale

Le derme contient une matrice extra fibrillaire nommée la substance fondamentale.

D'une substance amorphe gélatineuse, elle permet les mouvements cellulaires, les interactions entre les cellules et la matrice mais aussi, l'équilibre ionique et contrôle de l'hydratation cutanée. En effet, elle constitue la réserve hydrique cutanée permettant à la peau d'avoir une bonne tonicité et fermeté.

La substance fondamentale est composée d'un complexe de protéoglycanes.

Un protéoglycane est formé d'un axe protéique relié par des liaisons covalentes à des chaînes de glycosaminoglycanes sulfatés ou non :

- 4 GAG sulfatés : Sulfate de chondroïtine, de dermatane, d'héparane et de kératane.
- 1 GAG non sulfaté : L'acide hyaluronique.

L'acide hyaluronique est le composant majoritaire de la substance fondamentale. Il contient uniquement une longue chaîne polysaccharidique d'environ 500 nm de diamètre. Très hydrophile, il est capable de retenir jusqu'à 1000 fois son poids en eau. Il constitue donc à lui seul la réserve hydrique de la peau.

A.4 L'hypoderme

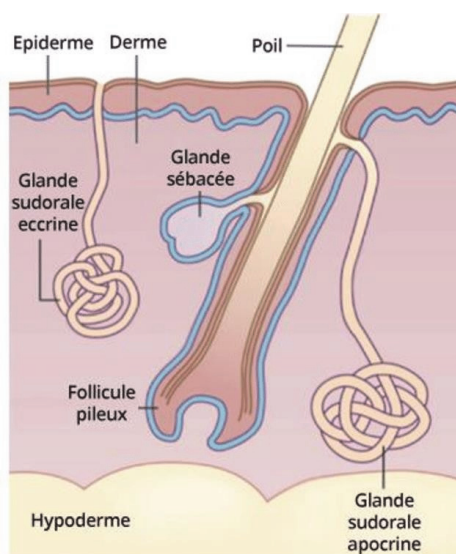
L'hypoderme est la sous-couche de la peau la plus profonde. Son épaisseur varie selon les zones de l'organisme. Il sera absent aux niveaux des paupières et plus épais par exemple sur les cuisses ou les fesses.

C'est un tissu conjonctif lâche composé de fibres de collagène, d'élastine, de protéoglycanes mais également d'adipocytes.

Caractéristiques de l'hypoderme, les adipocytes sont des cellules graisseuses formées à partir de triglycérides. Elles sont responsables de la formation du tissu adipeux.

Ainsi, l'hypoderme a un rôle de réservoir énergétique car il est capable de stocker des graisses et en libérer selon le besoin du corps. Il est également un isolant thermique et mécanique pour les organes grâce à sa capacité d'amortir des chocs.

A.5 Les annexes cutanées



Outre les sous-couches de la peau, celle-ci est composée également de 4 annexes cutanées nommées : les glandes sudoripares, les glandes sébacées, les follicules pileux et les ongles.

Dans le cadre de cette thèse, le follicule pileux et la tablette unguéale ne seront pas présentés car les maladies capillaires et unguéales ne seront pas décrites. Sauf cas spécifiques.

Fig 8 : Annexes cutanées [10]

A.5.1 Les glandes sudoripares

Les glandes sudoripares sont responsables de la sécrétion de la sueur. C'est un mécanisme important pour l'équilibre homéostatique de la peau (pH et température). Il en existe deux types : les glandes eccrines et apocrines

- Les glandes eccrines sont présentes sur l'ensemble de la surface du corps humain. Elles sont plus nombreuses sur la zone palmo-plantaire. Elle débouche, sans être annexée au follicule pilo-sébacé, à la surface à travers un pore. Elle secrète une sueur très limpide par intermittence.

- Les glandes apocrines sont présentes sur les régions génitales (pubis ou maillot) mais aussi sur les aisselles. Plus volumineuses et profondes, elles sont annexées aux follicules pilo-sébacés. Elles sécrètent également de la sueur sous l'action de forte température ou lors d'une montée d'adrénaline. Sa sueur a la particularité de contenir des lipides et protéines.

Par ailleurs, la sueur est initialement inodore. L'odeur désagréable qu'elle peut par la suite émettre est la conséquence de sa dégradation par la flore cutanée.

A.5.2 Les glandes sébacées

Les glandes sébacées sont des glandes holocrines annexées aux follicules pileux d'où la dénomination de ce complexe : le follicule pilo-sébacé. Elles sont plus présentes sur le visage, le cuir chevelu, la poitrine et le dos et absente sur la paume des mains et plantes des pieds.

Par stimulation hormonale, les glandes sébacées sont responsables de la sécrétion du sébum. C'est une substance lipidique composée de divers lipides, dont le squalène, le cholestérol, les esters de cholestérol, les esters de cire et les triglycérides.

Son rôle est crucial dans le bon fonctionnement de la peau car il est impliqué dans la thermorégulation, le contrôle de la colonisation bactérienne, l'entretien de la barrière protectrice et l'apport d'anti-oxydant superficiel (vitamine E).

De plus, selon sa quantité présente à la surface de la peau, il permet de définir le type de peau d'un individu. Il est ainsi défini :

- Une peau grasse : Une peau avec une hyperséborrhée. La forte quantité de sébum procure un aspect huileux sur le visage, une surbrillance et des pores ouverts très dilatés.
- Une peau sèche : L'hyposéborrhée se fait ressentir par des tiraillements, des démangeaisons, la présence possible de squames et des pores absents ou très petits.
- Une peau mixte : Majoritairement, la peau sera de tendance grasse au niveau de la zone T (front, nez et menton) et sèche sur le reste du visage.
- Une peau normale : Production normale de sébum, aucune surbrillance ou sensation d'inconfort.

B. Spécificités cutanées de la peau noire

B.1 Différenciation épidermique

B.1.1 La pigmentation de la peau

B.1.1.1 Différenciation génétique

La couleur de la peau humaine est déterminée par l'expression phénotypique des gènes associés à la pigmentation cutanée mais aussi à des stimuli environnementaux dont le soleil principalement.

Les anthropologues pensent que les variations de carnations entre les différentes races sont des réponses à la sélection naturelle. Ainsi, les individus vivant à proximité de l'équateur ont, avec le temps, développé les pigments mélaniques foncés pour pouvoir s'adapter à l'intensité plus forte des rayonnements ultraviolets. [11]

Par la suite, 3 principales régions sont reconnues pour être associées à la pigmentation de la peau : SLC24A5, SLC45A2 et OCA2. La variation de l'expression de ces gènes est responsable des différentes carnations de peau entre les individus. Les variantes du SLC24A5 sont les plus fortement associées à la pigmentation de la peau des populations d'ascendances africaines (afro-américains, Cap-Vert etc). [12]

B.1.1.2 Rapport Eumélanine / Phéomélanine

La carnation de la peau se définit selon l'activité des mélanosomes, les types de pigments mélaniques synthétisés et leurs dispersions dans les kératinocytes. En effet, le nombre de mélanocytes par mm² de peau est pratiquement identique dans toutes les différentes ethnies.

Concernant le type de pigment mélanique, la peau africaine (de phototype V) est composée en moyenne de 60 à 70% de DHI-eumélanine, de 25 à 35% de DHICA-eumélanine. La concentration en phéomélanine y est mineure (entre 2 et 8%) en comparaison à une peau caucasienne où elle est le principal pigment mélanique. [13]

Histologiquement, dans la peau pigmentée, les eumélanosomes sont plus matures (stade IV), plus volumineux, plus nombreux et occupent toute la longueur de la couche basale épidermique (environ 1 mélanocyte pour dix cellules basales). Ils ont une plus grande taille ($0,6 \times 0,25 \mu\text{m}$) que les phéomélanosomes ($0,5 \times 0,2 \mu\text{m}$). De plus, après leurs transferts, les eumélanosomes sont dispersés individuellement dans le cytoplasme des kératinocytes où ils y sont très peu dégradés. Ils arrivent majoritairement intacts jusqu'à la couche cornée et s'y installent sous une forme "parapluie" pour protéger leurs noyaux.

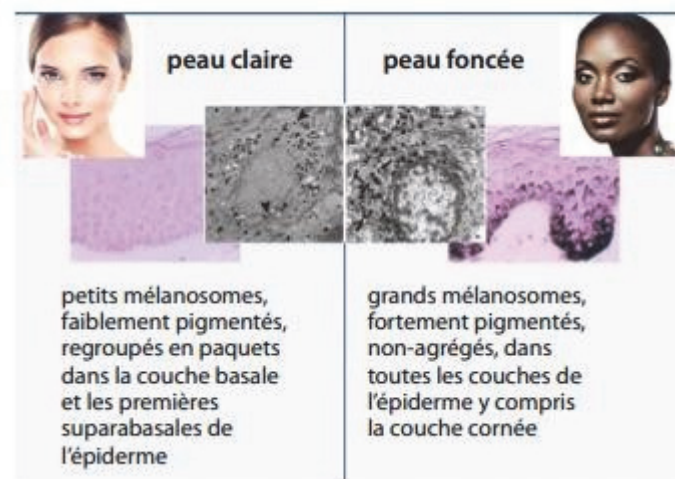


Fig 8 : Comparaison des mélanosomes entre une peau claire et foncée [14]

A contrario, dans la peau caucasienne, les phéomélanosomes sont groupés dans les vacuoles des lysosomes. Ils s'agrègent par la suite en dessous du noyau des kératinocytes et deviennent détectables uniquement dans les couches moyennes et superficielles de l'épiderme.

B.1.1.3 Les phototypes / Classification de Fitzpatrick [13]

En 1975, le Dr Thomas B. FITZPATRICK, dermatologue de l'Université de Harvard, à l'idée de classer à l'aide d'un questionnaire, les individus par leurs carnations (distinction mélanique) et leurs sensibilités aux rayonnements ultraviolets (aptitude à bronzer et/ou à prendre des coups de soleil). À partir de ces caractéristiques, il définit 6 phototypes de peaux.

Initialement, cette classification avait pour objectif de déterminer le traitement laser esthétique le plus adapté au phototype du patient. Aujourd'hui, elle a pour but de mettre en avant le risque lié à l'exposition au soleil et l'importance des protections solaires requises.

Le questionnaire de Fitzpatrick comporte 10 questions abordant la couleur des cheveux, des yeux, la particularité à prendre des coups de soleil ou au contraire à bronzer etc. Chaque réponse rapporte entre 0 à 4 points. Après lecture finale du score, les phototypes se définissent ainsi :

- Entre **00 et 07** points → **phototype I**
- Entre **08 et 16** points → **phototype II**
- Entre **17 et 25** points → **phototype III**
- Entre **25 et 30** points → **phototype IV**
- Entre **30 et 35** points → **phototype V**
- Entre **35 et 40** points → **phototype VI**

ANNEXE 2 : Questionnaire de la classification Fitzpatrick

Par la suite, chaque phototype est assimilé à un ensemble de caractéristiques physiologiques cutanées.

- Les phototypes 1-2-3 représentent les peaux dites “caucasiennes” :

Elles sont caractérisées par une peau claire, des cheveux roux, blonds ou châains et des yeux de couleur bleu, vert ou marron. Elles ne bronzent pas ou légèrement et prennent facilement des coups de soleil.

- Les phototypes 4-5-6 correspondent à la mate, métissée et noire

Elles sont caractérisées par une peau pigmentée, des cheveux et des yeux foncés. Elles bronzent facilement sans développer de coups de soleil.

ANNEXE 3 : Classification de Fitzpatrick

B.1.1.4 Photoprotection naturelle

Une des principales idées reçues concernant la peau pigmentée est sa protection solaire naturelle. Ainsi, pour beaucoup et par manque de connaissances, il n'est pas important d'appliquer un écran solaire pour se protéger des effets néfastes du soleil sur la peau.

Cette généralité sur les peaux noires est en partie approuvée grâce à leur forte concentration en eumélanine. En effet, celle-ci a la propriété d'être photo protectrice. Elle est en mesure d'absorber les photons UV à haute énergie et disperser leur énergie en chaleur avant que les réactions radicalaires endommagent les constituants et propriétés cutanées. [15]

Par conséquent, les proportions de rayonnements ultraviolets (UVB plus qu'UVA) atteignant le derme papillaire sur une peau fortement pigmentée sont beaucoup plus faibles que sur une peau claire (5 à 10 fois moins selon le degré de pigmentation). Il est alors défini que leur coefficient intrinsèque de protection solaire (SPF) est de 13,4 contrairement à une peau caucasienne qui est de 3,3. [16]

Cependant, il est important de comprendre que cette protection solaire naturelle n'est pas optimale et varie également selon le phototype des personnes. Ainsi, il faut pouvoir davantage sensibiliser les peaux métissées (pas entièrement protégées par l'eumélanine) mais aussi celle à carnation plus foncée afin d'obtenir une prise de conscience sur les photodommages cutanés qu'elle subit également.

B.1.1.5 Rapport pigmentation et vitamine D

La vitamine D se nomme également l'hormone du soleil car sa principale voie de synthèse chez l'homme se réalise sur une peau exposée aux rayons ultraviolets du soleil.

En effet, l'absorption des UV à travers l'épiderme convertit le 7-déhydrocholestérol en prévitamine D₃. S'ensuit une réaction en chaîne aboutissant au 25-hydroxyvitamine D [25(OH)D] dans le foie puis en 1,25-dihydroxyvitamine D [1,25(OH)₂D] (ou calcitriol) dans les reins. Transporté par la suite dans le sang, le calcitriol se lie au récepteur de la vitamine D (VNR) afin de pouvoir intervenir sur plus de 900 gènes dans le corps. [17]

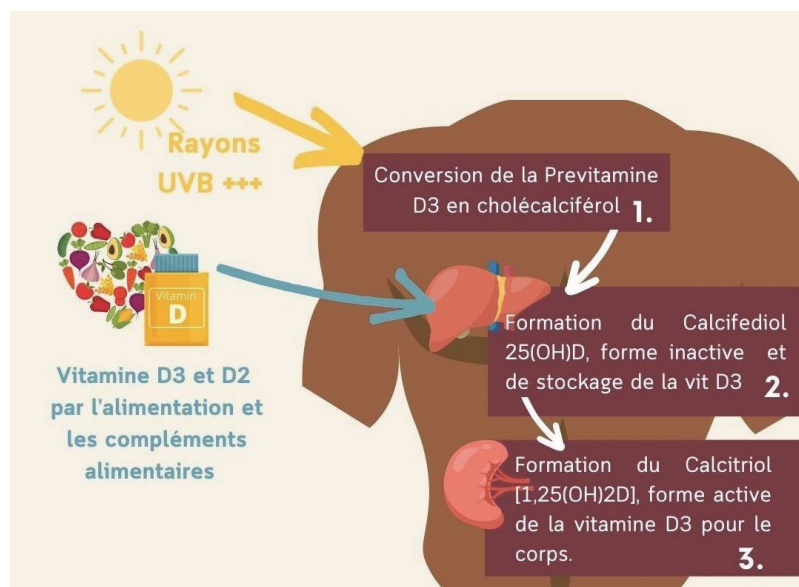


Fig 9 : Synthèse de la vitamine D

La vitamine D est indispensable au bon fonctionnement de l'organisme car elle maintient son homéostasie phosphocalcique en participant à la minéralisation osseuse et à l'absorption du calcium. Elle interagit également avec les cellules du système immunitaire, notamment les monocytes, les macrophages, les cellules dendritiques et les lymphocytes B et T. Elle est ainsi en mesure de réguler une réaction inflammatoire face à risque infectieux.

Par conséquent, il est démontré qu'une carence en vitamine D entraîne à court terme de la fatigue, des douleurs osseuses et musculaires. Une insuffisance à plus long terme peut être responsable d'une ostéopénie, d'une ostéoporose et d'un risque accru de fractures. Enfin, l'insuffisance en vitamine D peut également être associée à des problématiques de santé non

musculosquelettiques telles que des troubles affectifs saisonniers, des dysfonctionnements neurocognitifs, le diabète de type 2 et des maladies cardiovasculaires.

La synthèse de vitamine D étant réalisée sur la peau grâce à l'absorption des rayonnements UV, de nombreuses études ont pu démontrer l'impact de la pigmentation (rapport eumélanine / phéomélanine) sur le niveau de vitamine D (taux plasmatiques ou sériques de 25(OH)D) en fonction de la latitude où se situe l'individu.

En effet, les sujets à la peau foncée ont un fort taux d'eumélanine et ainsi une photoprotection plus importante vis-à-vis des sujets à la peau claire. C'est pourquoi des taux de vitamine D varient entre les individus de phototypes différents.

Cette relation cause à effet est démontrée dans diverses études. Par exemple, selon les données de l'Enquête Nationale sur la Santé et la Nutrition (NHANES) entre 2001 et 2010, la prévalence de la carence en vitamine D (25(OH)D < 20 ng/mL chez les personnes ne prenant pas de suppléments de vitamine D était de 75 % pour les Noirs non hispaniques, 44% pour les Hispaniques et 20 % pour les Blancs non hispaniques. [18]

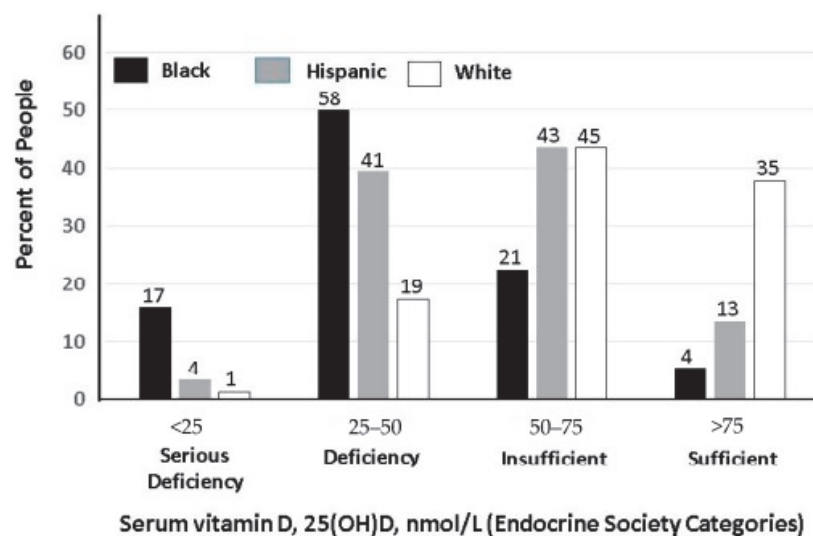


Fig 10 : Prévalence des taux sériques de 25(OH)D sans supplémentation analysée par race selon une enquête National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) entre 2001-2010

Une autre étude menée sur des Nigériens atteints d'albinisme démontre qu'ils ont des niveaux de 25(OH)D plus élevés que ceux ayant une pigmentation normale. [19]

Pour autant, en suivant la théorie de la sélection naturelle et de la migration des individus par la suite sur terre, cette spécification cutanée peut s'avérer délétère. En effet, il est démontré que l'africain à la peau foncée vivant à de basses latitudes ont des niveaux inférieurs de 25(OH)D (29 à 46 ng/mL) contrairement à des Afro-Américains où la moyenne s'avérait être de moyenne 16 ng/mL.

Des mesures sur des sujets africains vivant en Afrique du Sud ont également démontré des taux normaux en 25(OH)D (d'environ 67 nmol/L) avec un état déclaré en bonne santé.

A contrario, sur une étude comparative menée sur une population afro-caribéenne en Angleterre (avec plus de 450 000 personnes), la concentration médiane de 25(OH)D était de 30,0 nmol/L. De plus, 37,0 % étaient considérés comme carencés en vitamine D, 41,1 % étaient insuffisants (>25–50 nmol/L) et seulement 15,9 % avaient un niveau suffisant (>50 nmol/L). Ils ont également démontré que l'apport en vitamine D dans cette population est sous-optimal, avec un apport médian de seulement 1,6 µg/jour (IQR 2,6 µg/jour). Seulement, 4,8 % de la population atteint le RNI britannique de 10 µg/jour. Ces résultats sont jugés surprenant car 39% de la population ont déclaré passer ≥ 5 h par jour au soleil en été et 40,9 % n'ont jamais ou rarement utilisé de crème solaire. Cela témoigne que les rayonnements UVB, même en été dans les hautes latitudes, ne suffisent pas pour obtenir des niveaux sériques de vitamine D suffisants dans les populations à la peau pigmentée. [20]

Par ailleurs, un article clé publié en 2021 dans *Nutrients* démontre que la prévalence d'une carence en vitamine D est de 15 à 20 fois plus élevée chez les afro-américains par rapport aux Américains d'origine européenne. [21]

Ainsi, dans les zones de hautes latitudes, les personnes ayant un phototype foncé ont besoin d'une exposition aux rayons UV plus longue et/ou plus intense pour synthétiser des niveaux suffisants de vitamine D. Pour limiter les diverses contraintes sur leur santé (définies en amont), une prévention devrait être mise en place dans ce type de population. Au-delà du conseil sur une alimentation dite riche en vitamine D où l'on favoriserait certains poissons tels que le saumon ou la morue, une supplémentation de 4000 UI par jour semble plus judicieuse.

B.1.2 Forte cohésion cellulaire dans la couche cornée

L'épaisseur moyenne de la couche cornée (SC) faciale est d'environ 16,8 μm et s'avère similaire sur les différents groupes raciaux. Cependant, histologiquement, les peaux pigmentées ont une SC plus compacte avec une plus grande cohésion intercellulaire. [11]

Pour attester cette affirmation, c'est la méthode peu invasive de décapage de bande de ruban qui est la plus utilisée dans la recherche dermatologique, pharmaceutique et cosmétique depuis son introduction par Pinkus en 1951. Elle permet de mesurer les molécules endogènes et exogènes de la SC mais aussi son épaisseur et sa teneur en protéines.

Cependant, la quantité de SC retirée par le décapage de la bande n'est pas proportionnelle au nombre de bandes retirées. Celui-ci fonctionne sur le principe de l'adhésivité où plus la force de cohésion entre les cornéocytes augmente, plus la quantité de peau retirée par le stripping diminue. Ainsi, le nombre de bandes de ruban nécessaire pour éliminer complètement la couche cornée définit les couches cellulaires et la densité de la SC.

Par conséquent, chez les sujets à la peau noire, il faut compter en moyenne 16,6 bandes contre 10,3 sur des sujets caucasiens pour retirer complètement la couche cornée. En utilisant cette même méthode, une autre étude a su démontrer que la SC de la peau négroïde contenait en moyenne 21,8 couches de cornéocytes. [22] La peau caucasienne en dénombre une moyenne de 16,7 couches cellulaires. Ces résultats révèlent la cohésion cellulaire et la compacité de la SC chez les sujets africains. Cela témoigne également sa forte résistance cutanée à rompre sa barrière protectrice (elle a nécessité $10,3 \pm 2,2$ bandes de stripping) par rapport à une peau caucasienne ($6,1 \pm 2,4$ bandes) ou encore à une peau asiatique de l'est ($3,7 \pm 1,8$). [23]

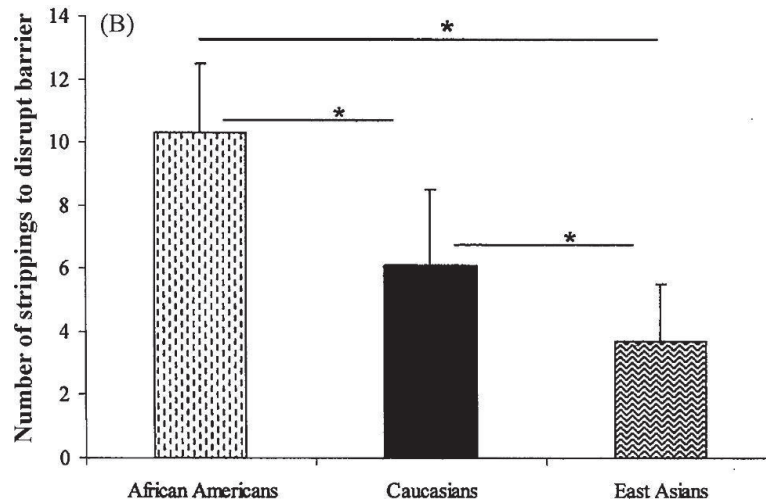
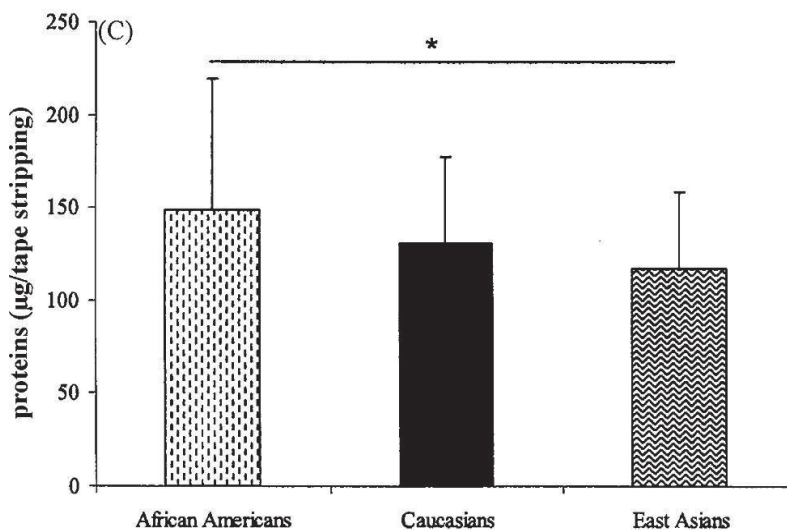


Fig 11 : Résistance de la barrière cutanée, mesurée par le nombre de bandes adhésives nécessaires pour perturber la barrière cutanée, sur le visage des Afro-Américains (n = 73), des Caucasiens (n = 77) et des Asiatiques de l'Est (n = 67).

Pour obtenir cette cohésion cellulaire, la peau africaine possède une plus forte concentration de protéines que la peau caucasienne.

Cette mesure peut être déterminée à partir de la deuxième bande adhésive relevée après le stripping. Selon cette dernière étude présentée, les valeurs protéiques des sujets afro-américains étaient plus élevées. (149 ± 70 contre 117 ± 42 dans la peau asiatique de l'est)



*Fig 12 : Quantité de protéines par stripping sur la couche 2 sur l'avant-bras ventral des Afro-Américains (n = 61), des Caucasiens (n = 99) et des Asiatiques de l'Est (n = 158). Les barres d'erreur correspondent à l'écart type. *p < 0,001.*

Cette concentration peut être également définie par la mesure de l'indice de maturation des protéines. Il se caractérise par le degré de réticulation des protéines mené par la transglutaminase au cours de la différenciation terminale de la couche cornée. Cette nouvelle étude définit cet indice à 43 ± 14 chez les sujets Africains, 35 ± 8 pour les Caucasiens et 27 ± 7 pour les Asiatiques de l'Ouest.

B.1.3 Un pH plus acide

Le pH ou potentiel hydrogène représente la concentration des ions hydrogène H^+ dans une solution. Il permet, selon une échelle logarithmique, d'en définir son caractère acide (0, pH le plus faible) à alcalin (14, le plus élevé), ou neutre (7). Le pH "normal" de la peau se mesure sur la couche cornée et se situe en moyenne entre 4,1 et 5,8. Il est le plus élevé sur le menton (pH de 5,6) et le plus faible sur le front (pH 4,4). [24]

Le maintien du pH cutané est déterminé par plusieurs voies cellulaires et métaboliques grâce à la génération ou la consommation de protons. Dans la peau, plusieurs processus contribuent à son acidification :

- La voie filaggrine - histidine- acide urocanique
- L'exocytose des corps lamellaires
- L'hydrolyse des acides gras libres

Pour autant, les sujets de phototype IV à V ont un pH de surface plus acide par rapport aux sujets de phototype I à III. (pH $4,6 \pm 0,03$ vs $5,0 \pm 0,04$). [25]

La différenciation du pH en fonction des groupes ethniques est associée aux caractéristiques cutanées des sujets à la peau pigmentée. En effet, la forte présence de glandes sudoripares dans la peau noire entraîne une concentration plus importante de solutés acides après évaporation de la sueur. Pareillement pour les glandes sébacées, leur forte sécrétion de sébum augmente l'hydrolyse des acides gras libres. De plus, par leur pigmentation fortement concentrée en eumélanines, elles possèdent plus de corps lamellaires. Ces spécificités tendent ainsi à un pH naturellement plus acide.

Par ailleurs, il est important de spécifier que le pH cutané varie entre individus selon :

- Les facteurs endogènes : l'âge, le sexe, la race, le taux d'hydratation, la teneur et la quantité de sébum...
- Les facteurs exogènes : les variations de température, l'humidité ambiante, la pollution, les soins cosmétiques appliqués.

Par ailleurs, le pH est également un indicateur clé de nombreuses voies régulatrices cutanées. Il influence l'homéostasie de la barrière mais aussi l'intégrité, la cohésion et la desquamation du SC. Nous développerons certains de ces mécanismes dans la description des spécificités cutanées des peaux pigmentées.

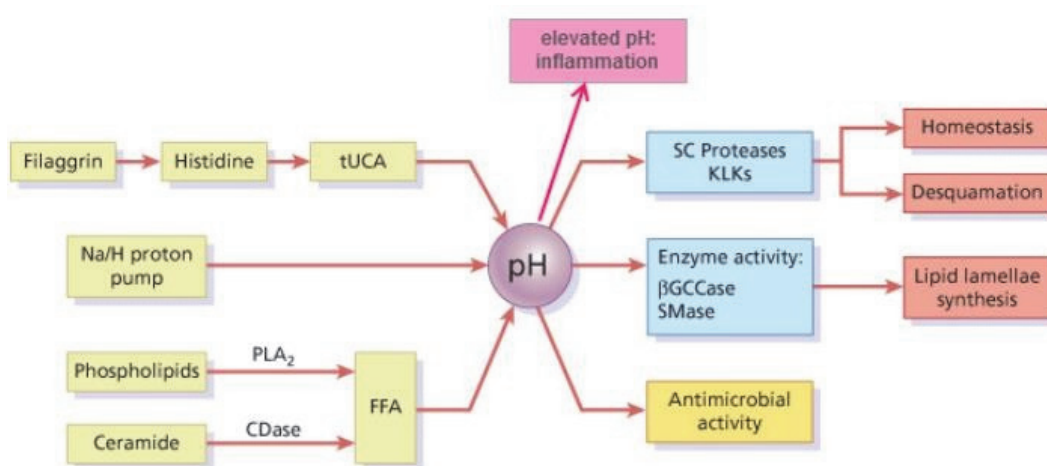


Fig 13 : Génération et fonctions du pH dans la peau

B.1.4 Une desquamation ralentie

Le renouvellement cutané se caractérise par un cycle d'une moyenne de 28 jours. Il se définit selon deux processus conjointement liés permettant le maintien de l'homéostasie et une épaisseur épidermique constante. Ce phénomène est indispensable pour le bon fonctionnement de la barrière protectrice de la peau.

- Le renouvellement cellulaire :

De la couche basale à la plus superficielle de l'épiderme, les kératinocytes subissent le processus de kératinisation. Dans le stratum granulosum, ils perdent leurs organites et se

compactent pour devenir les cornéocytes. Nommées également cellules mortes dans le langage courant, elles subissent quotidiennement des agressions extérieures liées à l'environnement.

- La desquamation :

Elle consiste à éliminer les cornéocytes pour faire place aux nouvelles cellules synthétisées. Pour les libérer, les kératinocytes synthétisent 15 enzymes de la famille des kallikréines qui s'associent à des peptidases (hKLK1–hKLK15). Ces complexes enzymatiques-protéiques ont pour mission de dégrader les cornéodesmosomes. En effet, en tant que structures jonctionnelles des cornéocytes, ils assurent la cohésion de la SC.

Plus en détails, les principales enzymes impliquées dans le processus de desquamation sont les : KLK5 (la trypsine-like kallikrein-related peptidase), KLK6, KLK7 (sérine protéase SCCE / chymotrypsine-like) , KLK8 et KLK14. [26] Plus de 50% de l'activité totale de la kallikréine de type trypsine peut-être attribuée à KLK5. L'activité restante est associée à laKLK14. [27]

L'activité de ces enzymes est régulée par des inhibiteurs de protéase LEKTI et KLS, des variations de pH et de concentration des ions Ca^{2+} et Zn^{+} .

Les cornéodesmosomes sont composés de 3 protéines extracellulaires : la desmogléine 1 (DSG1), la desmocoline 1 (DSC1) et la cornéodesmosine (CDSN). hKLK5 peut cliver les trois protéines du cornéodesmosome et hKLK7 peut cliver DSC1 et CDSN.

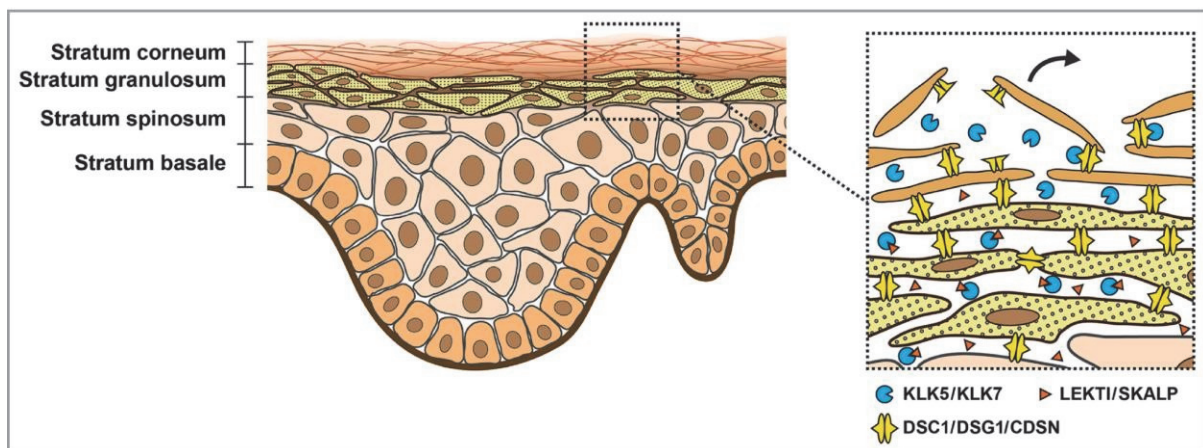


Fig 14 : Schéma du mécanisme enzymatique de la desquamation

Ce processus de desquamation est jugé 2,5 fois plus lent sur une peau africaine vis-à-vis d'une peau caucasienne. [13] Cliniquement, c'est en partie pour cette raison, que la peau pigmentée

du corps est très souvent qualifiée comme rugueuse et de typologie sèche. Cela serait en partie la cause de leur forte prévalence à la xérose ou la dermatite atopique.

Par comparaison d'images dermoscopiques sur la partie supérieure interne des bras caucasiens et afro-américains à deux âges distincts, il est démontré que le détachement des cornéocytes est plus visible chez les sujets caucasiens jeunes et évolue fortement chez les sujets plus âgés. Par opposition, la desquamation est jugée mineure chez les patients afro-américains jeunes et perceptiblement visible chez les sujets plus âgés. [28]

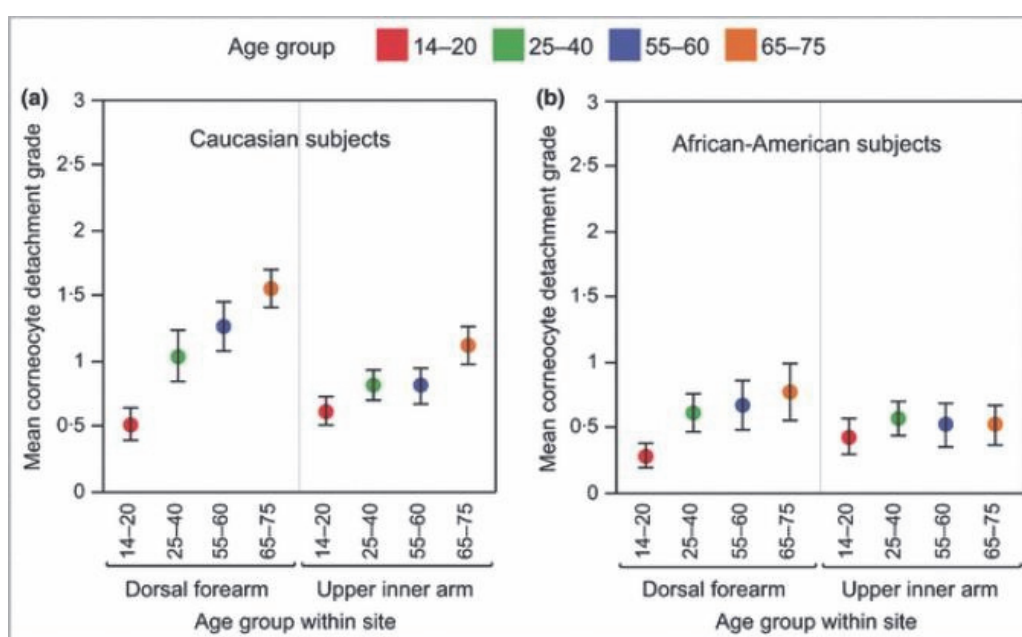


Fig 15 : Détachement des cornéocytes par origine ethnique, groupe d'âge et site corporel. (a) Les sujets caucasiens présentent un détachement des cornéocytes progressivement plus important avec l'âge sur les deux sites du corps. Le sujet du groupe plus âgé présente généralement des degrés légers à modérés de détachement des cornéocytes sur l'avant-bras dorsal. (b) Les scores moyens indiquent qu'en moyenne, les Afro-Américains ne présentent aucun ou léger détachement des cornéocytes sur les deux sites du corps et dans tous groupes d'âge. Environ 20 sujets sont représentés dans chaque point de données.

Cette différenciation ethnique est liée à l'activité des enzymes sérines protéases. Il a été révélé, après analyse sur des bandes de stripping prélevées, que la quantité la plus élevée de SCCE est la plus élevée chez les sujets caucasiens ($0,16 \pm 0,06$). Les valeurs les plus faibles sont associées aux sujets afro-américains ($0,10 \pm 0,06$). Cela confirme les résultats précédemment présentés.

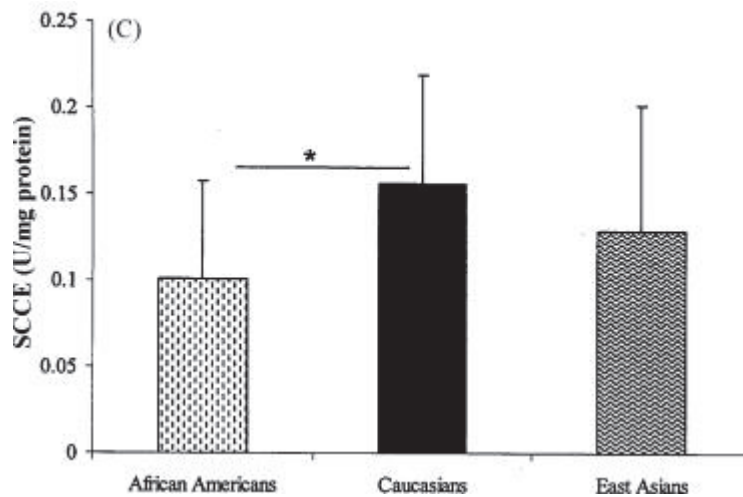


Fig 16 : Quantité de sérine protéases actives par origines ethniques.

*Quantité de sérine protéases actives (U SCCE/mg de protéine) au niveau de la couche 4 de l'avant-bras ventral des Afro-Américains (n = 61), des Caucasiens (n = 41) et des Asiatiques de l'Est (n = 32). Les barres d'erreur correspondent à l'écart type. *p < 0,001.*

L'hypothèse la plus plausible expliquant cette différence significative met en avant les mécanismes régulés par le pH. La sérine protéase a besoin d'un optimum de pH neutre dans l'épiderme externe pour commencer sa réaction en chaîne. [29] En effet, les complexes entre LEKTI et KLK5 se dissocient lorsque le pH passe de neutre (pH 6,8-7,5) dans le stratum granulosum à acide (pH 4,5-5,3) dans le SC. KLK5 est responsable de l'activation de KLK14 et de proKLK7. Ainsi, si les processus d'activation sont ralentis, un gradient de KLK7 se crée entre les couches profondes et superficielles du SC. Par conséquent, le pH plus acide des peaux pigmentées inhibe l'activation des SCCE ce qui réduit le déroulement de la desquamation.

Par ailleurs, une autre hypothèse complémentaire démontre une activité des cathepsines D plus élevée chez les peaux pigmentées. Leur rôle dans la desquamation est encore incertain mais elles seraient plus efficaces dans un pH acide.

B.1.5 Un taux de céramides plus bas

En moyenne, l'environnement hydrophobe de la couche cornée se caractérise par 50% de céramides à longue chaîne, 25% d'acides gras saturés et 15% de cholestérol. Les céramides sont "le ciment intercellulaire" qui assurent la cohésion entre les kératinocytes. Ils jouent également un rôle dans la limitation des PIE (perte insensible en eau) et ainsi, dans la perméabilité cutanée. Indispensable au bon fonctionnement de la peau, leur quantité est donc fortement corrélée à sa fonction barrière protectrice. [29]

Histologiquement, il est démontré que les peaux pigmentées ont un taux de céramide inférieur à la peau caucasienne.

Une mesure comparative spécifique du céramide à base de phytosphingosine C18 a été analysée sur différentes ethnies. Il est démontré que la peau afro-américaine a une quantité inférieure de céramide (0,74 +/- 0,25) par rapport aux panélistes caucasiens (1,18 +/- 0,46) ou d'est-asiatiques (1,14 +/- 0,46).

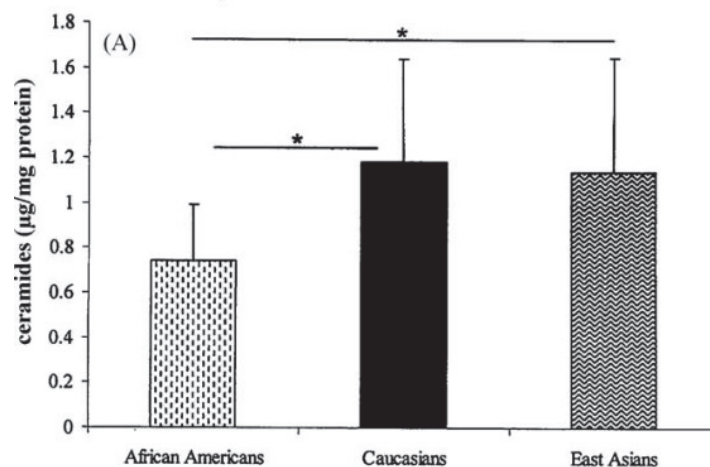


Fig 17 : Niveau de céramides par origines ethniques.

C18 phytosphingosine à base de céramides/mg de protéine sur la couche 7 de l'avant-bras ventral des Afro-Américains (n = 60), des Caucasiens (n = 115) et des Asiatiques de l'Est (n=156)

Selon certaines études, le niveau de céramide dans le SC des sujets africains pourrait être 50% plus faible (10,7 mg) que celui présent dans les sujets caucasiens 20,4 ou Hispaniques (20 mg). [22]

Cette différenciation histologique n'est, à ce jour, pas encore pleinement établie. En effet, les principales enzymes responsables de la synthèse des céramides dans le SC sont la β -glucocérébrosidase et la spingomyélinase acide. Celles-ci ont un optimum d'efficacité à des pH bas (5,2-5,0 respectivement). Suivant cette affirmation, la peau noire par son pH naturellement acide, devrait avoir un niveau de céramide plus important. L'hypothèse de cette corrélation entre le pH et les céramides est alors non affirmative. [30]

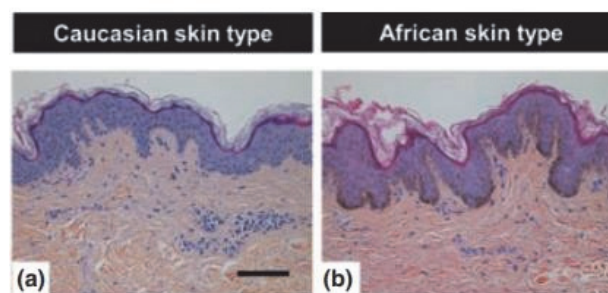
Par ailleurs, à partir de modèles de peaux reconstruites in vitro, il fut démontré que les voies de signalisation dans les processus liés à la différenciation terminale et la métabolisation des céramides ont été régulées positivement sur une peau caucasienne contrairement à celle de la peau africaine. Il serait donc intéressant de pouvoir réaliser de nouvelles études in vivo dont le but serait de comprendre biologiquement cette différenciation ethnique. [31]

B.2 Différenciation dermique

B.2.1 Une jonction dermo-épidermique distinctive

La Jonction Dermo-Épidermique (DEJ) est aussi appelée membrane ou lame basale épidermique. Elle représente la région tissulaire entre l'épiderme et le derme. La DEJ assure l'adhérence et les échanges entre les deux compartiments cutanés. [32]

Il est démontré que la DEJ de la peau africaine est différente par opposition à une peau caucasienne. Elle est jugée plus alambiquée avec de nombreuses papilles dermiques et des projections épidermiques uniformément réparties.



*Fig 18 : Histologie des jonctions dermo-épidermique sur peau caucasienne et africaine
Les biopsies cutanées ont été colorées avec une coloration hématoxyline-éosine safran (HES) (a, b)*

Plus en détails, la projection des crêtes dans le derme est plus importante dans la peau africaine ($89.2 \pm 10.6 \mu\text{m}$) que la dans la peau eurasiennne ($73.8 \pm 8.0 \mu\text{m}$) ou asiatique extrême-orientale ($70.6 \pm 13.8 \mu\text{m}$). Par conséquent, la convolution du DEJ est diminuée dans la peau eurasiennne (peaux européennes légèrement pigmentées) [1.6 ± 0.1 unité arbitraire (au)] et dans la peau d'extrême-Orient (1.8 ± 0.4 ua) par rapport à la peau africaine (2.4 ± 0.7 ua). [33]

Enfin, cette distinction se distingue également histologiquement. Il a été révélé à partir de biopsies cutanées analysées par immunohistochimie que la DEJ de la peau africaine possède une quantité plus importante de collagène de type IV et VII, de laminine 5 et de nidogène

À partir de ces résultats, il serait intéressant de pouvoir analyser plus en détails les interactions intercellulaires entre le derme et l'épiderme selon l'origine ethnique.

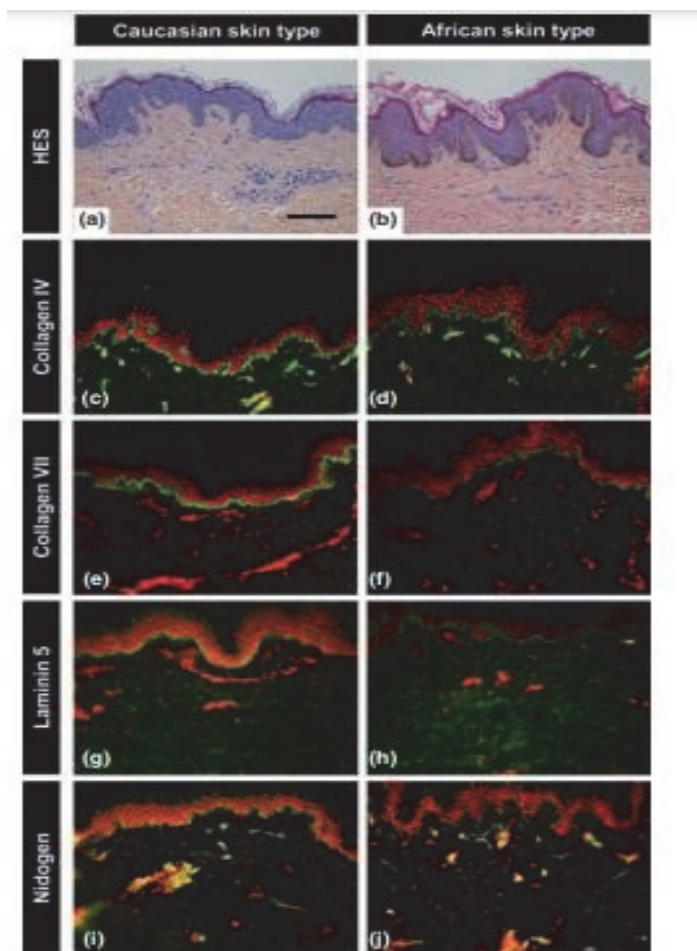


Fig 19 : Histologique et immunocoloration des protéines de la zone de la membrane basale dans les types de peau caucasiens et africains. Les biopsies cutanées ont été colorées avec une coloration hématoxyline-éosine safran (HES) (a,b), pour le collagène de type IV (c,d), le collagène de type VII (e,f), la laminine 5 (g,h) et le nidogène (i, j). Notez des crêtes de rete plus prononcées dans la peau africaine (b) par rapport à la peau caucasienne (a) ainsi qu'une coloration plus forte des composants de la membrane basale dans la peau caucasienne (c,e,g,i), par rapport à la peau africaine (d,f, h, j).

B.2.2 Une activité fibroblastique plus importante

La peau noire possède une meilleure élasticité et fermeté cutanée vis-à-vis de la peau caucasienne. Cette spécificité se caractérise par une différenciation dans la composition du derme. En effet, le derme des peaux africaines s'avère être plus épais et compact avec des couches papillaires et réticulaires moins distinctes. Les fibroblastes y sont plus gros, multinucléés et jugés plus actifs.

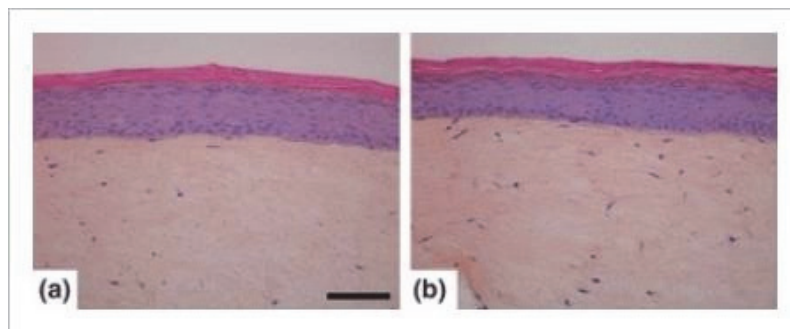
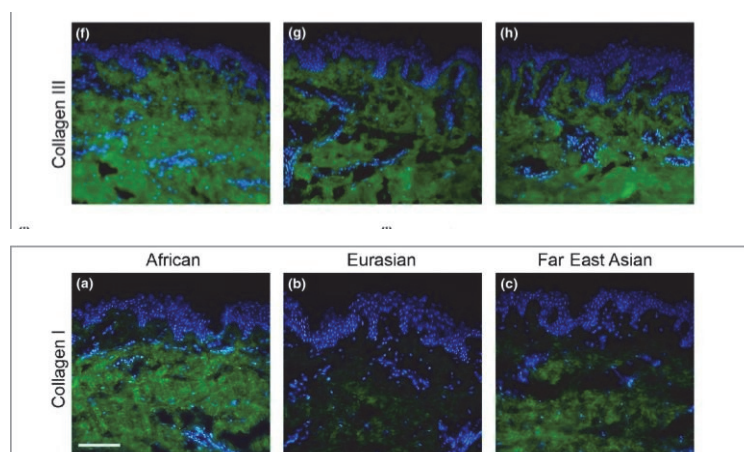


Fig 20 : Histologie des fibroblastes papillaires isolés sur des biopsies cutanées caucasiennes et africaines. Aspect histologique de peaux reconstruites réalisées avec des fibroblastes papillaires isolés de biopsies cutanées caucasiennes (a) ou africaines (b). Barre d'échelle : 100µm.

L'activité des fibroblastes se caractérise par la synthèse des fibres de collagènes, de fibres élastines et d'autres composants indispensables à la composition de la MEC.

Il est démontré à partir d'un immunomarquage que la peau africaine possède une quantité plus importante de collagène de type I et III comparée à la peau eurasiennne et les peaux d'extrême Orient. [33]



*Fig 21 : Immunomarquage des fibres de collagènes fibrillaires par origines ethniques
L'immunomarquage des collagènes fibrillaires a été réalisé à l'aide d'anticorps dirigés contre les collagènes matures (a – c) I et (f – h) III. (d) Barre d'échelle = 100 µm. * P < 0,05. Aux unités arbitraires.*

Cela pourrait être en partie lié à la faible capacité des fibroblastes des peaux africaines à activer le facteur NF-KB. En effet, celui-ci étant un puissant inhibiteur de synthèse du collagène de type 1, sa faible expression confère au collagène un plus long cycle de vie et une meilleure résistance à la sénescence. Par conséquent, la peau noire possède une plus grande résistance et une meilleure force de tension cutanée. [34]

De plus, la peau pigmentée possède un plus fort réseau de fibres élastines. Son précurseur, la tropoélastine y est fortement exprimé vis-à-vis d'une peau caucasienne. Ces résultats sont notables aussi bien sur la peau photoexposée et photoprotégée. Cela démontre que les rayonnements UVA et UVB du soleil ont un faible impact sur la synthèse de l'élastine par les fibroblastes des peaux africaines. Elles possèdent ainsi une meilleure élasticité cutanée sur le long terme. [35]

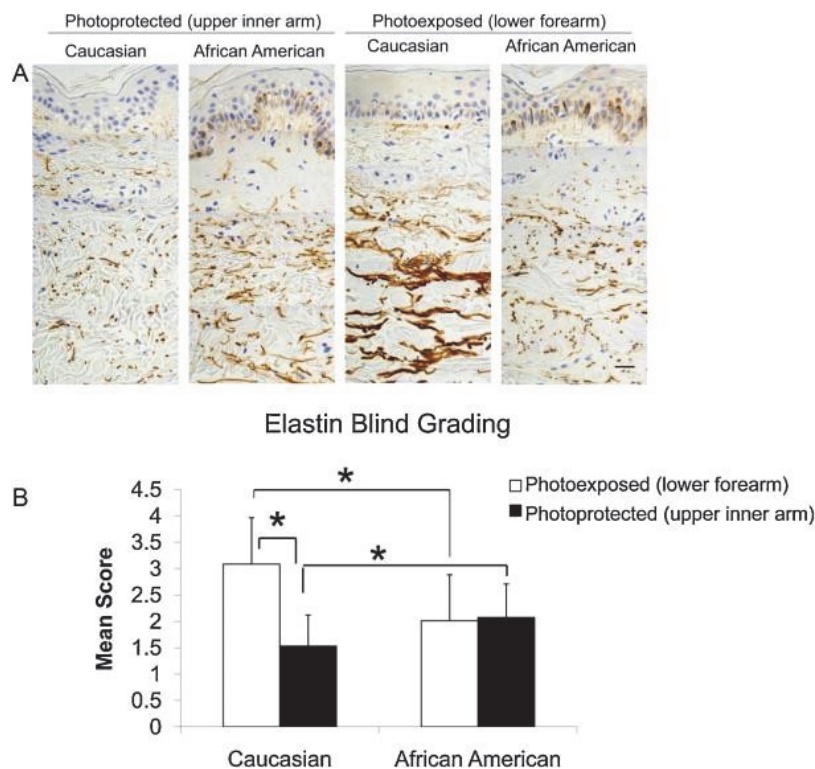


Fig 22 : Expression de tropoélastine par origines ethniques. (A) L'expression immunohistochimique de la tropoélastine à partir de sites de biopsie photoprotégés et photoexposés a été déterminée dans la peau d'Afro-Américains et de Caucasiens. Moins de coloration de tropoélastine a été observée dans la peau photoprotégée des Caucasiens par rapport aux Afro-Américains. Barre = 25 µm. (B) Les images histologiques prises pour chaque groupe ethnique ont été notées individuellement par un panel d'évaluateurs experts de manière aveugle et randomisée sur une échelle de 5 points (0 à 4), la valeur la plus élevée indiquant une plus grande expression de la tropoélastine. Un test t de Student a été utilisé pour comparer les groupes, et la valeur de $p \leq 0,05$ a été considérée comme significative

Cette distinction dermique serait liée au facteur TGF- β . Il est en effet responsable de la stimulation des fibroblastes et par conséquent l'activation de la synthèse de l'élastine. Les peaux africaines auraient des niveaux d'expression et un nombre de récepteurs plus élevé du facteur TGF- β 1. Ainsi, le gène ELN (prescripteur de la synthèse d'élastine) est plus fortement exprimé dans les peaux pigmentées. De plus, il est révélé que leur facteur TGF- β est moins sensible aux rayonnements UVA. C'est pourquoi, elles ont une plus grande densité de fibres d'élastines.

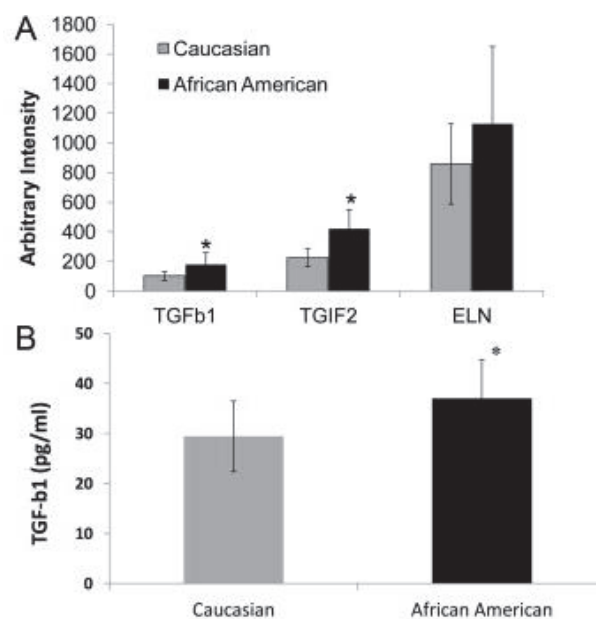


Fig 23 : La signalisation TGF- β est plus élevée dans la peau et les fibroblastes dermiques des Afro-Américains. (A) L'expression du gène TGF- β est plus élevée dans les peaux afro-américaines. Les analyses de matrices d'ADNc de peaux caucasiennes ($n = 9$, âge à $45,0 \pm 8,0$) et afro-américaines ($n = 7$, âge à $38,9 \pm 6,9$) à l'aide de la matrice d'expression du génome humain Affymetrix U133 Plus 2.0 ont révélé des TGF- β 1 et TGIF2 (Transforming Croissance β -Induced Factor 2) expressions ($p < 0,05$) par rapport aux peaux de Caucasiens (Fig. 2A), tandis que l'élastine (ELN) dans les peaux afro-américaines par rapport aux peaux caucasiennes. (B) Niveaux de protéine TGF- β 1 plus élevés dans les milieux de culture de fibroblastes dermiques dérivés d'Afro-Américains. Des milieux de culture cellulaire de fibroblastes dermiques dérivés de prépuces de six caucasiens et six afro-américains ont été analysés pour le TGF- β 1 par ELISA. Les moyennes de $n = 6$ pour chaque groupe sont présentées.

Pour finir, les peaux pigmentées possèdent également une plus forte concentration de protéines dermiques. Les fibroblastes papillaires africains produisent deux fois plus de MCP-1 que ceux issus d'une peau caucasienne. Cette même tendance est retrouvée sur l'expression de KGF, TIMP-1 et la fibuline-5. [33]

Ces études nous permettent de comprendre comment la peau pigmentée peut avoir une meilleure élasticité et fermeté cutanée sur le court et long terme.

B.2.3 Une séborrhée physiologique plus importante

La glande sébacée est reliée au follicule pileux. Sa fonction principale est la sécrétion de sébum. Cette substance est composée de divers lipides dont le squalène, le cholestérol, les esters de cholestérol, les esters de cire et les triglycérides qui transcendent le canal folliculaire jusqu'à la surface de la peau. Des différenciations ethniques liées aux glandes sébacées ont également été démontrées.

Une étude très ancienne réalisée par Kligman et Shelley en 1958 atteste à partir de biopsies cutanées, que les sujets noirs ont un niveau de sébum élevé à modéré. Cette distinction est affirmée par la découverte de glandes sébacées plus volumineuses et plus actives dans leur peau. Par conséquent, elle possède un taux plus élevé de sébum à la surface de leur peau (150–170 ug d'acides gras/Sebutape/30 min sur des peaux afro-américaines versus 90–100 ug d'acides gras/Sebutape/30 min sur des sujets américains caucasiens). De plus, elles ont un nombre de pores plus important sur leur peau. [36]

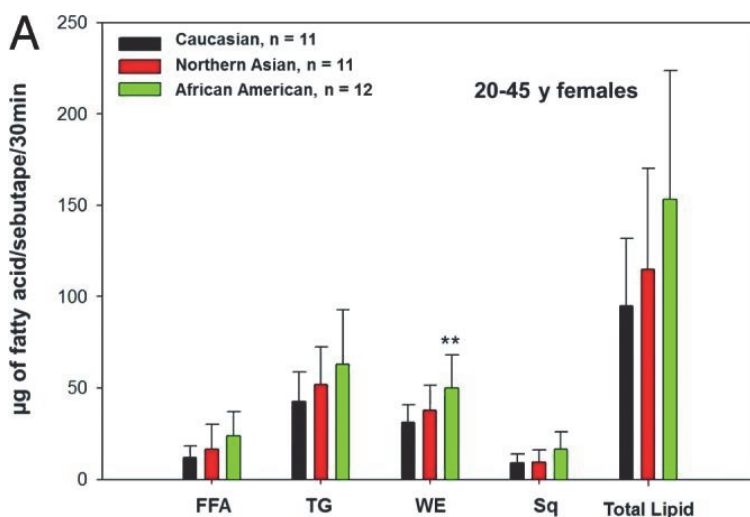


Figure 24 : Analyse quantitative des lipides des femmes segmentées par âge et groupe ethnique. Les résultats ont été exprimés en microgrammes d'acides gras et ont été regroupés par classe individuelle de lipides. FFA, TG, WE et squalane ont été représentés graphiquement ainsi que les lipides totaux, qui ont été exprimés comme la somme de toutes les classes susmentionnées (A) pour le groupe total testé.

Cette différenciation se qualifie également par la composition du sébum. Dans les peaux afro-américaines, le sébum contient une quantité plus importante d'ester de cire. Par leur nature non polaire et hautement hydrophobe, ils altèrent les propriétés rhéologiques du sébum. Cependant, leur présence en excès est le plus souvent associée à une déshydratation excessive. Ils pourraient ainsi s'avérer être un mécanisme compensatoire aux fortes pertes insensibles en eau des peaux pigmentées. Si cette hypothèse est validée, cette surproduction de sébum pourrait donc avoir un effet hydratant, revitalisant et protecteur. Il a, en effet, été démontré, après analyse conjointe de ces deux paramètres, que les sujets afro-américains avaient un taux d'hydratation plus élevé et un TEWL plus faible que les sujets caucasiens ou asiatiques.

Plus en détails, le sébum des sujets afro-américains possède plus d'acide sapiénique (16 :1, n10), d'acide oléique (18 :1, n9) et d'acide myristique (14 :0). L'acide sapiénique est l'acide gras le plus abondant dans le sébum, il est donc normal de le retrouver en plus grande quantité. Même conclusion pour l'acide oléique et myristique. Par ailleurs, une interrogation est menée sur certains acides gras présents en faible quantité. En effet, ils n'appartiennent pas aux mécanismes de métabolisation des acides gras des mammifères.

Par exemple, l'iso-18 :2 est d'origine alimentaire. Il témoigne d'habitudes alimentaires différentes entre les groupes ethniques. Les acides gras 15 :0 et 17 :1 sont des produits issus du métabolisme bactérien. Ils ont été retrouvés en plus grande quantité dans le sébum des sujets afro-américains. De plus, la densité globale de *Cutibacterium acnes* s'est avérée être aussi plus importante dans ce même groupe ethnique. Cela atteste qu'il existe une différenciation supplémentaire dans la composition bactérienne de la flore cutanée entre des individus d'origines différentes. [37]

Ces résultats physiologiques permettent de démontrer une réalité terrain bien présente. En effet, une grande partie des sujets de phototype 4 à 6 s'avère avoir une typologie de peau de type mixte à grasse. Cette hyperséborrhée quotidienne a un impact sur la qualité de vie des patients. C'est pourquoi dans leurs pratiques cosmétiques, la recherche de la matification du teint est une étape importante.

B.2.4 Une thermorégulation plus basse

Physiologiquement, le corps humain est conçu pour répondre à son environnement et ainsi s'adapter au climat dans lequel il vit. La transpiration est un moyen de réguler la température corporelle. Suivant cette hypothèse, les personnes de phototype foncé vivant en milieu tropical devraient avoir des caractéristiques spécifiques sur cette thématique.

Les premières études publiées, au cours du 20ème siècle, déterminent que les sujets africains noirs avaient une production de sueur eccrine inférieure aux sujets européens blanc ou Indiens d'Asie. Dans cette même période, plusieurs études attestent également que les sujets vivants en milieu tropical (Nigériens, Néo-Guinéens, Indiens) ont des taux de sudation maximaux inférieurs à ceux des Européens. [11]

Par ailleurs, une plus grande densité de glandes sudoripares est démontrée chez les individus de milieux tropicaux. Une hypothèse formulée en 1956 par Kuno [38] atteste qu'un environnement chaud pendant la petite enfance inciterait plus de glandes à devenir physiologiquement actives (capables de transpirer). Il propose ainsi une fenêtre de développement critique des glandes à la surface du corps jusqu'à environ 2,5 ans. Par la suite, celui-ci resterait inchangé.

En 1965, il valida cette hypothèse par la mise en évidence de glandes sudoripares plus actives chez les hommes nés et vivants au Niger contrairement à des Ghanéens résidents en Allemagne entre 1 et 5 ans jusqu'à l'âge adulte. Ces mêmes résultats sont démontrés sur une étude comparative entre des peuples indigènes des régions tropicales d'Asie face à ceux du Japon et de la Russie.

Par ailleurs, les peaux pigmentées ont une plus faible production de sueur malgré la quantité de glandes sudoripares plus importante. Selon Lee J. et Shin Y [39], les Africains auraient une plus faible marge d'augmentation thermique. Cela serait liée à :

- Une désensibilisation de l'acétylcholine
- Un flux sanguin plus lent
- Une diminution des peptides thermorégulateurs et notamment la prostaglandine (PGE₂), la cyclooxygénase-2 (COX-2), l'orexine
- Une température corporelle plus basse

- Un métabolisme basal plus bas

Par la suite, c'est en tenant compte en partie de cette étude, qu'un modèle informatique cutané a pu démontrer qu'en milieu tropical, la température corporelle était plus élevée. Par conséquent, le temps d'apparition de la transpiration est plus long et le taux de transpiration est inférieur par rapport à un individu vivant dans un climat tempéré. [40]

Enfin, la sueur des sujets négroïdes aurait une concentration en chlorure de sodium plus élevée [22]. Cependant, des études plus approfondies seraient nécessaires pour déterminer s'il existe une réelle différence dans la composition de la sueur entre les individus de différentes ethnies.

B.2.5 Un vieillissement cutané retardé

Connue sur les réseaux sociaux ou dans le jargon familial depuis plusieurs années, l'expression "Black Don't Crack" fait référence aux hommes et femmes d'origines africaines qui "ne vieillissent pas dans le temps" [41]. En effet, par leurs caractéristiques physiologiques démontrées précédemment, il est naturellement démontré que la peau pigmentée vieillit plus lentement qu'une peau caucasienne.

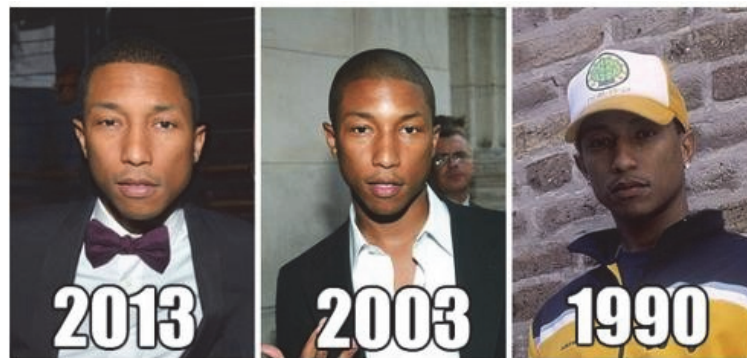


Fig 25 : Vieillesse cutanée de Pharrell Williams

Il est défini approximativement que les premiers signes de l'âge apparaîtraient sur une peau caucasienne aux alentours de la trentaine d'année. Or, sur une peau pigmentée, ils seraient perceptibles à partir de la fin quarantaine ou début cinquantaine d'années.

Pour mieux comprendre, le vieillissement cutané se caractérise selon deux processus : Le vieillissement intrinsèque ou chronologiquement défini et le vieillissement extrinsèque qui est une conséquence des différentes agressions extérieures.

B.2.5.1 Le vieillissement intrinsèque

Le vieillissement intrinsèque comprend trois métabolismes :

- La théorie du raccourcissement des télomères :

Situés à chaque extrémité des chromosomes, les télomères représentent des séquences d'ADN répétitives et non codantes de type TTAGGG. Elles assurent la stabilité et l'intégrité de l'information génétique en empêchant sa détérioration lors des différentes réplifications.

Physiologiquement, l'ADN polymérase (enzyme chargée de la réplication) est incapable de répliquer les télomères. Ce sont donc les enzymes télomérases qui en sont chargées. Elles permettent aux cellules de perdurer dans le temps tout en conservant leurs fonctionnalités. Cependant, il est constaté, qu'avec l'âge, l'expression des télomérases diminue. Par conséquent, les cellules entrent en sénescence.

- Le déséquilibre de la balance pro et antioxydante :

Au fil du temps, l'organisme n'arrive plus à éliminer les espèces réactives de l'oxygène (ROS). En excès dans la peau, ils entraînent l'activation des signaux associés à la sénescence : destruction des fibres de collagène et d'élastine, de l'acide hyaluronique et autres constituants cutanés.

- Chute hormonale principalement chez la femme :

Lors de la ménopause, les taux d'œstrogènes dans le sang diminuent fortement car les ovaires cessent d'en produire. Cela impacte fortement la physiologie cutanée. En effet, l'œstrogène a un rôle dans l'activité mitotique des kératinocytes, l'activation des fibroblastes et par

conséquent la synthèse du collagène, de l'élastine, de l'acide hyaluronique et le processus de cicatrisation.

Histologiquement, le vieillissement intrinsèque se caractérise sur :

- L'épiderme : ralentissement du renouvellement cellulaire et amincissement progressif de la peau, diminution des lipides, perte d'eau transépidermique augmentée, perte de communication entre l'épiderme et le derme, une vulnérabilité des barrières protectrices et une sensibilité cutanée plus importante.
- Le derme : diminution de la vascularisation, de la synthèse des fibroblastes et des glandes sudoripares.
- L'hypoderme : atrophie et une hypertrophie graisseuse selon les localisations dans le corps. Cela entraîne des modifications de la répartition des graisses sous-cutanées.

Par sa forte concentration en fibres dermiques, la peau noire possède une élasticité et une résistance cutanée plus importante sur la durée en comparaison à une peau caucasienne.

B.2.5.2 Le vieillissement extrinsèque :

Le vieillissement extrinsèque se qualifie par l'impact de l'environnement extérieur sur la peau. Il tient compte des rayonnements du soleil, de la consommation de tabac ou d'alcool mais aussi de la pollution. Elles sont sources de générations excessives d'espèces radicales.

De plus, les habitudes cosmétiques ont également un impact sur le vieillissement de la peau. La non-utilisation de protection solaire, l'utilisation de soins inadaptés aux caractéristiques de sa peau (type de peau, sensibilité etc) peuvent fragiliser ses barrières protectrices et ainsi la rendre plus sensible aux agressions extérieures.

Le vieillissement extrinsèque des peaux pigmentées est également ralenti grâce à sa forte concentration en eumélanine. Leur action photoprotectrice limite l'impact des photodommages du soleil sur la peau. Ainsi, les signes du photovieillissement sont par conséquent ralentis dans le temps.

Pour autant, cette distinction pourrait être davantage marquée si la prévention contre les effets néfastes du soleil était plus réalisée sur les populations à la peau pigmentée. En effet, elles sont

bercées par des mythes attestant que grâce à leur carnation, elles n'ont pas besoin de s'appliquer une protection solaire. La prise de conscience du photovieillissement et du risque de cancer cutané est donc très faible. Une étude afro-américaine a étudié le comportement de 151 personnes de phototype foncé. Moins de 20 % des répondants avaient discuté de la protection solaire avec leur médecin et moins de 5 % ont abordé les différentes options possibles pour prévenir et/ou traiter les signes du vieillissement cutané avec un médecin. [42]

Par ailleurs, il a été démontré que les femmes d'âge mature n'avaient pas les mêmes préoccupations esthétiques selon leurs origines. [43] Les caucasiennes seraient plus attentives à l'apparition et la profondeur de leurs rides mais aussi à la perte de l'ovale de leur visage. Les asiatiques et les africaines seraient plus soucieuses de l'homogénéité du teint. Celui-ci étant pour elles, le principal signe de beauté de la peau.

Partie 2 : Dermatoses physiologiques

Contrairement aux idées reçues, la sémiologie dermatologique appliquée sur la peau pigmentée n'est pas plus difficile que celle sur une peau caucasienne.

Cependant, par expérience, j'ai pu constater que le lieu d'étude (faculté et stages réalisés) et le choix de carrière (hôpital ou libéral, privé ou public et leur localisation) influencent les connaissances personnelles de chacun sur la dermatologie des peaux noires.

Il est vrai qu'auparavant, la littérature spécifique à celle-ci était restreinte mais à ce jour, elle suscite un intérêt majeur par la publication de nombreux articles scientifiques provenant du monde entier (Europe, Afrique et Etats-Unis). De plus, avec l'accroissement des phénomènes migratoires et du métissage dans le monde, il convient de devenir plus familier avec les caractéristiques et dermatoses des peaux pigmentées.

En effet, c'est l'habitude qui amène l'aisance du diagnostic. En tant que dermatologue et pharmacien, c'est à nous "d'ajuster notre œil" sur toutes les diverses formes cliniques des peaux pigmentées aussi bien sur des dermatoses spécifiques que communes à tous les phototypes.

Cette partie "dermatoses physiologiques" a pour objectif de présenter des aspects cliniques spécifiques aux peaux noires. De nature principalement génétiques, elles sont congénitales ou surviennent naturellement avec l'âge. De caractère bénin, il est important de les connaître afin d'éviter des explorations diagnostiques inutiles (biopsie etc) et/ou de les confondre avec un état pathologique.

Par ailleurs, ces dermatoses constituent une liste non exhaustive.

A. Physiologique de la pigmentation

A.1 Mélanonychies longitudinales ethniques [44] [45]

Les mélanonychies longitudinales se caractérisent par des lignes de pigmentation longitudinales de couleur grisâtre à brune/noire sur la matrice et toute la hauteur de l'ongle de l'ongle.



Fig 26 : Pigmentations unguéales physiologiques

Il est très courant d'en apercevoir sur des personnes de phototypes V à VI. Elles se nomment alors mélanonychies constitutionnelles ethniques et sa prévalence est estimée à 75% chez des afro-américains de plus de 22 ans et 96% au-delà de 50 ans. L'âge d'apparition est en effet variable, il est possible d'en diagnostiquer dès l'enfance mais elle apparaît majoritairement à la puberté avec elle. Par ailleurs, selon leurs étiologies, les ML induites peuvent pâlir voire disparaître en quelques mois ou années.

Les ML se localisent sur les ongles des mains et/ou des pieds avec une prédilection sur les doigts les plus utilisés (pouce, index et majeur) et sur les orteils qui subissent le plus de frottement (gros orteil et dernier orteil). Cependant, il est fréquent d'apercevoir des mélanonychies polydactyliques (qui touchent plusieurs ongles). Cela doit rassurer le praticien et rendre le diagnostic de mélanome unguéal moins probable.

A.1.1 Histopathologie

Une mélanonychie correspond à la présence de mélanine au sein de la tablette unguéale. Elle est sécrétée par les mélanocytes de la matrice unguéale distale. En effet, les mélanocytes du lit de l'ongle sont moins présents et moins actifs que ceux de la matrice ou encore d'autres localisations épidermiques.

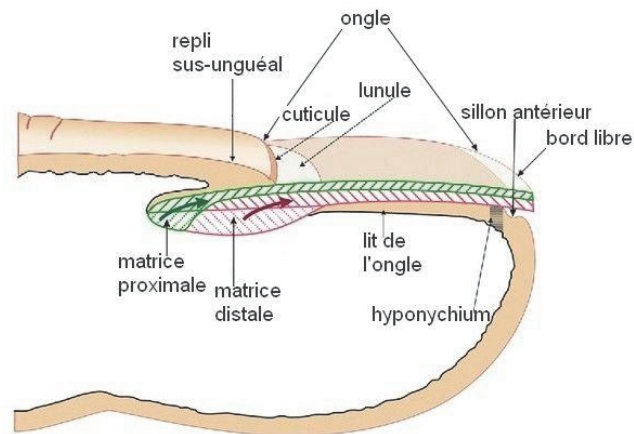


Fig 27 : Schéma anatomique de l'ongle, coupe transversale [46]

Par ailleurs, lorsqu'une biopsie matricielle est réalisée, on retrouve une hypermélaninose sans hyperplasie mélanocytaire.

Cliniquement, les stries longitudinales peuvent varier selon leur épaisseur et leur espacement au sein de la tablette unguéale. Sa pigmentation varie également. Elles peuvent être plus ou moins diffuses mais apparaissent toujours de couleur brun-grisâtre ou brun-noir aussi bien à l'œil nu qu'en dermatoscopie.

De plus, les ML s'accompagnent parfois d'une hyperpigmentation du repli sus-unguéal. Elles sont similaires à des hyperpigmentations post inflammatoires causées par une mélanonychie de friction par agacements ou mordillement de cette zone.

A.1.2 Etiologies

Les mélanonychies peuvent être :

- Fonctionnelles : Elles apparaissent naturellement, sans aucune cause déclenchante.
- Induites : Elles peuvent faire suite à des traitements médicamenteux (chimiothérapie, anti-rétroviraux, cyclines, bêtabloquant, amlodipine etc), à des changements hormonaux (grossesse, insuffisance surrénale), un déficit en vitamine B12, un traumatisme, des frictions, une mycose, une dermatose inflammatoire, la maladie de Bowen etc.

A.1.3 Diagnostics différentiels

Chez les sujets de phototypes foncés, 20% des mélanomes apparaissent sur l'appareil unguéal contrairement à 3% chez les sujets non pigmentés.

Étant un site de prédilection, il est important de pouvoir réaliser un suivi des mélanonychies afin de ne pas les confondre avec la survenue d'un mélanome. En effet, le naevus matriciel, sur une peau pigmentée, se caractérise lui aussi par un fond homogène gris avec des stries longitudinales plus ou moins diffuses et pigmentées. De plus, il est possible d'apercevoir en concomitance une mélanonychie et un mélanome ongulair. Dans ce cas, l'ongle tumoral présentera un signe de Hutchinson avec débord pigmentaire proximal ou distal cutané, une bande irrégulière et une évolution anormale. Cependant, 25% des mélanomes peuvent-être achromiants.

Par conséquent, il est important de rester vigilant face à une ML d'apparition tardive et/ou qui se modifie (élargissement, pigmentation plus forte...). Idéalement, un contrôle doit être effectué dans un délai de 3 à 6 mois.

Une analyse dermoscopique est alors conseillée afin de vérifier en cas de doute sur le diagnostic. Les points où il faut être attentif :

- Une pigmentation hétérochrome à bord flou
- Des renforcements pigmentaires de largeur variable
- Une perte de parallélisme des lignes

Par ailleurs, la prise en charge chirurgicale doit-être réalisée face à une lésion à caractère chronique, monodactylique, avec une présence histologique d'ulcération, d'un aspect de granulome pyogénique, d'une paronychie ou d'un suintement du lit par exemple.

A.2 Les lignes de démarcation [47]

Les lignes de démarcation cutanée (PDL - pigmentary demarcation line) ont été décrites pour la première fois par Mr Voigt au milieu des années 1800. Elles font référence à des lignes physiologiques, verticales, plus ou moins délimitées par une démarcation pigmentaire (zone hyperpigmentée et une autre plus claire) avec des localisations cutanées spécifiques sur le corps. Elles sont connues sous le nom de "ligne de Voigt et/ou de Futcher".

De caractère bénin, elles sont majoritairement visibles chez les sujets de phototype foncé car la différenciation pigmentaire est davantage prononcée. Une prévalence de 17% sur les lignes pigmentaires de type A dans une population d'origine africaine avait été estimée par Futcher en 1938. Il serait intéressant de réaliser sur ce même type de population, une nouvelle étude incluant tous les différents types de lignes de Voigt pour avoir une prévalence plus actuelle. En effet, par inquiétude des patients, elles font parfois suite à des sujets de motifs de consultation dermatologique.



Les lignes de démarcation apparaissent majoritairement dès la naissance et tendent soit disparaître avec l'âge soit, à être davantage marquées. Pour autant, certaines lignes se distinguent davantage ou se révèlent lors de la grossesse. C'est notamment le cas par exemple de la linea nigra ou ligne brune de grossesse qui peut être apparentée à une ligne de Voigt acquise.

Fig 28 : Ligne de démarcation pigmentaire physiologique sur la face externe du bras droit d'un bébé

Bien souvent, ces lignes sont révélées par une exposition solaire avec bronzage, ou au contraire après débronzage (exemple d'un patient antillais parti vivre en métropole, qui va débronzer lors de l'hiver, et noter cette démarcation d'autant plus).

A.2.1 Histopathologie

Il est défini 6 lignes de Voigt-Futcher selon leur localisation :

- A : le long du membre supérieur avec une extension trans-pectorale variable
- B : le long du membre inférieur
- C : en parcours médian ou paramédian sur la poitrine avec une extension abdominale médiane
- D : sur le dos en position postéromédiane
- E : macules hypopigmentées bilatéralement symétriques, orientées obliquement sur la poitrine
- F : en forme de cône inversé s'étendant du bord orbital latéral vers le bas ou l'arrière du visage
- G : forme deux cônes inversés "W", elle se localise aussi sur la zone du contour des yeux
- H : au niveau des commissures latérales de la bouche jusqu'au menton

ANNEXE 4 : *Illustration des lignes de Voigts*

Les lignes A et B sont souvent bilatérales et symétriques mais il est possible qu'une soit plus visible que l'autre.



Fig 29 : Lignes de démarcations de type B. Elles sont localisées le long de l'arrière des cuisses des jambes d'une femme

A.2.2 Etiologies

La pathogenèse des PDL est encore méconnue mais plusieurs pistes d'études ont été établies. Elles sembleraient correspondre à des zones d'innervations cutanées périphériques, de mosaïcisme pigmentaire ou de distribution nerveuse cutanée.

Plusieurs hypothèses énoncent la cause des PDL durant la dernière période de la grossesse de la mère. Elles seraient engendrées :

- Par l'inflammation des nerfs cutanés. En effet, la compression de l'utérus sur les nerfs périphériques provenant des niveaux S1 et S2 de la colonne vertébrale du fœtus provoquerait une pigmentation excessive.
- Par la stimulation des mélanocytes sur les zones nerveuses périphériques

A.3 Taches mongoliques [48] [49]

Les taches mongoliques (MS) ou la mélanocytose cutanée congénitale (CDM) sont les taches de naissances les plus courantes chez les nouveau-nés.

De couleur bleu verdâtre à grise ou brune/noire selon le phototype de l'enfant, elles apparaissent préférentiellement dans la région sacro-coccygienne et lombo-sacrée. Il est aussi possible d'en apercevoir sur le dos et jusqu'aux épaules mais aussi sur les cuisses ou les chevilles par exemple.

Elles sont majoritairement présentes dans les populations d'ascendance africaine avec une prévalence de 90% contre moins de 10% chez les caucasiens. Par ailleurs, elle est aussi fréquemment observée dans la population asiatique avec une prévalence de 80%.



Fig 30 : Taches mongoliques, sur un enfant de phototype VI

A.3.1 Histopathologie

Les taches mongoliques sont causées par une concentration excessive de mélanine dermique. L'intensité de la couleur et sa durée dépendent ainsi du nombre de mélanocytes dermiques et de leur profondeur dans le derme. La CDM apparaît dès la naissance ou lors des premières semaines du nouveau-né. Elle s'estompe par la suite naturellement au cours de l'enfance à mesure que les mélanocytes dermiques involuent pour faire place aux mélanocytes épidermiques. Cela entraîne une décoloration de la tâche. La peau retrouve alors un teint de carnation naturelle et homogène. Cependant, il est possible de percevoir chez certains patients adolescents ou adultes des taches mongoliques persistantes.

A.3.2 Croyances associées

La première description des taches mongoliques a été publiée dans la littérature occidentale par Mr Gumilla en 1734. Ce missionnaire espagnol décrit lors de son voyage dans le nouveau monde la présence sur des Amérindiens : “d'une tache sur la partie postérieure de leur taille, de couleur sombre, avec des nuances entre le bleu et brun, qui s'estompe progressivement en même temps que le bébé perd sa couleur blanche et acquiert sa propre couleur naturelle.”

C'est en 1885 que le médecin Dr Baelz énonce pour la première fois, le terme « Mongolen Fleck » (« tache mongole ») dans la littérature scientifique. Ce nom fait alors référence à la terminologie raciale de Blumenbach.

Avant cela, les taches mongoliques avaient leurs propres explications ou légendes historiques selon les populations dans lesquelles elles sont présentes. Par exemple, au Japon, les MP pouvaient représenter les lieux de contact entre le corps fœtal et le placenta. En Argentine, elles attestaient la présence de sang africain dans le corps du nouveau-né. Chez les Hawaïens indigène, les MP signifiaient que la mère avait mangé la plante popolo (fruit indigène) durant sa grossesse. De couleur bleu-gris, il entraînerait la pigmentation de la peau du fœtus.

A.3.3 Diagnostic différentiel [50]

Par manque de connaissance ou par leur morphologie clinique, les taches mongoliques peuvent être diagnostiquées comme des hématomes suite à une maltraitance infantile.

Dans le cas présumé de maltraitance d'enfants, l'implication de l'avis de l'expert médical a un impact significatif sur les poursuites car il peut conduire à des condamnations pénales et au retrait de l'enfant. C'est pourquoi, il est important que l'ensemble des personnes entourant l'enfant soit averti par la présence de ses taches afin de ne pas être surpris par celle-ci au premier abord.

Une étude décrit notamment les différentes plaintes reçues suite à l'observation des taches de sa fille et l'impact au quotidien que cela peut avoir dans l'environnement familial.



A



B

Fig 31 : Taches mongoliques sur la même petite fille de phototype III. A : nourrisson de 2 mois et B : âgée de 15 mois.

A.4 Pigmentation maculeuse plantaire [51]

Il existe peu d'études présentant la pigmentation maculeuse plantaire. Il s'agit de macules (taches) d'hyperpigmentation plus ou moins diffuses et homogènes sous la plante des pieds.

Cette variation de la pigmentation est bénigne, physiologique et très fréquente chez les sujets de phototypes V-VI. Elle correspond à une hypermélaninose sans hyperplasie mélanocytaire. Plus rare, elle peut aussi être observée sur la paume des mains.



Fig 32 : Pigmentations maculaires plantaires (à ce niveau, cet aspect n'est pas exceptionnel)

A.4.1 Diagnostic différentiel

La région acrale est une zone de prédilection de cancer cutané dans les peaux de phototype foncé. En effet, il est très fréquent d'observer dans les populations d'ascendance africaine des mélanomes acrolentigineux et des naevus acraux. Par manque d'expérience, il peut donc être possible de confondre à l'œil nu un des cancers cutanés précédemment cités avec la présence des macules pigmentaires plantaires.

Cependant, chaque entité possède majoritairement une dermoscopie spécifique. Par exemple, les naevus acraux se caractérisent particulièrement par un patron quadrillé "en latice" avec une pigmentation linéaire et parallèle le long des sillons. Le patron des macules pigmentaires est quant à lui défini par son caractère monochrome. Et là encore, l'évolution d'une lésion sur quelques mois, en termes de pigmentation, taille, bords et couleurs, doit pouvoir orienter vers une tumeur maligne ou non.

Enfin, il ne faut pas méconnaître certains cas de syphilides (syphilis secondaire) pouvant se présenter sous forme de taches volontiers pigmentées plutôt que cuivrées sur peaux foncées, et notamment palmo-plantaires, avec toutefois une fine desquamation souvent associée.

A.5 Dyschromie créole [52]

La dyschromie se nomme également l'hypomélanose maculaire progressive (PHM). Sa prévalence n'est pas définie mais elle est présente dans le monde entier. C'est une dermatose courante chez les sujets métissés de phototype IV à V. Contrairement aux sujets caucasiens, la dyschromie est plus distinctive par la différenciation de carnation créée chez les sujets à la peau pigmentée.

En effet, la PHM se caractérise par des macules hypopigmentées nummulaires et non squameuses. Elle se localise principalement de façon symétrique sur la partie inférieure du tronc (lombes, flanc et abdomen). La PHM apparaît le plus souvent à la puberté et disparaîtrait naturellement avec l'âge. Cependant, il est possible qu'elle persiste jusqu'à l'âge adulte et qu'elle soit un sujet de consultation dermatologique.



Fig 33 : Dyschromie créole dans le dos d'une femme adulte

A.5.1 Histopathologie

Le diagnostic des macules hypopigmentées est caractérisé par un examen à la lumière de wood et la mise en évidence de fluorescence rouge-orange périfolliculaire significative.

La pigmentation résulte d'une mélanogenèse altérée. Elle serait liée à des modifications de la taille, de l'agrégation, de la maturation et de la distribution des mélanosomes. Par ailleurs, aucune preuve atteste qu'il y aurait un défaut dans la dégradation des mélanosomes.

A.5.2 Etiologies

L'étiologie exacte de la dyschromie créole est encore méconnue. De nouvelles études mettent en évidence la présence de *Cutibacterium* (anciennement *Propionibacterium acnes*) sur les macules hypopigmentées. Il s'agirait essentiellement de la souche III ce qui expliquerait l'absence d'acné et la présence de PHM sur le visage. Elle serait responsable d'un agent pathogène interférant avec la mélanogenèse.

A.5.3 Diagnostic différentiel

La dyschromie créole est souvent confondue avec un pityriasis versicolor du fait de leurs lésions hypopigmentaires diffuses communes. Pour autant, le pityriasis versicolor est une mycose engendrée par la levure *Malassezia*. C'est une infection opportuniste contagieuse. Son étiologie est par conséquent totalement distincte. Sa survenue est majoritairement aiguë et présente une desquamation pityriasiforme caractéristique.

B. Kératodermie acrale “africaine” [53]

Les kératodermies palmoplantaires (KPP) sont un ensemble de dermatoses définies par une hyperkératose (épaississement de la couche cornée) excessive des paumes des mains et des plantes pieds.

Elle se catégorise en deux types selon leur étiologie :

- Les KPP primitives : Elles apparaissent naturellement et témoignent d'une prédisposition héréditaire.
- Les KPP secondaires : Elles font suite à une inflammation ou à traumatisme (frottements répétés, brûlure, eczéma, psoriasis...)

Dans le cadre de cette thèse, nous nous intéresserons uniquement aux KPP non inflammatoires autrement nommés “kératodermie acrale africaine”. Elles regroupent les sous-entités cliniques suivantes : la kératodermie ponctuée des plis palmaires (KPPP), la kératodermie marginale (KM), la kératodermie inversé (KI), la kératodermie diffuse (KD) et l'aïnhum. Ces deux dernières sont à considérer de façon isolée.

Concernant la KPP, KM et KI, elles sont bénignes et souvent jugées comme asymptomatiques. Pour autant, certains patients se plaignent de douleurs, de prurit et de sensibilité dans le cas de la KPPP ou de perte de souplesse pour le KD. Elles sont parfois définies comme inesthétiques selon leurs stades et leur localisation visible aux yeux des autres.

L'aïnhum est associée à des douleurs plus ou moins fortes selon son évolution qui peut atteindre l'amputation de l'orteil.

B.1 Epidémiologie

Les kératodermies palmoplantaires sont principalement présentes dans les populations africaines et caribéennes même si certains cas ont été révélés sur des peaux caucasiennes ou asiatiques.

Selon une étude effectuée sur plus de 9000 patients présents dans 12 services dermatologiques parisiens, la prévalence des KPP est estimée à 3,72% sur des sujets de phototype V à IV contre 0,04 sur des phototypes I à IV. Par ailleurs, plus de 35% des patients présentaient simultanément deux ou trois types de PPK. En effet, il est courant d'observer sur un même patient avec par exemple une kératodermie marginale et une kératodermie inversée ou encore une kératodermie diffuse avec une kératodermie ponctuée des plis palmaires.

Les kératodermies palmoplantaires apparaissent le plus souvent à l'adolescence mais elles peuvent aussi être observées plus précocement à la fin de l'enfance, ou tardivement, à l'âge adulte. Les deux sexes sont concernés.

B.2 Etiologies

La kératodermie acrale "africaine" possède une étiologie génétique même si celle-ci reste encore à démontrer explicitement. L'aspect héréditaire ne peut pas être ignoré face aux nombreux cas familiaux répertoriés dans diverses études (40%). Une transmission autosomique dominante est suggérée.

Pour autant l'influence de l'environnement extérieur n'est pas à exclure. En effet, certains facteurs tels que des frottements, des occupations manuelles ou le climat froid par exemple peuvent être la source d'apparition et d'accentuation des lésions kérato-dermiques.

B.3 La kératodermie ponctuée des plis palmaires (KPPP)

La kératodermie ponctuée des plis palmaires est considérée aux Etats-Unis comme la KAA la plus courante chez les sujets afro-américains.

Elle se caractérise par la présence de petites indurations cornées dans les plis des paumes ou des faces palmaires des doigts. Elle forme comme des petites callosités plus ou moins profondes, de quelques millimètres à centimètre, pouvant aller jusqu'à la formation de "clous" ou "puits" creusés.



Fig 34 : Kératodermie des plis palmaires

B.4 La kératodermie marginale (KM)

La kératodermie marginale est l'appellation commune de ses variantes : l'acrokératoélastoïdose et l'hyperkératose focale acrale.

Elle se définit par la présence de papules monomorphes de quelques millimètres sur le bord des mains et/ou des pieds (préférentiellement sur les éminences thénar et hypothénar et les bords internes et externes des pieds). Les papules sont hyperpigmentées et très souvent ombiliquées ou forment de petites dépressions.



Fig 35 : La kératodermie marginale

B.5 Les kératodermies inversées (KI)

Les kératodermies inversées sont majoritairement représentées par les coussinets des phalanges (CP). Une variété plus exceptionnelle est la kératose acrale en mosaïque.

Les coussinets des phalanges se caractérisent par un épaissement délimité du dos des articulations principalement des doigts de la main.



*Fig 36 : Les kératodermies inversées
ou coussinets des phalanges*

Ils sont situés préférentiellement en regard des interphalangiennes plutôt des métacarpo-phalangiennes. Ils apparaissent également sur les articulations des orteils. De couleur brun-grisâtre, ils peuvent atteindre plusieurs centimètres et effacer le relief naturel des plis cutanés.

B.6 Aïnhum [53] [54]

L'Aïhum ou dactylolyse spontanée est décrite pour la première fois en 1867 par le Dr Lima, un médecin brésilien. Il se dissocie des kératodermies précédemment présentées par ses caractéristiques cliniques et son évolution. Elle doit donc être considérée comme une propre entité isolée.

En effet, l'aïhum est une dermatose chronique idiopathique. Son étiologie est encore inconnue. Certains auteurs énoncent l'hypothèse qu'elle ferait suite à une infection, un traumatisme, une diminution de l'apport vasculaire ou une pathologie génétique.

Sa prévalence n'est pas à ce jour démontrée mais elle est définie comme uniquement présente dans les populations d'origine africaine. Son apparition serait plus fréquente chez les hommes.

B.6.1 Histologie

L'aïhum se définit par un sillon hyperkératosique prolongeant le pli de flexion plantaire de l'articulation métatarsophalangienne dans 75% des cas.

Histologiquement, il est possible d'apercevoir un épaissement de la couche cornée près de la bande fibreuse, la présence de lymphocytes et de fibroblastes dans le derme. De plus, il est

constaté une constriction des tissus mous avec un élargissement bulbeux des orteils. Mais aussi, un amincissement de l'os phalangien pouvant aller jusqu'à sa lyse selon le stade de l'aïhum.

B.6.2 Evolution

L'évolution de l'aïhum se caractérise en 4 stades :

- 1) Un clavus se développe et évolue vers un anneau kératodermique entourant l'orteil
- 2) L'orteil devient globuleux en aval de l'anneau. Cela témoigne d'une résorption osseuse et un rétrécissement artériel
- 3) A ce stade la douleur devient très intense, l'os se décolle de l'articulation et des troubles veino lymphatiques et neurologiques surviennent.
- 4) Une auto-amputation décrite sans hémorragie



Fig 37 : Vue latérale du 5ème orteil gauche avant et après amputation

C. Dermatosis Papulosa Nigra

La dermatosis papulosa nigra (DPN) est décrite comme une variante de la kératose séborrhéique (KS). Elle possède cependant des distinctions dans leurs prévalences, la clinique et la physiopathologie.



Fig 38 : Dermatitis Papulosa Nigra



Fig 39 : Kératoses séborrhéiques

C.1 Epidémiologie

Castellani fût le premier à décrire la Dermatitis Papulosa Nigra chez les Jamaïcains originaires d’Afrique de l’Ouest [55]. Suite aux futures études publiées, il est défini que la DPN est une dermatose touchant principalement les personnes de phototype IV à V avec une prévalence allant de 10 à 70% selon la population d’origine africaine, vietnamienne, mexicaine etc. Elle survient avec une forte prédisposition familiale. [56] De plus, la DPN toucherait deux fois plus les femmes que les hommes. Rare à l’enfance, elle se développe à la puberté et devient plus prononcée à la sixième décennie.

A contrario, la kératose séborrhéique est une dermatose affectant majoritairement les sujets de phototype I à III.

C.2 Histopathologie

La Dermatitis Papulosa Nigra est décrite comme de multiples papules filiformes hyperpigmentées et asymptomatiques de 1 à 5 mm de diamètre et 1 à 3mm d’élévation. Elles se localisent principalement sur les zones photoexposées telles que le visage (zone latérale des yeux +), le cou et le tronc.

La kératose séborrhéique est cliniquement différente. Les lésions ont une taille et une forme pouvant atteindre plusieurs centimètres de diamètre. Leurs distributions sont plus étendues et aléatoires sur la peau.

Pour autant, il existe de nombreuses variantes de la KS mais c'est la forme acanthotique qui est la plus similaire histologiquement avec une DPN. En effet, la DPN est caractérisée par une acanthose, une papillomatose et une hyperkératose de l'épiderme. On y observe également un stroma fibreux bien développé, de nombreuses invaginations remplies de kératine et une hyperpigmentation marquée dans la couche basale.

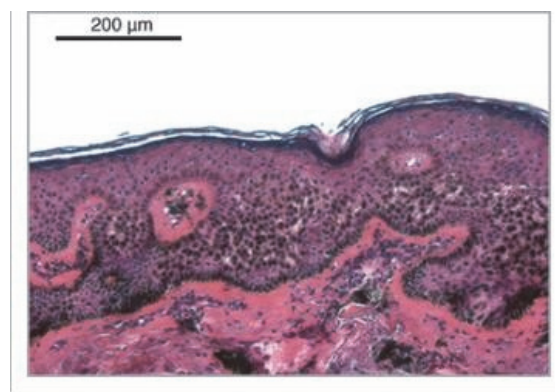


Fig 40 : Histopathologie d'une dermatosis papulosa nigra [57]

C.3 Diagnostic différentiel

La DPN peut parfois être définie comme un naevus mélanocytaire atypique ou un mélanome. C'est pourquoi, il est important de bien la diagnostiquer afin de rappeler au patient son caractère bénin.

De plus, elle est souvent assimilée à des acrochordons, des verrues ou des angiofibromes.

C.4 Physiopathologie

Génétiquement, la DPN et la SK partagent une mutation ponctuelle activatrice commune dans le gène du facteur de croissance FGFR3 (fibroblast growth factor receptor 3). Il appartient à une famille de récepteurs à activité tyrosine kinase codés par 4 gènes allant de FGFR1 à 4. Cette suractivation entraîne une réaction en cascade (avec l'intervention de la protéine kinase B Akt et de la p53) aboutissant à une accumulation de kératinocytes dans les lésions en croissance (excroissances cutanées). De nouvelles études doivent être établies afin de pouvoir déterminer la cause exacte de l'apparition des DPN afin de pouvoir la dissocier explicitement des SK. Une piste de recherche à approfondir serait la présence de la mutation de la sous-unité catalytique alpha de la PIK3CA (phosphatidylinositol-4,5-bisphosphate 3-kinase). En effet, celle-ci serait présente uniquement dans la SK et non dans la DPN.

C.5 Facteurs déclenchants [58]

C.5.1 Le sexe

Il est démontré que les femmes seraient deux fois plus sujettes à l'apparition de DPN. Cette préférence ne serait pas liée à une mutation génétique ni à une étiologie auto-immune mais à une implication hormonale distinctive.

Les œstrogènes sont en effet connus pour avoir un rôle clé dans la physiologie de la peau. Leur rôle dans la survenue de PDN est encore à établir explicitement cependant il est démontré que l'augmentation de l'expression du récepteur EGFR dans les lésions des SK augmenterait chez les femmes enceintes ou suivant une thérapie à base d'œstrogène. De plus, le β -estradiol augmenterait l'expression et la signalisation du FGFR3.

Ces deux pistes permettent d'établir une hypothèse permettant d'expliquer pourquoi la DPN serait plus présente chez la femme.

C.5.2 L'exposition au soleil

Les lésions de DPN et des SK sont majoritairement présentes sur les zones photoexposées et augmentent avec l'âge.

Pour autant, la présence de SK est affirmée entre 80 % et 100 % chez les personnes âgées de phototype clair et de plus de 50 ans. La DPN serait quant à elle entre 10 % à 70 %. Présente sur adultes noirs.

Une relation de cause à effet peut être établie en affirmant que l'exposition aux UV entraînerait des mutations oncogènes de FGFR3. C'est pourquoi, par leur photoprotection naturelle, les peaux pigmentées développeraient moins de SK vis à vis d'une peau caucasienne.

Cependant, les lésions de DPN apparaissant également sur des zones photoprotégées comme le tronc par exemple. Ainsi, les rayonnements UV ne peuvent pas être considérés comme l'unique facteur déclencheur ou la cause physiopathologique des DPN.

C.5.3 La qualité de vie

La dermatosis papulosa nigra peut provoquer chez certaines personnes une préoccupation ou une détresse psychosociale en fonction de la taille des lésions et leurs localisations.

Une étude sur la qualité de vie des patients atteints de DPN atteste d'un score FNEB faible. Pourtant, sur 50 afro-américains interrogés, 36 % des sujets ont déjà cherché à retirer leurs lésions, malgré le fait que 67 % des sujets traités ont déclaré ne ressentir que peu ou pas de symptômes des lésions. [59]

Au-delà de l'aspect inesthétique qu'elle peut procurer, certains patients pourraient avoir des inquiétudes sur les effets indésirables possibles des DPN mais également sur leur retrait (méthodes utilisées, douleurs post chirurgie etc).

Il est alors important que le dermatologue rappelle le caractère bénin de la DPM mais aussi l'aspect indolore des techniques esthétiques pour les retirer. Il est possible qu'ils puissent

ressentir un gêne ou une sensation d'inconfort lors de l'intervention par cryothérapie ou électrocoagulation par exemple mais cela ne doit pas perdurer une fois celle-ci finalisée.

Par ailleurs, les peaux pigmentées étant sujettes à l'hyperpigmentation post-inflammatoire, c'est au dermatologue d'effectuer correctement son acte esthétique afin d'éviter qu'elle puisse apparaître lors de la cicatrisation des DPN.

Partie 3 : Dermatoses pathologiques

Cette partie présente un ensemble de problématiques cutanées touchant spécifiquement ou non les peaux pigmentées. La dermatologie étant une science indéfinie, ces présentations de dermatoses sont non exhaustives. Elles représentent les plus courantes à l'échelle pharmaceutique.

A. Relativement spécifiques aux peaux pigmentées

A.1 L'hyperpigmentation

L'hyperpigmentation est le motif de consultation dermatologique le plus important chez les sujets à la peau pigmentée. Des études suggèrent que plus de 65% des patients noirs ou afro-américains ont connu au moins un épisode d'hyperpigmentation dû à des lésions cutanées ou à une irritation dans leur vie.

Cliniquement, elle se caractérise par l'apparition de macules de pigmentation plus foncées que celle de la carnation naturelle du patient. Elle induit des contrastes de teintes qui sont davantage marqués sur les peaux foncées, sachant que l'un des principaux critères de beauté pour les populations d'ascendance africaine est l'unification/ l'éclat du teint. Ainsi, fortement jugée comme inesthétique, l'hyperpigmentation cutanée génère souvent une détresse psycho-sociale et une diminution de la qualité de vie chez ces patients.

Par ailleurs, plusieurs facteurs peuvent engendrer une hyperpigmentation cutanée et c'est dans ce sens que sera définie l'hyperpigmentation photoinduite, post-inflammatoire, péri orbitaire et le mélasma. Ces dermatoses hyperpigmentées sont présentes chez tous les phototypes cependant les prévalences sont plus importantes sur les phototypes V à VI.

A.1.1 L'hyperpigmentation photoinduite [4]

A.1.1.1 Photoprotection naturelle

Le soleil émet trois principaux types de rayonnements électromagnétiques : le rayonnement UV (290-400 nm), la lumière visible (LV) (400-700 nm) et le rayonnement infrarouge. Pendant des années, il était défini que le spectre de lumière pouvant endommager la peau était celui des rayonnements UVB et UVA. Aujourd'hui, de nouvelles études démontrent l'impact sur le long terme des dommages photoinduits par la lumière visible dont la lumière bleue. Chaque type de rayonnement pénètre différemment la peau et génère ainsi des photo-dommages distinctifs ou complémentaires.

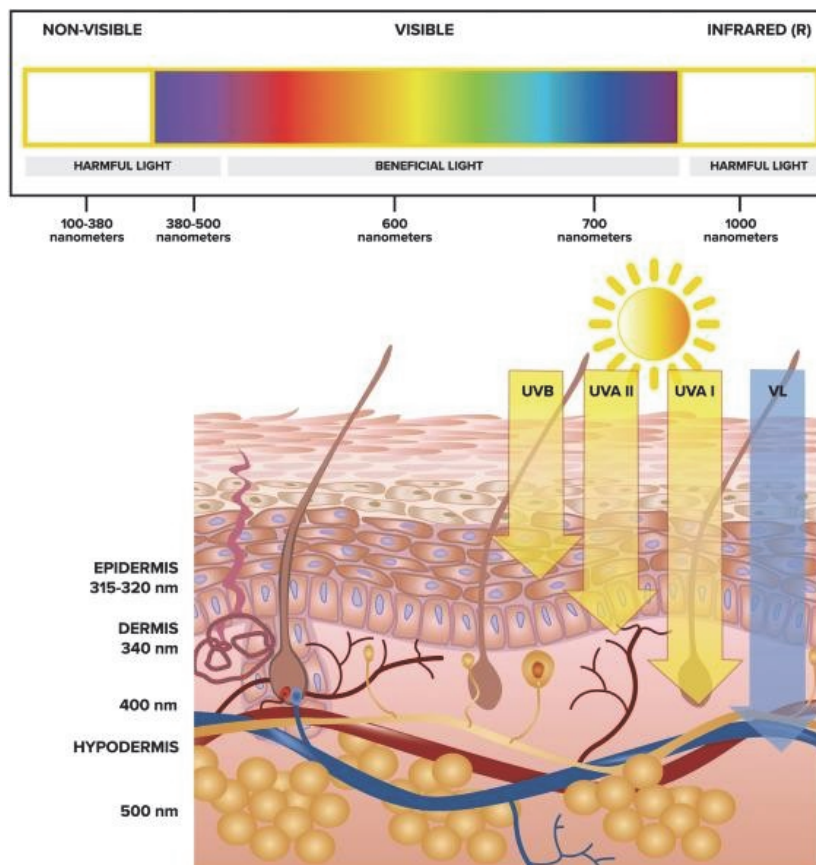


Fig 41 : Spectre de lumière et impact sur la peau. R , rayonnement ; VL , lumière visible.

Par ailleurs, comme il l'a été décrit dans la partie spécificités cutanées, les peaux noires possèdent un taux important d'eumélanines qui leur confèrent une capacité d'absorption des rayonnements UV 2 à 5 fois plus importante que les peaux caucasiennes. Il est alors démontré

que les phototypes V à VI auraient en moyenne une photoprotection intrinsèque (SPF) de 13,4 contre 3,3 pour les phototypes I à IV.

Malencontreusement, cette photoprotection naturelle est jugée par le grand public à la peau pigmentée comme suffisante, c'est pourquoi la majorité d'entre eux n'applique pas d'écran solaire au quotidien (période estivale comprise). Pour autant, toutes les études scientifiques démontrent qu'elles sont, elles aussi, sensibles aux effets néfastes du soleil : déshydratation cutanée, accélération du vieillissement cutané, hyperpigmentation, cancers cutanés etc.

En effet, les eumélanines absorbent principalement les rayonnements UVB. Bien que minoritaires, les rayonnements UVA pénètrent la peau et induisent un stress oxydatif plus en profondeur (derme). De plus, au cours des dernières décennies, il est démontré que la lumière visible serait aussi responsable de la stimulation de l'érythème, des mélanines, des dommages thermiques et enfin de la production d'espèces réactive de l'oxygène (ROS). Indépendamment aux effets des UVA et UVB, l'exposition à la VL induit une pigmentation cutanée transitoire et à long terme de manière dose-dépendante. Elle sera alors plus intense et plus persistante chez les phototypes V à VI.

A.1.1.2 Physiopathologie

Les rayonnements solaires stimulent les kératinocytes ce qui active les récepteurs stimulant la mélanine tels que les récepteurs de la mélanocortine-1 (MC1R), l'hormone alpha-mélanocyte-stimulante (α -MSH), l'hormone adrénocorticotrope (ACTH) mais aussi des cytokines (interleukine-1 et endothéline-1) etc. Un ensemble de réactions en chaînes sont alors activées dans le but de générer la prolifération des mélanocytes et la synthèse de mélanine via la tyrosinase et ses protéines apparentées (voir Fig X : schéma de la mélanogenèse).

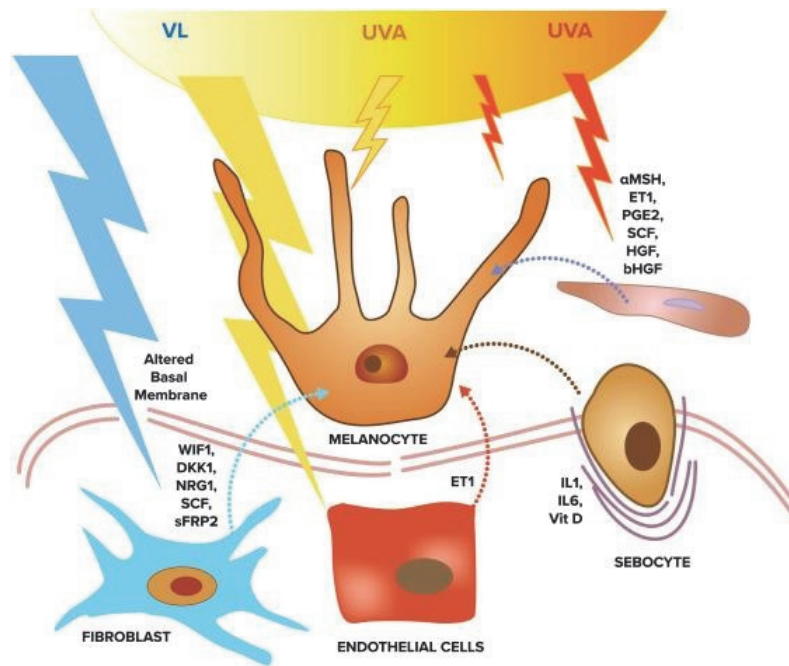


Fig 42 : Schéma de la stimulation des mélanocytes par les rayonnements solaires.
αMSH , hormone stimulant les alpha-mélanocytes ; *βHGF* , facteur de croissance des hépatocytes à chaîne bêta ; *DKK* , dickkop ; *ET* , endothéline ; *HGF* , facteur de croissance des hépatocytes ; *IL* , interleukine ; *NRG* , neuréguline ; *PGE* , prostaglandine ; *SCF* , facteurs de cellules souches ; *sFRP* , protéine sécrétée liée au frizzled ; *LV* , lumière visible ; *WIF* , facteur inhibiteur *Wnt*.
 Réimprimé de Passeron et al 29 avec la permission de John Wiley & Sons, Inc.

La photostimulation des mélanocytes induit idéalement des eumélanines dans le but de protéger la peau des effets néfastes du soleil. Par conséquent, le bronzage qui se caractérise cliniquement par l'apparition d'un teint plus foncé en réaction à une exposition solaire est en réalité un mécanisme de défense de la peau. Cependant, selon l'intensité des rayonnements et la durée d'exposition, la mélanogenèse peut être stimulée anarchiquement et ainsi induire une hyperpigmentation cutanée. Ce phénomène est très courant chez les peaux noires. Cette hyperpigmentation se définit par :

- L'assombrissement des taches pigmentaires déjà visibles à l'œil nu
- La création de nouvelles taches (lentigo)
- La stimulation des processus secondaires engendrant un mélasma ou une hyperpigmentation post-inflammatoire par exemple

A.1.2 L'hyperpigmentation post-inflammatoire [60]

D'un point de vue clinique, l'hyperpigmentation post-inflammatoire se caractérise par l'apparition de macules ou plaques hyperpigmentées sur les zones où était présente la composante inflammatoire. Elle peut donc se présenter sur l'ensemble du corps.

A.1.2.1 Etiologies

L'hyperpigmentation post-inflammatoire est induite lors d'une réaction inflammatoire cutanée. Selon l'étiologie et l'intensité de celle-ci, la macule hyperpigmentée peut apparaître en parallèle à l'inflammation ou lorsque celle-ci est finalisée.

Voici une liste non exhaustive des facteurs pouvant entraîner une HPI :

- Une blessure : une plaie, une piqûre, une brûlure
- Des frottements mécaniques répétés : port des lunettes, entre-jambes, les coudes etc
- Une dermatose inflammatoire : l'acné, l'eczéma, le psoriasis
- Iatrogène, liée à la prise d'un médicament : les antibiotiques (sulfamides, tétracyclines, triméthoprim et fluoroquinolones), les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les barbituriques
- Le stress

Les patients aux carnations foncées consultent généralement plus pour traiter les macules hyperpigmentées que l'inflammation cutanée en elle-même. Il est alors important de leur expliquer la pathogenèse de celle-ci pour qu'ils réalisent qu'il faut d'abord calmer et traiter la composante inflammatoire. Puis, dans un second temps, avec un traitement adapté, traiter l'hyperpigmentation. Dans le cas contraire, cela sera une boucle sans fin.



Fig 43 : HPI lié à des piqûres de moustiques



Fig 44 : HPI lié aux frottements entre les cuisses

A.1.2.2 Physiopathologie

Comme décrit précédemment, le soleil a un rôle important dans la stimulation de la mélanogénèse et par conséquent dans l'induction ou l'assombrissement des taches d'hyperpigmentation post-inflammatoire.

Pour autant, l'HPO possède sa propre physiopathologie qui peut se définir en trois composantes :

1. Médiateurs inflammatoires :

Les premières recherches ont démontré que la surproduction des métabolites issus, en partie, de l'acide arachidonique, des leucotriènes (LTC₄ et LTD₄), des prostaglandines (PG) ou encore du thromboxane (TX) favorise la mélanogénèse. Ils activent l'enzyme tyrosinase et augmentent la dendricité des mélanocytes pour faciliter le transfert des mélanosomes vers les kératinocytes.

De plus, un nouvel axe de recherche s'oriente sur l'implication et le rôle qu'ont les mastocytes et l'histamine dans la pathogénèse. Cette dernière est considérée comme un facteur stimulant

de la mélanogénèse car elle induit la sécrétion de l'IL-33 et favorise l'expression des protéines MITF et TYR.

2. Voie de signalisation de la communication diaphonique :

La voie de signalisation diaphonique définit les interactions complexes entre les kératinocytes et les mélanocytes. Médiée par un effet paracrine, les kératinocytes sont impliqués dans la sécrétion de facteurs solubles tels que l'hormone de stimulation des mélanocytes α (α -MSH), l'endothéline 1 (ET-1), le facteur de cellules souches (SCF), les facteurs de croissance des hépatocytes (HGF) et les prostaglandines E2 et F2 alpha.

De plus, il a été démontré que les kératinocytes libèrent diverses cytokines inflammatoires, notamment les interleukines (IL)-18, IL-33 et le facteur de stimulation des colonies de granulocytes-monocytes (GM-CSF).

3. Les facteurs de croissance :

Des nouvelles études analysent l'influence des cellules mésenchymateuses dont les fibroblastes dans les processus de l'hyperactivation de la mélanogénèse. En effet, ils sont en mesure de sécréter des facteurs de croissance tels que le KGF, le SCF et les facteurs de croissance des fibroblastes-2 (FGF-2) et le TGF-B.

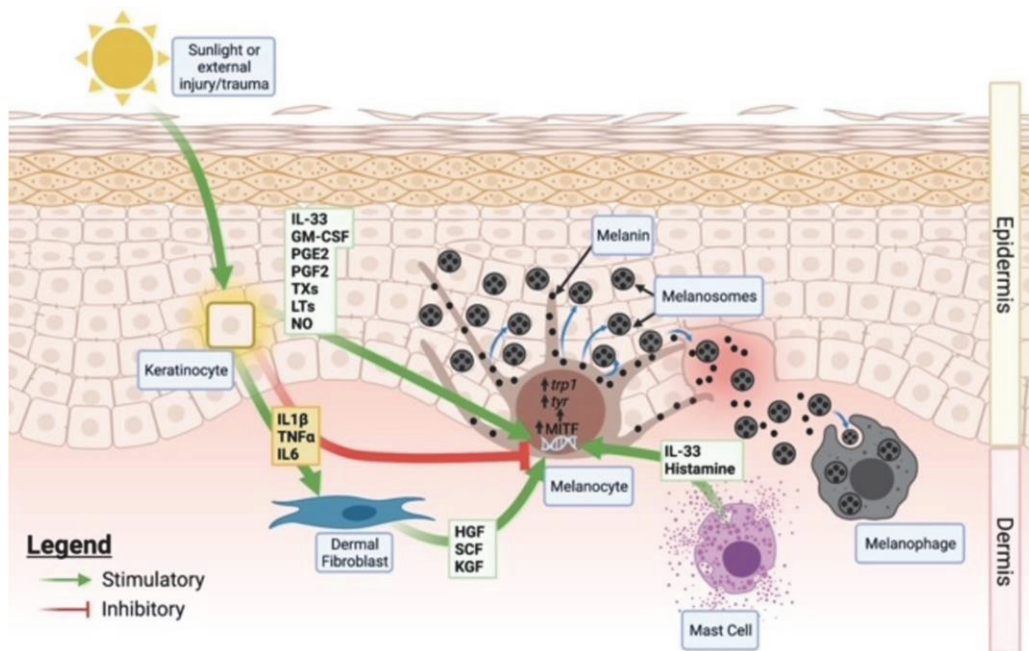


Fig 45 : Schéma physiopathologie de l'hyperpigmentation post-inflammatoire (PIH)

Dans cette illustration, les principales voies (proposées) impliquées dans PIH comprennent la libération de cytokines inflammatoires à partir de kératinocytes et de facteurs de croissance à partir de fibroblastes dermiques. Suite à la production de mélanine, son dépôt dans le derme peut se produire de deux manières, qui sont illustrées dans ce schéma : (1) La mélanine peut être directement déposée dans le derme à travers les interstices de la lame basale ; (2) les macrophages englobent la mélanine dans l'épiderme ; ces mélanophages migrent de l'épiderme vers le derme, ce qui contribue à la pigmentation dermique

A.1.2 Le mélasma [61] [62] [63]

Par son caractère récidivant, le mélasma est considéré comme une dermatose hyperpigmentaire chronique. Il peut affecter tous les phototypes mais sa prévalence est estimée entre 45 et 67% chez les patients aux phototypes V à VI. Il apparaît le plus souvent chez les femmes, en particulier chez les femmes enceintes ou en âge de procréer. C'est pourquoi, dans le jargon commun, le mélasma se nomme également "masque de grossesse".

A.2.1 Aspect clinique

Cliniquement, il se définit par l'apparition de macules souvent symétriques hyperpigmentées avec des marges inégales sur le visage et occasionnellement au niveau du V du cou ou sur la face externe des bras. Sur le visage, on distingue quatre formes topographiques :

- La forme centrofaciale avec une atteinte des joues, du front, du menton et de la lèvre supérieure. Elle est la plus fréquente.
- La forme malaire avec atteinte des joues et du nez
- La forme maxillaire avec atteinte de la branche montante maxillaire
- La forme labiomentonnaire avec atteinte de la lèvre supérieure et du menton.

A savoir que les patients ont majoritairement plusieurs formes de mélasma lorsqu'ils décident de consulter le dermatologue.



Fig 46 : Melasma centro facial

A.2.2 Physiopathologie

La physiopathologie du mélasma est complexe car elle contient les composantes suivantes : la génétique, l'exposition au soleil, la sensibilité aux hormones et les mécanismes inflammatoires.

S'ajoute à ce qui a été précédemment décrit :

- Une Influence hormonale :

Le mélasma a une prévalence accrue chez les femmes menstruées, les femmes commençant un traitement avec des contraceptifs oraux et les femmes enceintes.

L'exposition hormonale aux œstrogènes est donc un facteur étiologique dans la pathogenèse du mélasma.

Il est montré sur les lésions de mélasma, à comparaison avec une peau saine, une augmentation du nombre de récepteurs d'œstrogènes et de récepteurs de progestérone sur les mélanocytes et les kératinocytes. Cette connexion active les TRP-1, TRP-2 et MITF ce qui induit la mélanogénèse. La protéine du domaine PDZ du rein 1 (PDZK1) était également surexprimée. Elle entraîne une augmentation de l'expression de la tyrosinase et du transfert des mélanosomes vers les kératinocytes.

Les œstrogènes ont également une action dans le derme en activant la sécrétion d'endothéline 1. Celle-ci va engendrer une augmentation de la vascularisation.

- Composante vasculaire du mélasma :

Auparavant, on pensait que l'augmentation de la mélanogénèse était le seul facteur contribuant à la pathogénèse du mélasma mais depuis ces dernières années, il a été découvert et défini que la vasodilatation et l'angiogénèse aberrantes ont également un rôle à jouer.

En effet, il est observé dans les lésions du mélasma, la présence d'un érythème télangiectasique. Plusieurs facteurs clés jouent un rôle dans ce processus et notamment l'oxyde nitrique, le VEGF, le FGF et le TGF.

Le VEGF est le plus important car il agit dans de nombreuses voies. Il favorise la prolifération et la migration des cellules endothéliales. Associé aux FGF-2 et TGF-B synthétisés par les mastocytes, il induit une hypervascularisation. De plus, il est capable de stimuler la libération d'acide arachidonique, ce qui conduit ensuite à l'activation de la phospholipase A2. Enfin, il stimule la voie de l'acide arachidonique. L'ensemble de ces actions activent directement ou indirectement la mélanogénèse.

L'oxyde nitrique est un vasodilatateur puissant, il pourrait contribuer au mélasma par la stimulation de la tyrosinase et l'augmentation de la vascularisation.

A.1.3 L'hyperpigmentation periorbitale

L'hyperpigmentation periorbitale (HPO) se nomme aussi "cerne constitutionnel". Il se caractérise par une hyperpigmentation localisée spécifiquement sur les paupières inférieures et/ou supérieures mais il peut s'étendre sur toute la zone périorbitaire jusqu'aux ailes du nez. Il est essentiellement retrouvé sur les patients de phototypes V à VI.

Le cerne constitutionnel se distingue donc du cerne creux et du cerne vasculaire par sa composante mélanique. Cliniquement, il est assimilé à des "yeux de pandas" ou des "cernes noirs".



*Fig 47 : Hyperpigmentation periorbitale sur différents phototypes.
A/ Phototype V et B/ Phototype VI*

Son étiologie et sa physiopathologie sont en cours d'études. Plusieurs recherches ont pu mettre en avant qu'il existe deux types d'HPO :

1. HPO génétique :

Le caractère génétique de l'HPO est non négligeable. Plusieurs études ont pu démontrer la présence de cernes constitutionnels au sein d'une même famille, sur des générations et à des âges différents. Les gènes et mutations sont encore à définir mais il est suspecté que l'HPO pourrait être la prolongation des lignes de démarcation F et G du visage. En effet, après des analyses clinico-pathologiques entre l'HPO et les lignes de Voigt, il est révélé que ces dermatoses ont des caractéristiques histologiques communes :

- Une hypermélanisation basale
- Une incontinence cutanée de mélanine
- Des mélanophages dermiques dispersés

- Un infiltrat lymphocytaire périvasculaire
- Une augmentation des papilles dermiques (leurs sommets sont plus élevés dans les zones sombres)
- Des mélanocytes invisibles dans les zones innervées par les nerfs périphériques

2. HPO acquis :

Tout comme il l'a été décrit précédemment, l'hyperpigmentation, même celle-ci est localisée sur la zone du contour des yeux peut-être aussi induite par les rayonnements solaires, un pic hormonal (stress ou œstrogène) et une inflammation cutanée. Dans ce dernier cas de figure, elle peut faire suite par exemple à un eczéma des paupières, à une réaction allergique ou à des frottements répétés. Par ailleurs, la stimulation des mélanocytes par une composante vasculaire est de plus en plus mise en avant. La zone du contour des yeux étant très vascularisée, cela pourrait également avoir un impact dans la physiopathologie.

A.1.4 La qualité de vie

L'hyperpigmentation sous toutes ses formes est une dermatose très courante chez les patients aux carnations foncées. Elle constitue le premier motif de consultation dermatologique mais aussi de demande de conseils pharmaceutiques. Les mots clés "anti-taches peaux noires" sont aussi très recherchés sur google. On comprend alors qu'à toute échelle, le patient atteint d'une hyperpigmentation recherche une solution pour la traiter.

Comme décrit en introduction de cette dermatose, les sujets aux phototypes IV à VI sont particulièrement attentifs à l'homogénéité, l'unification et l'éclat de leur teint. Ainsi, l'apparition de taches brunes ou noires et notamment sur le visage est jugée très inesthétique. Bien que bénigne, cela entraîne souvent une détresse psychosociale qui impacte donc fortement leur qualité de vie.

Pour mieux comprendre, il faut rappeler le contexte et tenir compte que pendant des années, les peaux noires avaient peu de solutions efficaces pour les traiter efficacement et limiter le risque de récurrence. Il était retrouvé sur le marché, des cosmétiques dit anti-taches mais qui étaient en réalité des produits éclaircissants à base d'hydroquinone et corticoïdes. Les soins

dermocosmétiques anti-taches ont toujours existé mais pendant longtemps, ils étaient étudiés et testés cliniquement uniquement sur les peaux caucasiennes ainsi les résultats n'étaient pas toujours efficaces sur les peaux pigmentées. Enfin, les techniques de soins en institut telles que le laser ou les peelings n'étaient pas efficaces sur les peaux noires bien au contraire, étant le plus souvent inadaptées, cela accentuait l'hyperpigmentation.

Aujourd'hui, les connaissances sur les peaux pigmentées évoluent et des solutions efficaces ont été développées. L'objectif est donc de pouvoir correctement les prendre en charge afin de les aider à faire disparaître durablement l'hyperpigmentation.

A.2 Les Chéloïdes

Les chéloïdes appartiennent à la famille des cicatrices hypertrophiques. Par ses caractéristiques cliniques et physiopathologiques, elles sont identifiées comme une pseudotumeur dermique évolutive chronique. En effet, sa spécificité se définit par sa croissance aléatoire pouvant engendrer des lésions pouvant évoluer au-delà des marges du traumatisme initial.

A.2.1 Epidémiologie

La première description scientifique des chéloïdes a été publiée par Noël Retz en 1790 où il présentait « des hernies graisseuses ». C'est en 1817 qu'un dermatologue Français nommé Louis Alibert lui conféra sa dénomination actuelle.

On compte en moyenne chaque année 11 millions de chéloïdes pour quatre millions de cicatrices dont notamment des brûlures. [64] Leur apparition est fréquente chez les sujets asiatiques mais elle est plus importante chez les personnes de carnation foncée et d'ascendance africaine avec une prévalence estimée entre 5 et 16%. Pour autant, cette prévalence est sous-évaluée en Afrique d'une part car la survenue de chéloïdes peut-être associée à des croyances mystico-religieuses et par conséquent, cela ne relève pas d'un sujet de motif de consultation dermatologique. D'autre part, selon le cadre de vie, la prise en charge des chéloïdes et ses récurrences peuvent constituer un coût trop élevé pour certaines personnes.

L'incidence des chéloïdes entre les femmes et les hommes émet des désaccords. Certains auteurs jugent qu'elle est plus importante chez des femmes suite à leurs nombreuses procédures cosmétiques comme le perçage des oreilles. D'autres soulignent qu'elle est plus forte chez les hommes car ils seraient plus exposés aux traumatismes répétés lors de travaux manuels.

Les personnes âgées entre 10 à 30 ans sont les plus à risque de développer des chéloïdes car elles sont les plus actives et donc les plus sensibles aux traumatismes et aux inflammations cutanées du quotidien. Il est possible d'en apercevoir également chez les plus jeunes et les personnes âgées mais cela est plus rare.

A.2.2 Physiopathologie

A.2.2.1 Mécanique

Les chéloïdes se forment à la suite d'une cicatrisation anormale d'une lésion ou d'une inflammation cutanée. Elles peuvent ainsi apparaître suite à un traumatisme, une piqûre d'insecte, une irritation, une brûlure, une intervention chirurgicale, une folliculite ou une dermatose comme l'acné par exemple (liste non exhaustive). Dans de rares cas elles peuvent survenir de façon spontanée. Par ailleurs, une chéloïde peut se développer des années après l'agression initiale et s'étendre par la suite au-delà de l'origine de la plaie. Elles régressent très rarement et ont tendance à récidiver après excision. [65]

Classiquement, la cicatrisation cutanée est une réaction en chaîne comprenant dans un premier temps une phase inflammatoire puis de migration avec l'arrivée des fibroblastes dans le but de réparer les dommages cutanés. Enfin, une phase de maturation avec une restructuration complète de la peau.

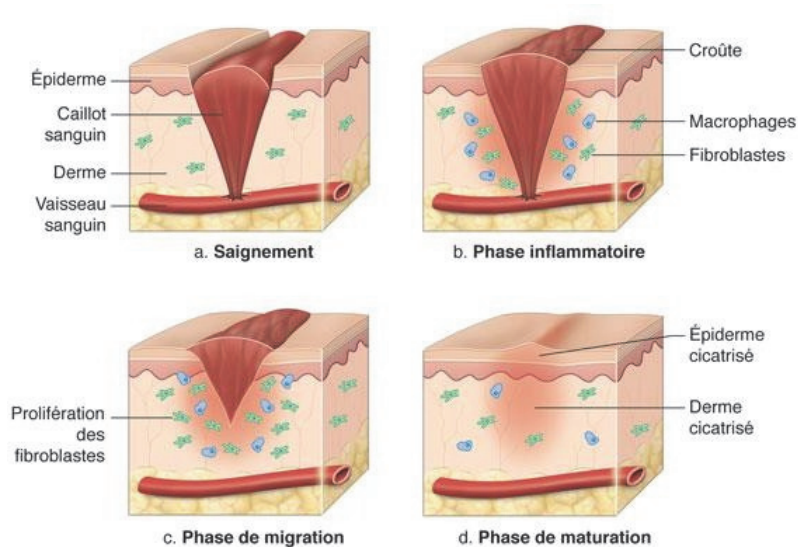


Fig 48 : Schéma des étapes de la cicatrisation [66]

Le développement d'une chéloïde se caractérise par une surexpression plus élevée de plusieurs facteurs de croissance :

- Le facteur transformant- β (TGF- β) : Il est le facteur le plus fibrogène associé aux chéloïdes. Régulateur de la prolifération et la différenciation cellulaire, il est produit en excès dans les chéloïdes. TGF- β 1 s'est avéré être un facteur de croissance important dans la différenciation des fibroblastes en myofibroblastes et dans leur durée de vie. Il est en effet démontré qu'il inhibe également leur mécanisme d'apoptose.
- Des cytokines pro-inflammatoires : Les interleukines (IL) 1 et 6 sont régulées à la hausse ce qui permet d'entretenir une inflammation localisée dans la chéloïde. L'IL 22 est également fortement présente. Son implication reste à démontrer mais certaines études confirme son rôle dans l'activation des fibroblastes, la migration des kératinocytes, l'activation dans la voie Jak/STAT, MAPK et Akt et dans celle de la signalisation des promoteurs de la [fibronectine](#), du collagène III et du collagène I via STAT3.
- Sont également impliqués, le facteur de croissance épidermique (EGF), le facteur de croissance endothélial vasculaire (VEGF), facteur de croissance du tissu conjonctif

(CTGF), facteur de nécrose tumorale- α (TNF- α), le facteur de croissance dérivé des plaquettes (PDGF) etc.

Par ailleurs, pour comprendre son caractère prolifératif et déterminer comment les facteurs mécaniques influencent les comportements des macrophages dans le développement des chéloïdes, l'hypothèse suivante fût annoncée :

Les tensions musculaires augmenteraient la perméabilité des cellules endothéliales et ce qui régulerait positivement la production de MCP-1 et le recrutement de monocytes/macrophages dans le tissu chéloïde. Ils seront alors responsables de la sécrétion de cytokines pro et anti-inflammatoires ce qui engendrerait l'activation et la production de la MEC par les fibroblastes. Cela entraînerait par conséquent, une rigidité des tissus mais aussi l'amélioration de la perméabilité vasculaire. Ceci entraînera alors l'arrivée de nouvelles molécules pro-inflammatoires ce qui définit son caractère prolifératif anarchique. [67]

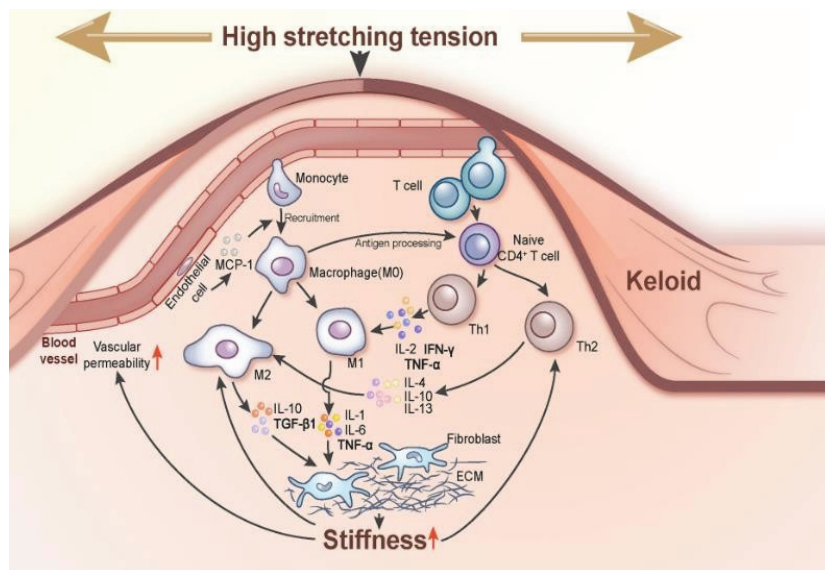


Fig 49 : Schéma de développement mécanique d'une chéloïde

A.2.2.2 Génétique

La pathogenèse des chéloïdes est complexe. De nombreuses études épidémiologiques ont démontré son caractère héréditaire grâce à l'existence de nombreux patients possédant des antécédents familiaux. Cette prédisposition génétique émet alors la notion de maladie chéloïdienne, notamment lorsqu'un sujet possède plusieurs chéloïdes sur son corps. Cependant, l'expression clinique peut-être variable au sein d'une même famille.

Les gènes et mutations associés au développement des chéloïdes sont toujours en voie de recherche mais certains résultats ont pu émettre l'implication de plusieurs locus sur les chromosomes 7, 10, 15 ou 18. Les gènes candidats sont l'ASAH1 ou encore NEDD4, MYO1E et MYO7A.

A.2.2.3 Auto-immunitaire

Le caractère auto immunitaire de la chéloïde est révélé par la forte présence d'immunoglobulines IgA, IgE, IgG, IgM.

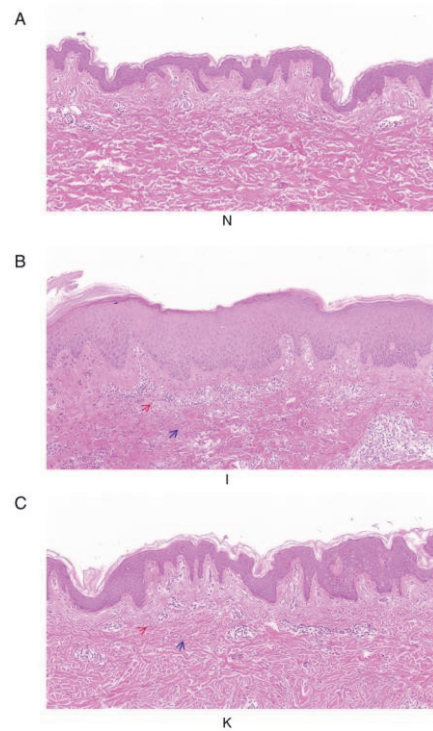
A.2.3 Histopathologie [65]

Cliniquement, la chéloïde se distingue de la peau saine par son caractère atrophique et amorphe. Grâce à ces images histologiques, les différenciations morphologiques sont plus significatives :

- Dans le tissu sain (A) : L'épiderme est plus mince, le derme relativement lâche avec des faisceaux de collagène irréguliers et les capillaires sont dispersés dans le tissu fibreux.
- Dans le tissu enflammé (B) : L'épiderme est plus épais avec une présence plus importante de cellules inflammatoires. Dans le derme, le collagène est désordonné et plus dense. Les vaisseaux sanguins semblent être dilatés et congestionnés.
- Dans le tissu chéloïde (C) : L'épiderme est subdivisé en une première couche périphérique en forme de branche pénétrant dans le derme tandis que la couche épidermique centrale est plus épaisse et plate. Le derme est beaucoup plus dense et riche

en composants extracellulaires. Le nombre de vaisseaux sanguins est supérieur au tissu sain mais leur dilatation n'est pas perceptible sur cette image. On note la présence de cellules inflammatoires même si celle-ci est inférieure au tissu enflammé.

Fig 50 : Images histologiques de la peau saine, des tissus enflammés et des tissus chéloïdes du même patient. (A) coloration H&E du groupe N. Grossissement, ×100. (B) Coloration H&E du groupe I. Grossissement, ×100. (C) Coloration H&E du groupe K. Grossissement, ×100. Les cellules violet foncé indiquées par la flèche rouge sont des cellules inflammatoires. Les flèches bleues indiquent les fibres de collagène. H&E, hématoxyline et éosine.



Plus en détails, une cicatrice chéloïdienne est une expansion proliférative du derme marquée par une activité anormale des fibroblastes. Ainsi, histologiquement, on retrouve une abondance de fibres collagéniques de type I et III désordonnées épaissies et hyalinisées. On note aussi la présence en excès de fibres d'élastine, de fibronectine, de chondroïtine sulfate, de glycoproteoglycannes et d'autres constituants de la MEC. De plus, d'autres types de cellules se logent également dans la chéloïde. On y observe des myofibroblastes exprimant majoritairement l'actine muscles lisses (alpha MSH), un système vasculaire avec un infiltrat élevé de cellules inflammatoires comme les lymphocytes T et des macrophages mais aussi une composition en acide gras différente d'une peau normale.

Concernant leurs localisations, les chéloïdes peuvent apparaître sur l'ensemble du corps. Cependant, il est reconnu que celles-ci ont des sites d'apparition préférentiels tels que la

poitrine (20 à 50% des cas répertoriés), le dos, les épaules, le lobe des oreilles (suite aux piercings) mais aussi la barbe ou le pubis (associés à des folliculites).

Les chéloïdes aiment particulièrement les zones exposées à des forces musculaires importantes. Par exemple, les chéloïdes présentes sur la partie antérieure de la poitrine se nomment le plus souvent “pince de crabe” à cause de leur forme associée à leur développement horizontal. Cela peut être liée à la contraction musculaire lors de la respiration. Autre exemple, sur les épaules, elles se développent verticalement et cela serait associé au phénomène de croissance du patient mais aussi aux mouvements contractiles du muscle deltoïde.



Fig 51 : Chéloïde sur le torse



*Fig 52 : Chéloïdes avec étiologies diverses.
Droite : brûlure et gauche : perçage*

A.2.4 La qualité de vie [68] [69]

Diverses études ont pu définir la qualité de vie des patients atteints de chéloïdes. Le score DLQI varie entre modéré à sévère selon le nombre de chéloïdes, la localisation, l'esthétique de la cicatrice et les symptômes occasionnés. Les principaux cités sont la douleur et la présence de prurit/démangeaisons qui peut être constant dans le quotidien des patients. De plus, le facteur émotionnel est également important à prendre en compte car les chéloïdes entraînent chez certains patients une détresse psychologique. Elle est associée à l'aspect inesthétique liée à leur localisation mais surtout à leur caractère récidivant qui ne permet pas d'obtenir une réelle disparition définitive.

A.3 Complications des produits éclaircissants

La dépigmentation volontaire se définit comme l'ensemble des procédés visant à éclaircir sa couleur de peau naturelle. Chaque pays lui confère sa propre appellation : "Xhessal" au Sénégal, "Leeral" au Mali, "Tchoko" au Congo, ou encore "Bihaku" au Japon.

A.3.1 Histoire d'une pratique controversée

Il faut comprendre que l'action éclaircissante de la majorité des molécules utilisées dans le marché des produits dépigmentants est controversée. Elle est en réalité l'effet secondaire "blanchiment de la peau" de leurs indications d'origines.

Par exemple, c'est dans les années 50 qu'il est découvert pour la première fois le potentiel éclaircissant de l'hydroquinone. Il est observé une dépigmentation cutanée sur les parties découvertes d'ouvriers à la peau noire dans des usines de caoutchouc et de textiles aux Etats-Unis. En 1955, la première production de produits cosmétiques dépigmentants à base d'hydroquinone est développée aux Etats-Unis. Elle est, jusqu'à aujourd'hui, l'une des molécules les plus utilisées dans le monde malgré ses effets néfastes connues scientifiquement.

Autre exemple, le cas du glutathion. Initialement, ce puissant anti-oxydant était prescrit dans le but de traiter des maladies neurodégénératives telles que la Parkinson ou l'Alzheimer. Cependant, après avoir administré de fortes doses, certains médecins et scientifiques ont découvert son action sur la mélanogénèse et son potentiel éclaircissant cutané. Aujourd'hui, il fait partie des molécules les plus émergentes grâce à ses diverses voies d'administrations.

A.3.2 Épidémiologie

La dépigmentation volontaire de la peau est une pratique mondiale. Elle est présente en Asie, en Inde, en Amérique et en Afrique. Sa prévalence en Afrique Sub-Saharienne est estimée entre 25 et 67 % selon les pays.

Elle se dit être essentiellement féminine mais de plus en plus d'hommes utilisent désormais ce type de produit.

Concernant l'âge, le pic de prévalence est défini entre 20 à 40 ans. Cependant, il faut savoir que certaines mères appliquent des produits éclaircissants lors de la grossesse exposant ainsi l'enfant aux dangers de la dépigmentation volontaire avant même sa naissance. De plus, une personne qui s'est dépigmentée la peau depuis plusieurs années ne connaît plus sa teinte naturelle. Elle continuera donc de se dépigmenter sa peau jusqu'à son décès.

Par ailleurs, la DV est pratiquée dans toutes les classes sociales quel que soit le niveau scolaire ou socio-économique. La distinction peut être définie selon les techniques utilisées en fonction du pouvoir d'achat de la consommatrice. Une étude au Sénégal avait révélé que jusqu'à 25% du revenu des ménages pourrait être consacré à l'achat des « tubes » dont les prix varient de 500 francs CFA (0.76€) à plus de 250 000 francs (380 €).

Il faut pouvoir faire preuve d'indulgence pour comprendre les diverses motivations qui justifient l'utilisation de ce type de produits et ainsi réaliser l'impact de la dépigmentation volontaire. En effet, bien qu'utilisée mondialement depuis plusieurs années, elle est encore à ce jour une pratique taboue. Les motivations sont décrites dans l'analyse socio-culturelle du Sénégal dans la sous-partie dépigmentation volontaire.

A.3.3 Les agents dépigmentants

La présence des différents agents dépigmentants sur le marché à évoluer au cours du temps.

Bien que minoritaire, il est encore possible d'apercevoir des personnes utilisant des produits caustiques (produits ménagers, citron, préparations salicylées...). Elles vont faire des bains d'eau de javel, de soude ou d'eau oxygénée dans le but d'éclaircir leur peau après rinçage.

Dans la pratique cosmétique, il se met en place "une guerre commerciale" entre les produits dits "chimiques" et ceux considérés comme "naturels". On retrouve dans l'industrie cosmétique chimique des produits dépigmentants de l'hydroquinone, des corticoïdes, des dérivés mercuriels ou encore du rétinol. Les produits jugés "naturels et donc moins dangereux" par le grand public sont composés d'acides de fruits tels que l'acide ascorbique

(vitamine C), l'acide glycolique, l'arbutine, l'acide kojique, l'acide glycyrrhiza glabra (réglisse). Par ailleurs, quel que soit l'actif, le risque de développer des effets secondaires est important.



Fig 53 : Exemple de produits cosmétiques éclaircissants

La patiente a consulté au cabinet du Dr Hadi dans le but d'obtenir un accompagnement pour arrêter d'appliquer ces produits (A). Indications zoomées sur l'un d'entre-eux (B)

De nos jours, c'est le glutathion qui est devenu la molécule de prédilection. En effet, grâce à sa versatilité d'administration, il permet une pratique sous format locale mais également par voie orale ou intraveineuse. Il offrirait ainsi "un résultat plus rapide et homogène".

Par ailleurs, il est souvent difficile de pouvoir identifier les molécules présentes dans les produits dépigmentants car les listes INCI définies sur les packagings sont majoritairement faussées. Lors mon expérience en tant que pharmacienne recherche et développement au sein du laboratoire IN'OYA, j'ai eu pour missions d'analyser la composition de produits cosmétiques "unifiant" pour enfants originaires du Gabon. En collaboration avec l'équipe CROPS de l'institut de chimie radicalaire (ICR) et du Centre National de Recherche Scientifique (CNRS), nous avons mis en évidence la présence de glucocorticoïdes dans 2 soins sur 5. Cependant, ils n'étaient pas inscrits dans la liste INCI des produits.

A.3.4 Les complications de la DV [13] [70]

A.3.4.1 Les complications dermatologiques

Les problématiques cutanées secondaires à l'application des produits éclaircissants sont le plus souvent identifiables grâce à l'aspect clinique distinctif de l'actif majoritairement présent dans la composition du soin.

- Complications dues à l'hydroquinone :

La plus fréquente est l'hyperpigmentation. Elle apparaît principalement sur le contour des yeux de "type lunette", les pommettes, les articulations et notamment les phalanges mais aussi la face dorsale. Plus rare, des hypochromies peuvent apparaître et procurer un teint "en forme de confettis".

L'application d'hydroquinone sur le long terme est caractérisée par la survenue d'une ochronose exogène. Elle se définit par une zone cutanée hyperpigmentée grisâtre/bleutée associée à un relief épais et granuleux surnommé "en grains de caviar".



Fig 54 : Cas d'ochronose dorsal

- Complications dues aux corticoïdes :

Les corticoïdes diminuent le système immunitaire et rendent la peau plus sujette aux dermatoses infectieuses :

- Bactérienne : dermohypodermite : Érysipèle, fasciite nécrosante, folliculites
- Fongique : dermatophyties, candidoses cutanées, pityriasis versicolor
- Parasitaires : gale
- Virus : herpès, Molluscum contagiosum, verrues, condylomes

De plus, ils créent des vergetures qui peuvent être parfois spectaculaires. Elles mesurent plusieurs cm et se localisent sur l'ensemble du corps. La peau devient également atrophiée (aspect "papier de cigarette"). La circulation ralentie et la cicatrisation devient difficile.

D'autres problématiques apparaissent également :

- Une acné très inflammatoire
- Un eczéma de contact ou allergique
- Un hirsutisme prononcé au niveau du menton et de la moustache
- Une calvitie avec dégarnissement des golfes temporaux



Fig 55 : Apparition de vergetures suite à l'application de soins éclaircissants.

Les vergetures sont relativement récentes à en juger selon leur couleur violacée. Elles mesurent plusieurs centimètres d'épaisseur et sont localisées sur différentes zones de son corps (ventre, bras etc).

Sa sœur qui l'accompagnait était couverte de vergetures blanches et larges (en moyenne 2cm), du torse aux chevilles en passant par les bras

Elles avaient 21 ans.

- Complications des dérivées de mercures :

Ils entraînent une décoloration et une fragilité des ongles. Sur le long terme, ils peuvent engendrer une hyperpigmentation cutanée.

- Complications des rétinoïdes :

A fort dosage, ils peuvent engendrer, même sur du court terme des rougeurs, des brûlures, des picotements, des érythèmes, de la sécheresse et de la desquamation



Fig 56 : Brûlure et HPI sur la main suite à l'application de produits éclaircissants.

On peut constater son évolution A/ Brûlure après 3 jours d'application des produits. B/ Cicatrisation de la peau avec développement d'une HPI et C/ HPI installée

A.3.4.2 Les complications systémiques

- Complications dues aux corticoïdes :

Ils sont les plus importants. En effet, les corticoïdes sont des hormones qui sur le long terme et à fort dosage (application sur une grande surface cutanée) traversent la peau et atteignent la circulation sanguine générale. Ils ont par conséquent les mêmes effets qu'une corticothérapie orale prolongée.

Les corticoïdes augmentent le risque d'apparition de diabète ou d'hypertension artérielle. Ils sont un facteur de risque dans le syndrome de Cushing. Des complications psychiques et oculaires de type cataracte sont également décrites.

De plus, il est démontré qu'appliqués sur une femme enceinte durant le troisième trimestre de grossesse, les corticoïdes entraînent un ralentissement possible de la gestation et diminuent le poids de naissance du nouveau-né.

- Des complications dues aux dérivés de mercure :

Leurs principales atteintes sont rénales. Elles entraînent une insuffisance rénale terminale, des néphropathies glomérulaires mais aussi des neuropathies périphériques ou centrales.

A.3.5 Réglementation des agents dépigmentants

Face au développement des pratiques de dépigmentation volontaire et aux risques encourus par les utilisateurs, le gouvernement Français a mis en place plusieurs réglementations afin de limiter leur présence en France.

En 2001 par exemple, l'hydroquinone en vente libre sans prescription médicale devient interdite en Europe.

En 2010, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) a défini une liste de produits éclaircissants interdits en France. Ils sont jugés non conformes et dangereux.

ANNEXE 5 : Liste de produits éclaircissants interdits en France selon l'AFSSAPS

En 2019, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des Fraudes (DGCCRF) interdisent les allégations "sans [nom de la substance]". En l'occurrence, "sans hydroquinone" pour notre sujet. Il est jugé que cela entretient de la méfiance et nuit à la lisibilité des messages d'informations destinés aux consommateurs. En effet, cette allégation est trompeuse ou du

moins ambiguë car le consommateur peut penser acheter un soin non éclaircissant car il est défini sans hydroquinone alors que par sa composition, cette information peut être erronée. [71]

Par ailleurs, la DGCCRF tente de contrôler la présence des produits dépigmentés en France. Cependant, ces produits sont importés de pays majoritairement Africain où la commercialisation et la publicité y sont autorisées. Ils entrent illégalement sur le territoire européen et sont vendues dans des magasins spécialisés “ethniques” dans des quartiers tels que Château Rouge à Paris ou Noailles à Marseille. Ils sont également davantage disponibles en ligne grâce à l’émergence des réseaux sociaux où des groupes peuvent être créés afin de faciliter leurs commercialisations.

En 2009, sur plus de 160 produits analysés, 30% étaient non conformes à la réglementation des cosmétiques et 40% en 2010. Aucun contrôle n’a été réalisé depuis 2010. Cependant, cette pratique est encore aujourd’hui très courante. Les produits sont retrouvés en vente libre dans les boutiques exotiques des quartiers dit “africain ou ethnique” (Château Rouge à Paris ou Noailles à Marseille). Le plus souvent, ils ne sont pas exposés dans les rayons mais restent disponibles pour les clients. [72]

Pour autant, la DGCCRF rappelle : “que l’importation et la commercialisation de produits illicites, qualifiables de tromperie aggravée, de contrebande de marchandises dangereuses pour l’homme, ou de mise sur le marché de médicaments sans autorisation, peuvent être très sévèrement réprimées, les peines encourues pouvant aller jusqu’à sept ans d’emprisonnement et 750 000 euros d’amende.” [73]

B. Dermatoses communes peaux caucasiennes

B.1 L'acné

B.1.1 Epidémiologie

L'acné est une dermatose qui touche tous les phototypes et à tout âge. D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), l'acné concerne plus de 3 adolescents sur 4 avec une prévalence entre 75 et 95%. [74]

L'incidence de l'acné adulte est entre 25 et 58 ans. Elle est en constante augmentation depuis ces 10 dernières années. Elle toucherait en France 12% des femmes et 3% des hommes. [75]

Par ailleurs, l'acné est une dermatose très fréquente chez les populations à la peau pigmentée. Elle est jugée pour beaucoup comme l'un des principaux motifs de consultations dermatologiques avec une prévalence moyenne de 20% selon les dernières études publiées. En 2008, l'acné concernerait 29,9% des adultes contre 13,2% des enfants d'une population africaine et antillaise vivant en région parisienne. [76]

B.1.2 Physiopathologie

Le développement de l'acné se décrit en 4 étapes clés :



Fig 57 : Schéma de la physiopathologie de l'acné [77]

1. L'hyperséborrhée :

L'acné est marquée par une augmentation de la production de sébum. Les glandes sébacées sont suractivées par des androgènes, des neuropeptides et des facteurs de croissance analogues à l'insuline et des proliférateurs de peroxyosomes activés (PPAR).

De plus, l'hyperséborrhée est accompagnée d'une altération de la composition en acides gras du sébum. En effet, par rapport à une peau saine, le sébum d'une peau acnéique possède moins d'acide linoléique et plus de lipoperoxydes (résulte de la peroxydation du squalène)

2. L'hyperkératose :

Elle se définit par l'obstruction du canal folliculaire. Cela bloque l'évacuation normale du sébum à travers la peau.

La kératinisation anormale du canal sébacé est liée principalement à une hyperstimulation des kératinocytes et de la présence en excès de la cytokératine (CK). Elle peut également être associée à une accumulation de cornéocytes suite à un ralentissement du renouvellement cutané. Mais aussi, à une accumulation d'impuretés de l'environnement extérieur.

L'obstruction du pore déclenche la formation de micro comédons.

3. La prolifération bactérienne :

La production et la modification qualitative du sébum modifient le microbiome cutané. Cela entraîne une altération et une prolifération anormale des bactéries.

De nombreuses études sur l'acné axent leur recherche sur l'impact de la flore cutanée dans la physiopathologie de l'acné. Il a ainsi été découvert que la principale bactérie mise en évidence est la *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*). Par ailleurs, il est défini 6 phylotypes de la *P. acnes* qui selon l'expression de ses gènes, possède des capacités de virulences différentes : IA1, IA2, IB, IC, II et III.

Dans une peau saine, l'ensemble des phylotypes est présent alors que sur une peau à tendance acnéique, la souche la plus virulente IA1 est majoritairement présente. En effet, par un

mécanisme dépendant du Toll-Like Receptor (TLR-), *C. acnes* virulent est capable de stimuler la glande sébacée et les kératinocytes locaux pour créer un environnement inflammatoire propice à sa prolifération.

Par ailleurs, il est démontré que *P.acnes* n'est pas la seule bactérie inductrice de l'acné. La surface des lésions acnéiques est également dominée par la présence de *Staphylococcus epidermidis*. Par sa nature aérobie et anaérobie facultative, *S.epidermidis* serait en mesure d'inhiber la prolifération de *P.acnes*. De plus, elles possèdent des caractéristiques génétiques spécifiques lui apportant une forte résistance aux antibiotiques et au stress émis par la compétition inter bactérienne.

4. L'inflammation :

L'inflammation cutanée résulte majoritairement de la prolifération bactérienne.

Plusieurs mécanismes inflammatoires sont présents sur les peaux acnéiques : les médiateurs inflammatoires tels que l'interleukine (IL)-1 et IL-12, les chimiokines IL-8, les ligands de chimiokine CCL20 et CXCL1, le facteur de nécrose tumorale (TNF)- α , les métalloprotéinases matricielles (MMP) et la β défensine humaine (hBD)-2.

B.1.3 Histopathologie

Les lésions acnéiques se localisent principalement sur le visage (joue, front, menton), la poitrine, le dos et les bras. A partir de leurs description clinique et histopathologique, il se définit deux types d'acné : rétentionnelle et inflammatoire.

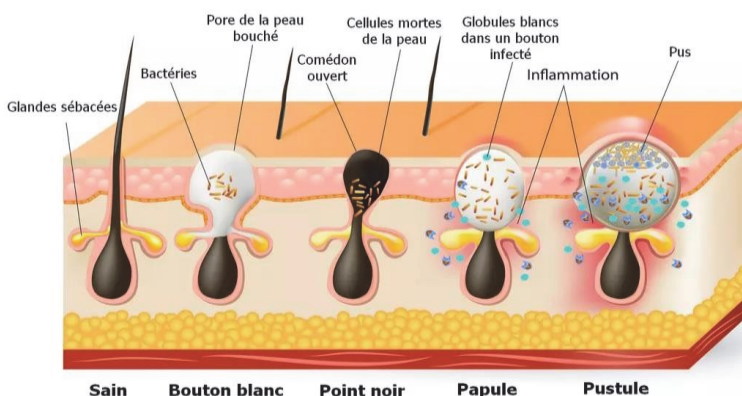


Fig 58 : Schéma histopathologie de l'acné

- L'acné rétentionnelle :

L'acné rétentionnelle est causée par l'hyperséborrhée et l'hyperkératose. Elle est représentée par les premières lésions acnéiques nommées comédons. Il en existe deux types :

- Le comédon ouvert ou point noir :

Il correspond à un bouchon de sébum, de kératine et de germes qui obstrue le pore. Sa couleur noire est créée par une oxydation des lipides à la surface. De diamètre entre 1 et 3mm, il se localise sur les zones riches en sébum comme le nez ou le menton sur le visage.

- Le comédon fermé ou microkyste :

Il mesure également entre 1 à 3 mm cependant ses lésions se caractérisent par une surélévation cutanée de couleur peau ou blanche. Parfois, il est possible que le microkyste évolue sous la peau et qu'il soit alors invisible à l'œil nu. Histologiquement, il s'agit de la même lésion qu'un comédon ouvert cependant, dans ce cas les cornéocytes recouvrent la surface de lésion.



Fig 59 : Acné rétentionnelle sur la joue

- L'acné inflammatoire :

L'acné inflammatoire est le stade secondaire de l'acné rétentionnelle. Elle se caractérise par la prolifération bactérienne et l'inflammation cutanée. Ainsi cliniquement, elle se visualise par la présence de papule, pustule et nodule.

- La papule :

Elle fait suite à un comédon ouvert ou à un microkyste et témoigne d'une réaction inflammatoire en cours. En effet, elle se caractérise par la présence d'une élévation (léger gonflement), d'une rougeur et elle peut être douloureuse.

- La pustule :

La pustule est une papule avec à son sommet un contenu purulent blanchâtre.



Fig 60 : Acné inflammatoire sur la poitrine

- Le nodule :

Le nodule est le stade le plus inflammatoire de l'acné. Il se définit par un diamètre supérieur à 5mm, une tuméfaction inflammatoire, de la rougeur et de la douleur. Contrairement aux papules ou aux pustules, son évolution fait suite à une cicatrice atrophique, hypertrophique ou chéloïdienne.

B.1.4 Sévérité de l'acné

L'acné se définit en 6 stades selon les lésions et leur localisation.

Voir **ANNEXE 6 : Description des stades de l'acné selon l'HAS**

B.1.5 Facteurs de risque

- Génétique :

Il est démontré que les peaux noires ont des spécificités cutanées génétiques qui peuvent s'avérer être des facteurs de risque de développer l'acné :

- Elles possèdent des glandes sébacées et un fort risque d'hyperséborrhée naturelle.
- Elles se régénèrent 2,5 fois plus lentement qu'une peau caucasienne ce qui peut influencer l'obstruction des pores.
- La densité de *P.acnes* serait plus importante.

- Le stress :

Le stress aigu ou chronique est un facteur de risque important dans l'acné. Il libère du cortisol, une hormone connue pour affecter le système inflammatoire de l'épiderme et engendrer une dysbiose cutanée. Il est ainsi la source de nombreuses maladies cutanées inflammatoires.

Dans le cas de l'acné, il libère la substance P qui entraîne la prolifération et la différenciation des glandes sébacées. La surproduction de sébum induite engendre par conséquent un terrain favorable au développement pathogène de *P.acnes*.

- Cosmétique :

Il est démontré qu'une routine dermocosmétique adaptée à une peau à tendance acnéique peut faire disparaître les symptômes d'une acné légère à modérée. Pour cela, elle doit contenir des soins avec des actifs anti-séborrhéiques, matifiants, exfoliants, hydratants et anti-inflammatoires.

A l'inverse, l'utilisation de soins aux formules lipidiques et occlusives, de fonds de teint gras, de pinceaux maquillages non lavés régulièrement, de nettoyants inadaptés et autres peuvent être un facteur déclenchant ou aggravant des lésions acnéiques.

Les populations à la peau pigmentée sont connues pour utiliser majoritairement la pharmacopée traditionnelle. Elles s'appliquent en masse des actifs lipidiques sur les cheveux, le visage et le corps tels que du beurre de karité, de l'huile de coco ou de jojoba. De plus, elles ont parfois tendance à appliquer des soins formulés pour le corps ou pour la peau des bébés sur le visage. Souvent sujettes à des problématiques de dyschromies faciales, elles camouflent leurs imperfections par des fonds de teint aux formules souvent comédogènes.

Par conséquent, ces pratiques cosmétiques sont jugées inadaptées pour les peaux à tendance acnéiques. Elles peuvent en effet favoriser l'apparition de l'acné ou aggraver les lésions acnéiques.

Par ailleurs, il est important de rappeler que cette population a souvent recours à l'utilisation de produits éclaircissants dont le principal effet secondaire est la survenue d'une acné inflammatoire.

- Alimentation :

Les populations aux peaux pigmentées possèdent une culture alimentaire différente de celle de l'Europe. Elles se nourrissent majoritairement de produits naturels et non transformés même si avec la mondialisation cette forte tendance diminue.

Leur alimentation est dite riche en féculents (céréales, manioc, riz, igname etc), matière grasse (huile d'arachide et de palme), sauces (bouillon cube, pâte d'arachide etc). Par conséquent, sur le long terme, cette alimentation peut être qualifiée comme ayant un indice glycémique et lipidique élevé. Celle-ci s'avère être un facteur de risque pour l'ensemble des dermatoses inflammatoires.

En effet, des études ont pu démontrer que :

- Les régimes à index glycémique élevé (IG>55) sont associés à un mauvais contrôle de la glycémie, à des taux importants d'insuline postprandiale et de facteurs de croissance analogue à l'insuline (IGF1). IGF-1 stimule la production d'androgènes à partir des glandes gonadiques et surrénales ce qui par la suite active la sécrétion de sébum par les sébocytes. [78]
- Le régime alimentaire occidental est plus incriminé dans la pathogenèse de l'acné. Celui-ci est caractérisé par une consommation riche en viande, en produits laitiers,

d'aliments riches en acides gras saturés et d'index glycémique élevé. A contrario, le régime méditerranéen caractérisé par une forte consommation d'huile d'olive comme graisse visible prédominante, de légumes, de légumineuses, de produits à grains entiers, de fruits et de noix est associé à une réduction du risque d'acné jusqu'à 70 %.

[79] [80]

Enfin, les études actuelles sur le microbiote définissent une interaction entre la flore intestinale et la flore cutanée via, en partie, la voie de signalisation mTOR. Une dysbiose intestinale pourrait alors entraîner une réaction en chaîne inflammatoire qui aurait des répercussions également sur la peau. Il est en effet démontré que les patients acnéiques ont un microbiome intestinal moins diversifié que des patients sains avec un rapport bacteroidetes / firmicus différencié. Cette piste d'études est à poursuivre afin d'ouvrir de nouvelles perspectives de traitement grâce à l'utilisation éventuelle de probiotiques intestinaux.

- L'hyperandrogénie :

L'hirsutisme est une problématique très fréquente chez les femmes de carnation foncée. Elle peut se traduire par la présence de poils sous le menton. L'hirsutisme témoigne d'un déséquilibre hormonal au niveau des ovaires qui se qualifie par une forte hyperandrogénie biologique dans cette population.

Ce déséquilibre engendre également le syndrome des ovaires polykystiques dont elles sont aussi majoritairement sujettes.

L'androgène est une hormone stéroïdienne qui stimule fortement la glande sébacée.

B.1.7 La qualité de vie

L'impact de l'acné dans la qualité de vie des patients est estimé entre modéré à sévère. Elle varie selon les lésions acnéiques, leur concentration, la localisation et le caractère aigu ou chronique.

L'acné est jugée comme inesthétique c'est pourquoi, chez certains patients elle entraîne une perte d'estime de soi, un isolement social et une forte détresse psychologique se caractérisant d'une anxiété pouvant évoluer jusqu'à une dépression.



La qualité de vie est d'autant plus impactée chez les sujets aux peaux pigmentées car l'acné s'associe pour ces phototypes à une hyperpigmentation post inflammatoire ou à des chéloïdes qui sont également difficiles à traiter. Localisé sur le visage, cela est plus difficile à assumer au quotidien pour cette population.

Fig 61 : Hyperpigmentation post-inflammatoire liée à de l'acné sur les jours

B.2 L'eczéma sous toutes ses formes

L'eczéma est une dermatose inflammatoire très courante. Il en existe principalement deux types : l'eczéma atopique et de contact. Constituant un des principaux motifs de consultations dermatologiques des peaux pigmentées, il est important de les présenter en faisant un focus sur l'aspect clinique. En effet, la principale difficulté liée à cette dermatose sur la peau noire est le diagnostic.

B.2.1 Dermatite ou eczéma atopique

B.2.1.1 Epidémiologie

La dermatite atopique est une dermatose présente dans le monde entier et dont la prévalence ne cesse d'évoluer au cours des années. Elle a une évolution biphasique, c'est-à-dire : Elle se développe le plus souvent dans les premières années de vie mais elle peut évoluer jusqu'à l'âge adulte et se présenter sous une forme chronique récurrente rémittente. Dans ce sens, la prévalence est estimée entre 13 et 25 % chez les enfants contre 2 à 10 % chez les adultes. [81]

Par ailleurs, plusieurs données scientifiques ont pu mettre en avant une différenciation ethnique sur la prévalence. Toutes suggèrent que la prévalence de la DA serait plus importante chez les sujets d'origine noire et asiatique. Quelques exemples [82] :

- Aux États-Unis, les noirs sont plus touchés que les Asiatiques et les insulaires du Pacifique (20,1 % contre 16,1 %).
- Les enfants d'Afrique du Sud, du Kenya, du Nigéria et du Maroc ont une prévalence élevée de la DA, pouvant atteindre 20,9 %, avec une prévalence similaire en Asie occidentale, en Asie du Sud-Est, en Asie orientale et en Océanie.
- La prévalence de la DA chez 693 écoliers était disproportionnellement plus élevée chez les enfants noirs des Caraïbes que chez les enfants blancs, indiens ou pakistanais.

B.2.1.2 Physiopathologie

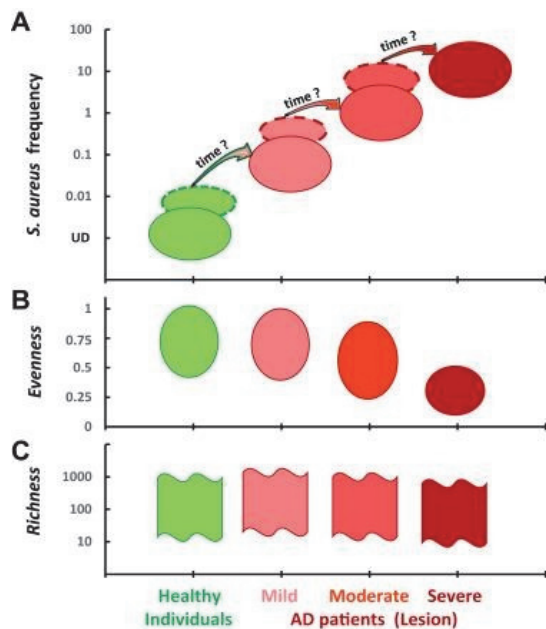
L'eczéma atopique résulte d'un ensemble d'anomalies immunologiques et génétiques. C'est pourquoi, la DA est le plus souvent associée à une rhinite allergique et/ou de l'asthme. Se présente alors la forme d'une triade atopique.

Parmi les différents mécanismes génétiques, la mutation entraînant une perte de fonction de la filaggrine joue un rôle important dans l'apparition de la DA. En effet, la filaggrine est une protéine de la barrière épidermique. Elle influence donc la fonction barrière et l'hydratation de la peau grâce à la régulation du pH.

Cependant, après des analyses génomiques, il est constaté des disparités dans les mutations des gènes FLG entre les groupes d'origines ethniques différentes. Contrairement aux peaux caucasiennes, les mutations FLG sont six fois moins susceptibles de se produire. Cependant, le gène FLG2 qui code pour la protéine filaggrine-2, joue également un rôle clé dans la fonction de barrière cutanée. Des études démontrent que chez les peaux pigmentées les mutations de ce gène augmentent la persistance de leur DA. [83]

Par ailleurs, le déséquilibre cutané engendré fait suite à une dysbiose du microbiome cutané. Depuis plusieurs années, il est étudié et démontré une présence plus forte de la *S.aureus* sur la peau des patients atteints d'une DA. [84]

En tenant compte des spécificités cutanées des peaux pigmentées, il est démontré qu'elles possèdent une flore cutanée différente des peaux caucasiennes. Cela peut constituer une nouvelle piste d'étude supplémentaire.



*Fig 62 : Influence de la S.aureus sur la DA.
Il est observé que la fréquence et la charge de S aureus dans la peau atopique (avec ou non les lésions) sont plus élevées que sur les peaux saines. De plus, son rapport est corrélé à la gravité de la maladie.*

Enfin, de nombreuses études se tournent désormais sur l'impact du microbiome intestinal sur l'apparition et la gravité des lésions eczémateuses. La relation cause à effet et de plus en plus avérée ce qui ouvre un nouvel axe de recherche. [85]

B.2.1.3 Histopathologie

Quel que soit sa forme et sa gravité, les zones de prédilections de l'eczéma atopique sont les surfaces de flexion du corps, le dos des pieds, les mains, le cou antérieur et latéral, le front, le visage, les paupières et les poignets.

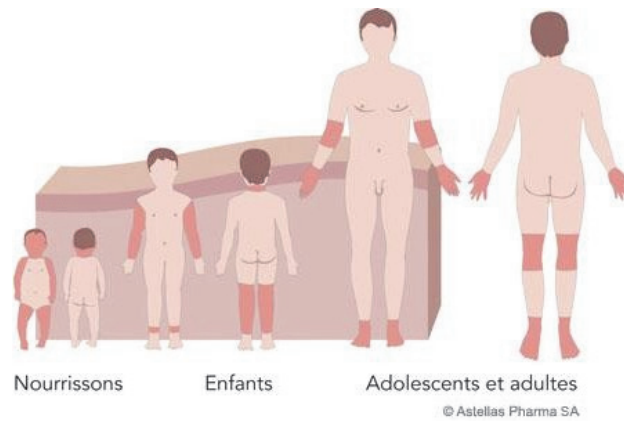


Fig 63 : Zones de prédilections de l'eczéma atopique

La dermatite atopique se caractérise par différentes formes cliniques. Dans sa globalité, elle se distingue par une xérose, des plaques érythémateuses et des démangeaisons pouvant entraîner une lichénification. Pour autant, la DA peut aussi se manifester sous certaines formes cliniques atypiques. [86] Il se définit ainsi :

- L'eczéma visiculo-bulleux ou dyshidrose : Il se localise principalement sur les mains et/ou les pieds. Il est caractérisé par la présence de bulles et/ou vésicules sur la peau
- L'eczéma variqueux : Il siège essentiellement sur les jambes et parfois autour d'une plaie. Il est favorisé par une insuffisance veineuse (varices ou antécédents de phlébite)
- L'eczéma nummulaire ou discoïde : Il se caractérise par des plaques arrondies, comparables à une pièce de monnaie
- Les eczématides achromiantes / datres : Il apparaît en première phase une petite plaque sèche enflammée qui fait suite à une tache hypochromiante (blanche)

Par ailleurs, les différences importantes entre les groupes ethniques atteints de DA sont dans la représentation clinique des lésions. En effet, leurs formes sur les peaux pigmentées sont sous-représentées dans la littérature alors que la prévalence de l'eczéma est plus importante dans cette population. L'érythème sur une peau pigmentée apparaît généralement d'une couleur violacée à grisâtre. De plus, les lésions eczémateuses sont très souvent accompagnées d'une hyperpigmentation post-inflammatoire. Enfin, elles sont également plus susceptibles de présenter un prurigo nodularis que les patients à la peau caucasienne.

Voici quelques photos de lésions eczémateuses sur des patients de phototypes IV à VI :

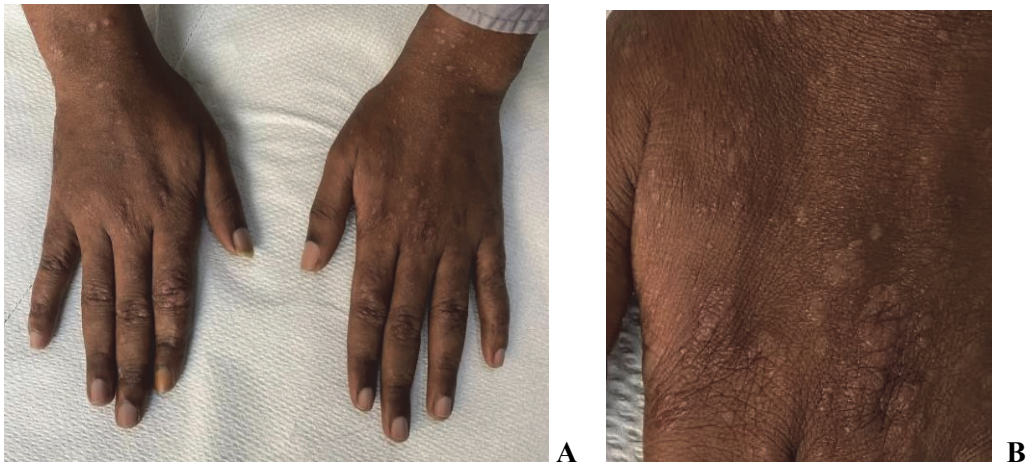


Fig 64 : Dyshidrose des mains. A/ Vue d'ensemble et B/ Zoom sur les lésions

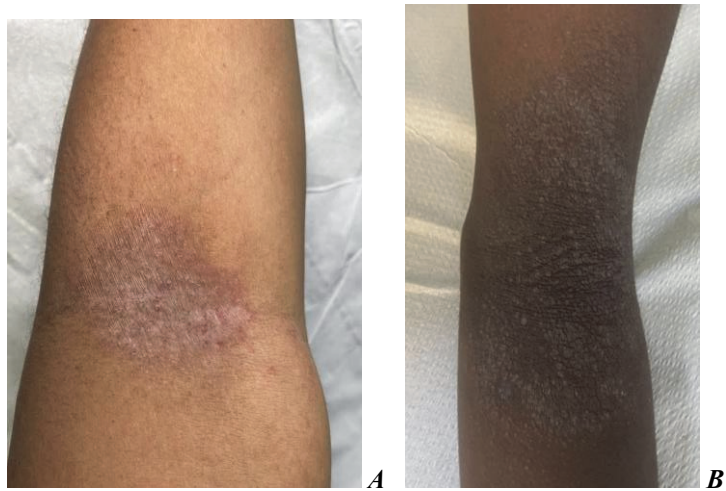


Fig 65 : Eczéma des plis sur des phototypes V et VI



Fig 66 : Peau atopique chez un enfant



Fig 67 : Hyperpigmentation post-inflammatoire

B.2.1.4 L'outil Patient-Oriented SCORing [87]

Décrit pour la première fois en 1993, l'indice SCORing for AD (SCORAD) a été développé par des médecins dans le but d'évaluer la gravité de la maladie et ainsi améliorer la prise en charge des patients. Par la suite, une version adaptée au patient et à son entourage a été développée sous l'appellation le PO-SCORAD. Ce nouvel outil nécessite aucun niveau spécifique de connaissance, il permet aux parents et aux enfants de pouvoir suivre l'évolution des lésions et donc évaluer de façon autonome leurs évolutions depuis la dernière consultation chez le dermatologue.

Fondé par des centres européens et étudié à partir d'études cliniques sur des phototypes I à IV, les patients à la peau pigmentée ne pouvaient pas l'utiliser. En effet, comme décrit précédemment, les signes cliniques de l'eczéma varient selon les phototypes. Ainsi, pour combler ces lacunes, une nouvelle version a été conçue à partir de patients présents dans des pays de l'Afrique subsaharienne tels que le Bénin, le Cameroun etc).

Cette nouvelle version s'avère plus inclusive et témoigne de la volonté des équipes de recherche à tenir davantage compte de la dermatologie des peaux noires.



Fig 68 : Outil Patient-Oriented SCORing. Images standardisées des symptômes de la dermatite atopique pour la notation chez les personnes à peau blanche ou noire.

B.2.1.5 Facteurs aggravants

La dermatite atopique peut-être déclenchée ou aggravée à partir de plusieurs facteurs :

- Internes : prédisposition génétique, terrain allergique prédisposé se caractérisant par de l'asthme ou des rhinites régulières, le stress etc
- Environnementaux : cosmétiques (des soins inadaptés), douche très chaude, l'alimentation, le tabac etc

Ainsi, au-delà de la prescription d'un traitement qui constitue une étape fondamentale dans la prise en charge de la DA, il sera important de tenir compte de ces facteurs pour tenter, au mieux, de limiter l'intensité des crises et ainsi améliorer le quotidien des patients. [88] [89]

B.2.1.6 Qualité de vie

Plusieurs études démontrent que la qualité de vie des patients (enfants et adultes) souffrant d'eczéma atopique est fortement atteinte. Les symptômes les plus contraignants sont la douleur, les démangeaisons et l'aspect inesthétique. Cela engendre chez certain un impact émotionnel

qui se caractérise par une perte d'estime de soi, un isolement social ou encore une dépression dans les cas les plus graves. [90]

Dans ce sens, des ateliers d'éducation thérapeutique ou des outils sont mis en place afin de leur permettre de mieux appréhender les crises, d'avoir les soins adaptés et ainsi de limiter l'influence de leurs symptômes dans leur quotidien.

B.2.1 Eczéma de contact

L'eczéma ou dermatite de contact (ACD) se différencie de l'eczéma atopique par son mécanisme d'apparition. En effet, l'eczéma de contact est une réaction inflammatoire déclenchée par la peau suite à une sensibilisation à un allergène. Le terrain génétique favorisant l'allergène n'est pas une obligation.

La dermatite de contact est principalement sous forme aiguë. Ses symptômes disparaissent une fois que l'allergène déclencheur n'est plus en contact avec la peau. Elle sera jugée chronique, notamment pour l'eczéma de contact chronique des mains lorsque l'allergène est omniprésent dans le quotidien et qu'il est très difficile pour le patient de s'en éloigner.

Les lésions de l'ACD sont similaires à celles de l'eczéma atopique, on retrouve l'érythème, le prurit, un gonflement ou encore des vésicules. Elles peuvent également faire suite à une hyperpigmentation post-inflammatoire. Leurs localisations varient selon la zone cutanée en contact avec l'allergène. Ainsi, il peut se localiser sur le visage (le contour des yeux est courant) et sur l'ensemble du corps (les parties génitales comprises).

Concernant sa physiopathologie, celle-ci suit le schéma classique d'une réaction allergique et se témoigne donc par l'augmentation des IgE et des cytokines inflammatoires.

Pour une prise en charge optimale, il est recommandé de pouvoir effectuer un patch-tests épicutanés afin de pouvoir identifier les allergènes. Voici une liste non exhaustive partagée par le site Ameli [91] :

- Les produits vestimentaires : vêtements (teintures), chaussures (cuir, colle, caoutchouc...) et accessoires en nickel (bijoux fantaisie, boutons de pantalon, boucle de ceinture...)
- Les cosmétiques : parfum, shampoing, déodorant, teinture capillaire, laque, rouge à lèvres, vernis à ongles, lingettes démaquillantes...
- Les médicaments à application cutanée (topiques) ou produits de soins : antiseptiques, crèmes anti-inflammatoires, baume du Pérou, pansements adhésifs...

Des exemples de cas cliniques :



Fig 69 : Eczéma de contact henné [92]



Fig 70 : Eczéma de contact médicament

B.2.2 Le psoriasis [93] [94]

En 2014, l’OMS reconnaît le psoriasis comme une “maladie chronique, non transmissible, douloureuse, défigurante et invalidante”. Les lésions du psoriasis sont majoritairement décrites par l’apparition de plaques rouges recouvertes de squames. Il est important de pouvoir décrire l’ensemble de ses formes car le psoriasis peut aussi avoir une atteinte sur la santé interne (cardio vasculaire, articulaire etc). De plus, c’est une maladie fréquente mais les cas cliniques sur les peaux noires sont peu présentés.

B.2.2.1 Epidémiologie

Le psoriasis touche plus de 60 millions d'adultes et d'enfants dans le monde. Sa prévalence est estimée en moyenne entre 1 et 3% de la population mondiale, une valeur en corrélation avec celles de nombreux pays développés qui oscille entre 0,05 et 3,7%.

Plusieurs études démontrent que sa prévalence est plus importante chez les sujets caucasiens. Néanmoins, il est important de tenir compte que celle-ci est fortement sous-estimée. En effet, du fait de la difficulté de reconnaître les formes cliniques sur les peaux pigmentées, elles sont plus susceptibles d'avoir un psoriasis non diagnostiqué.

Concernant l'âge, tout comme pour l'eczéma, le psoriasis suit une évolution bimodale avec une première apparition aux alentours de 16 et 22 ans puis 55-60 ans. Ceci n'est pas exclusif.

B.2.2.2 Physiopathologie

La physiopathologie du psoriasis peut se définir en 5 étapes [95] :

1. Activation de l'immunité innée cutanée, principalement les kératinocytes, par des stimuli environnementaux.
2. Activation de l'immunité adaptative, principalement les lymphocytes (LT) Th1 et Th17, par les cellules dendritiques (DC) sensibilisées par les kératinocytes.
3. Production de fortes quantités de cytokines et chimiokines par les kératinocytes, les DC et les LT.
4. Activation de l'endothélium vasculaire, angiogenèse et recrutement de leucocytes dans l'épiderme où ils perpétuent l'activation des kératinocytes.
5. Prolifération des kératinocytes avec altération de leur programme de différenciation aboutissant à la génération des lésions.

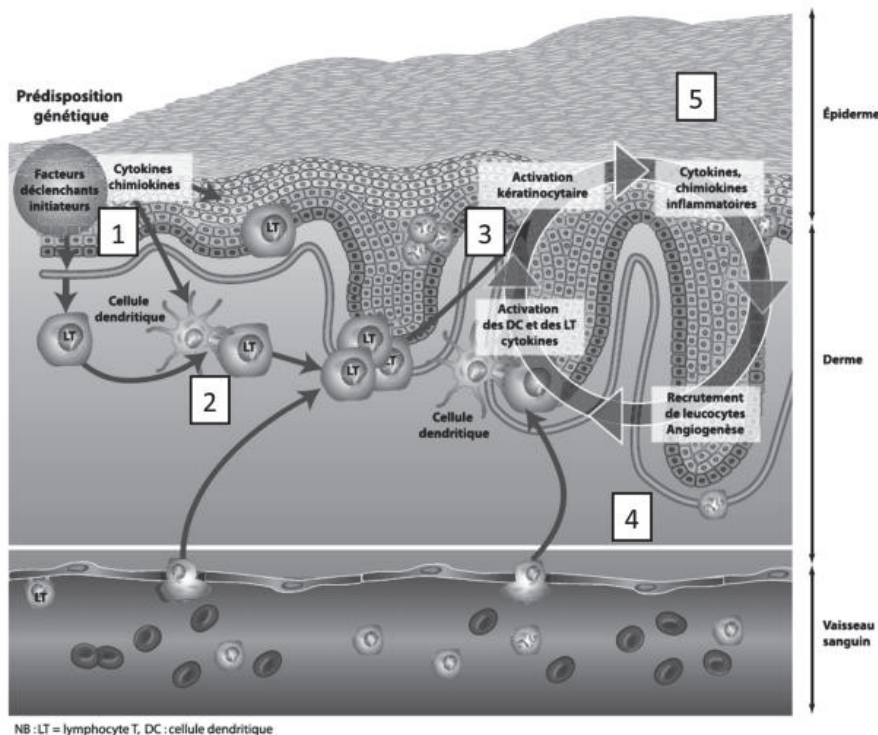


Fig 71 : Physiopathologie du psoriasis

Pour comprendre les différences de prévalences entre les groupes ethniques, il faut pouvoir étudier la physiopathologie à l'étape génomique. Différentes études étudient alors les polymorphismes génétiques. Il se définit par exemple que :

- HLA-Cw6 est le premier gène à être associé significativement à la sensibilité au psoriasis. Le HLA-Cw * 06 survient fréquemment chez les Nigériens, les Zimbabwéens, les Sud-Africains et les Afro-Américains.
- L'absence des gènes de l'enveloppe cornée tardive LCE3B et LCE3C (LCE3C_LCE3B-del) est associée à un risque accru de psoriasis. La fréquence de ces gènes s'est avérée plus faible chez les Africains subsahariens atteints de psoriasis (28 à 35 % touchés) par rapport aux individus d'autres groupes ethniques y compris ceux d'Asie, d'Europe, d'Amérique, d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient. (50–62 % touchés).

B.2.2.3 Histopathologie

Le psoriasis est une dermatose polymorphe [96]. Il existe quatre grands types de psoriasis :

- Le psoriasis en plaque ou le psoriasis vulgaire : Il représente 80% des cas de psoriasis en France et se caractérise par la présence, sur une zone bien délimitée, d'un érythème,

d'un épaissement et de squames. Son aspect varie selon son épaisseur, sa taille, sa forme et sa zone de distribution.

- Le psoriasis en goutte : Estimé à 2%, il se définit par la présence, majoritairement sur le tronc, d'une multitude de papules squameuses de quelques millimètres de diamètre et réparties selon un schéma centripète. Il peut évoluer en psoriasis en plaque lorsque les lésions s'agglutinent et atteignent alors plusieurs centimètres.
- Le psoriasis pustuleux : Plus rare, il se caractérise par l'apparition de pustules stériles et d'un érythème. Il se distingue deux formes : une localisée majoritairement présente sur les paumes des mains et/ou les plantes des pieds et une généralisée nommée aussi acrodermatite continue d'Hallopeau.
- Le psoriasis érythrodermique généralisé : Très rare, il est défini comme une maladie auto-inflammatoire. Il touche l'intégralité du corps et se présente sous la forme de pustules stériles disséminées qui s'accompagnent le plus souvent de fièvre et de frissons. Il évolue par poussées périodiques mais c'est une forme grave pouvant mettre la vie en danger.

La localisation du psoriasis est diverse mais les formes les plus courantes sont les coudes, les genoux, la région lombaire et le cuir chevelu. Il se distingue alors :

- Le psoriasis du cuir chevelu : 50 à 80 % des personnes atteintes de psoriasis ont un psoriasis du cuir chevelu. Les plaques sont couvertes de squames qui lors de la desquamation sont apparentées à des grosses pellicules. Il existe le signe de "la rosée sanglante" : le grattage des lésions peut les faire saigner facilement.
- Le psoriasis inversé ou psoriasis des plis : Il se localise principalement sur les zones de frottement telles que les aisselles, les plis de l'aîne, sous les seins, l'espace entre les orteils ou entre les doigts etc. Il est le plus souvent sous une forme de plaque plus enflammée que squameuse.

- Le psoriasis palmo-plantaire : Sur la paume des mains et/ou des plantes des pieds. Du fait de sa localisation, il est particulièrement douloureux pour le patient.
- Le psoriasis unguéal : Localisé sur les ongles, il représente environ 50% des patients. Polymorphe, il peut se caractériser par de petites dépressions sur la surface de l'ongle ("en dés à coudre"), un décollement, des taches et/ou des stries, un épaissement.
- Le sébo-psoriasis : Il atteint les zones principalement séborrhéiques du visage telles que les ailes du nez, les « plis d'amertume » ou encore les sourcils. Il se localise également à la lisière du cuir chevelu.

A savoir, le psoriasis peut également avoir une atteinte articulaire et se nommer alors rhumatisme psoriasique. Les principales articulations touchées sont les hanches, les genoux, les doigts et les orteils. Il entraîne une inflammation chronique pouvant déformer l'os. Les tendons et ligaments peuvent également être touchés. Il fait donc suite à de fortes douleurs, une raideur articulaire. [97]

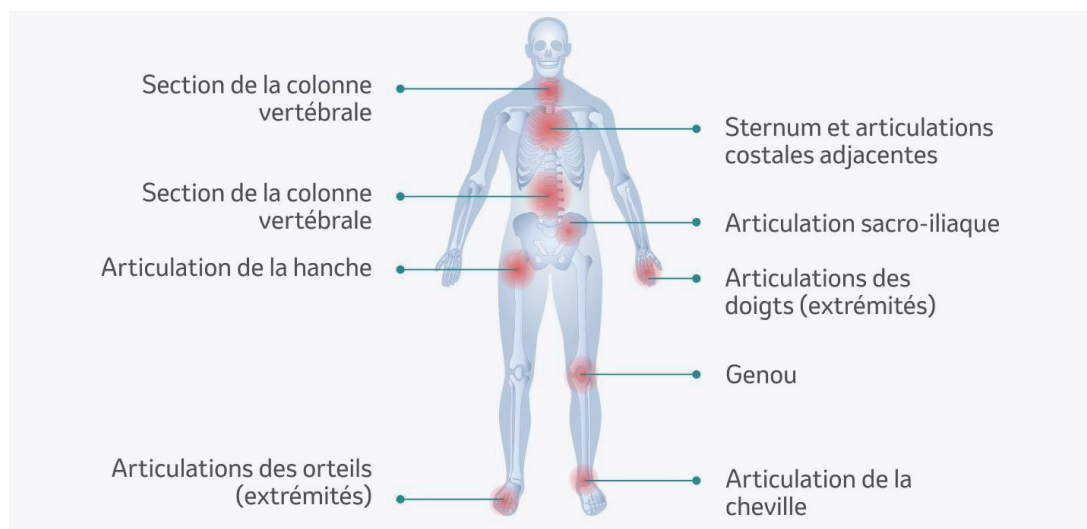


Fig 72 : Schéma localisation du psoriasis [98]

Enfin, un psoriasis sévère peut augmenter de 60% la probabilité d'avoir des complications cardiaques.

Comme décrit précédemment, la principale difficulté dans l'accompagnement du psoriasis chez les patients aux peaux foncées concerne le diagnostic. D'une part car celui-ci possède ses

propres formes cliniques très variées mais aussi car celles-ci se différencient parfois d'une peau caucasienne à une peau pigmentée. En effet, sur les phototypes V à VI, l'érythème a une couleur violacée à grisâtre, les lésions s'accompagnent de dyspigmentation (à la fois hyper- et hypopigmentation). Elles sont plus épaisses, plus squameuses et avec une atteinte corporelle plus grande. Voici des photos qui représentent ces caractéristiques cliniques :



Fig 73 : Psoriasis en plaques sur des phototypes V et VI. A/ Coude B/ Genou



Fig 74 : Psoriasis en gouttes



Fig 75 : Psoriasis du cuir chevelu



Fig 76 : Psoriasis unguéal

B.2.2.4 Facteurs aggravants

Le psoriasis est une dermatose plurifactorielle. Bien que génétique, elle nécessite le plus souvent un stimuli provenant de l'environnement pour être déclenchée. Parmi les facteurs, on note : le stress, l'infection (en particulier streptococcique), la consommation d'alcool, le tabagisme, l'exposition à des médicaments tels que le lithium ou les antipaludéens mais aussi la prise de poids et l'obésité.

B.2.2.5 Qualité de vie

Tout comme pour l'eczéma, le psoriasis a également un fort impact sur la qualité de vie des patients. Au-delà de l'inconfort quotidien à cause des démangeaisons, des douleurs et des squames, l'atteinte psychologique causée par l'aspect inesthétique des lésions est la plus importante. Celle-ci peut entraîner une perte d'estime de soi, un isolement social et parfois une dépression.

Témoignage lors d'une consultation : Une patiente âgée souffrait d'une détresse psychologique à cause de son psoriasis. Elle nous raconta que chaque matin, elle se lève plus tôt que son mari pour pouvoir enlever les squames de son lit pour ne pas qu'il les voit...

B.3 De l'hypochromie à l'acromie

Il faut distinguer l'hypochromie où persiste une pigmentation résiduelle de l'achromie où la peau est totalement décolorée. Elles regroupent un ensemble de dermatoses et touchent tous les phototypes cutanés. Cependant, le contraste entre une peau noire et les taches blanches est davantage marquée sur les peaux pigmentées ainsi, l'impact sur leur qualité de vie sera plus important.

B.3.1 Les hypochromies cutanées

Les hypochromies cutanées regroupent les dermatoses suivantes (liste non exhaustive) : les eczématides, la dermatite séborrhéique, le pityriasis versicolor, la dyschromie créole, l'hypochromie post-lésionnelle et le naevus achromique

Les eczématides, la dyschromie créole et le pityriasis versicolor ont été respectivement présenté dans les dermatoses physiologiques.

B.3.1.1 La dermatite séborrhéique

La dermatite séborrhéique ou dermite séborrhéique est une dermatose inflammatoire, bénigne, non contagieuse. De caractère chronique, elle évolue par poussées récidivantes.

Elle est causée suite à la prolifération de la levure *Malassezia* sur les zones séborrhéique (grasse) de la peau. Elle engendre une inflammation cutanée et l'accélération du renouvellement cellulaire ce qui crée des plaques érythémateuses et squameuses qui peut évoluer en plaque achromiante. Les lésions se localisent préférentiellement sur le cuir chevelu, les sourcils et l'espace qui les sépare et le sillon entre le nez et les joues. [99]

B.3.2 Les achromies cutanées

Les dermatoses achromiantes sont peu nombreuses, elles regroupent, en outre, le vitiligo, le lupus érythémateux chronique, l'achromie post-traumatique, l'hypomélanose idiopathique en gouttes et l'albinisme.

B.3.2.1 Le vitiligo [100] [101] [102]

Le vitiligo est une dermatose bénigne et auto-immune. Elle se manifeste par une hypopigmentation progressive de la peau qui se caractérise par l'apparition de taches blanches bien délimitées.

B.3.2.1 Epidémiologie

La prévalence mondiale du vitiligo est évaluée entre 0,5 et 3%. En Afrique, la prévalence hospitalière du vitiligo à Cotonou était de 0,9 %. En Afrique de l'Ouest, elle est très variable : 0,5 % au Togo, 1,2% au Sénégal et 2,8 % au Nigeria.

Le caractère génétique est confirmé avec une estimation qui atteste qu'une personne ayant au moins un parent de premier degré atteint de vitiligo a 4,5 fois plus de risque d'en développer un en grandissant. L'âge d'apparition des premiers symptômes du vitiligo est entre 10 et 20 ans.

B.3.2.2 Physiopathologie

Le vitiligo est une maladie auto-immune qui détruit les mélanocytes. Sa physiopathologie n'est pas encore pleinement définie mais son caractère multifactoriel comprend :

- Une composante génétique : Plusieurs gènes ont été définis tels que HLA, CTLA4, NLRP1, TYR etc. Ils sont donc impliqués dans la pigmentation de la peau et le fonctionnement immunitaire.
- Une composante inflammatoire / auto-immune : La voie de signalisation cellulaire IFN-gamma / JAK / CXCL10, semble jouer un rôle clef. Il est également mis en évidence

une expression importante de l'interféron gamma et du TNF alpha et une diminution du TGF bêta. De plus, la présence des lymphocytes T CD4+ et les cellules auxiliaires Th1 est aussi augmentée. Des niveaux d'homocystéines et de tyrosine hydroxylase (enzyme anti-inflammatoire) sont aussi en croissance.

B.3.2.3 Histopathologie

Il existe différentes formes de vitiligo selon l'extension hypochromiante et la localisation des lésions.

- Le vitiligo segmentaire : La dépigmentation est bien délimitée et est jugée unilatérale car elle se localise sur un seul côté du corps. Cette forme est peu fréquente.
- Le vitiligo non segmentaire : Il débute d'une simple tache blanche puis évolue de façon bilatérale et symétrique sur le corps. Les principales zones initiales sont le visage, les mains et les pieds puis il se développe sur les bras, les jambes etc. C'est la forme la plus courante.
- Le vitiligo universalis : Lorsque les lésions dépigmentées sont présentes sur tout le corps.
- Le vitiligo leucotrichie : Dans cette forme, les mélanocytes des poils et des cheveux sont aussi touchés ce qui leur confère une couleur blanche.



Fig 77 : Vitiligo segmentaire

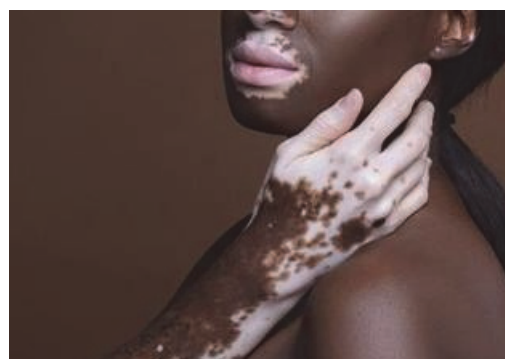


Fig 78 : Vitiligo non segmentaire

B.3.2.3 Qualité de vie

Le vitiligo impacte fortement la qualité de vie des patients. Dans un premier temps, car 15 à 20% de personnes atteintes d'un vitiligo généralisé souffriraient en parallèle d'une hypo- ou d'une hyperthyroïdie auto-immune. Plus généralement, la composante inflammatoire du vitiligo peut influencer l'apparition d'une polyarthrite rhumatoïde, d'un diabète de type 1 ou des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. D'un point de vue cutané et associé aux lésions du vitiligo, celle-ci sont plus sensibles aux rayonnements du soleil. Par conséquent le risque d'érythème est augmenté. Enfin, il est relevé que ces lésions entraînent un prurit jugé désagréable pour les patients.

Dans un second temps, la principale complication du vitiligo se définit par son atteinte psychosociale. Elle entraîne chez la majorité des patients une grande détresse émotionnelle causée par un teint non uniforme engendré par les lésions dépigmentées. De nombreux patients seront également stigmatisés ce qui accentuera leur perte d'estime de soi, leur retrait social et/ou leur dépression.

B.3.2.1 L'albinisme [103]

L'Albinisme est une dermatose rare, héréditaire, non transmissible et incurable. Les sujets atteints se nomment albinos.

Cette dermatose est très caractéristique car elle se définit par une absence majoritairement totale de mélanine. Ainsi, les albinos ont cliniquement, une couleur de peau très claire, des cheveux blancs et des yeux clairs quelle que soit leur origine (européenne ou africaine).



Fig 79 : Photo d'un homme africain albinos

B.3.2.1 Physiopathologie et aspect clinique

La physiopathologie se définit par un ensemble de mutations génétiques affectant la mélanogenèse. Les gènes touchés déterminent la classification des différents types d'albinisme selon les phénotypes et la sévérité de la maladie. Il en existe 4 grands types d'albinisme :

- L'albinisme Oculo-cutané de type 1 : Il est causé par une mutation d'un gène codant pour la tyrosinase. C'est la forme la plus grave car elle se définit cliniquement par une absence totale de mélanine. Les sujets atteints ont donc des yeux cheveux ainsi qu'une peau et des cheveux blancs.
- L'albinisme Oculo-cutané de type 2 : La mutation est réalisée sur le gène AOC2 codant pour la protéine p. Les patients atteints ont des cheveux et une peau marron clair. Leur iris est gris. Sa prévalence est plus importante chez les patients d'origine africaine. L'albinisme AOC2 est estimé à 1/500 dans une population africaine contrairement à 1/40000 en Europe.
- L'albinisme Oculo-cutané de type 3 : Il est également nommé albinisme de Roufus ou roux. Il est causé par une mutation du gène AOC3 codant pour l'enzyme TYRP1. Sa prévalence est essentiellement estimée sur les patients d'ascendance africaine. Elle se définit à 1 personne sur 8500 en Afrique et comme rare ailleurs. Cliniquement, ils ont une peau de couleur cuivré, des cheveux roux et des yeux marrons.
- L'albinisme Oculo-cutané de type 4 : La mutation est réalisée sur le gène SLC45A2 codant pour la protéine.

B.3.2.1 Qualité de vie

D'une part, car L'albinisme est une dermatose qui impacte fortement la qualité de vie des patients.elle engendre diverses complications :

- Cutanées : L'absence de mélanine rend la peau des albinos beaucoup plus sensibles aux rayonnements du soleil. Ils sont donc très sujets aux érythèmes, aux kératoses actiniques, aux taches d'hyperpigmentation, aux télangiectasies mais aussi aux cancers cutanés.
- Opthalmiques : 5 à 10% des malvoyants dans le monde seraient atteints d'albinisme. Ils souffrent majoritairement de nystagmus (mouvements répétés et involontaires des yeux), de strabisme (yeux non alignés) et de photophobie.

De plus, l'atteinte de la qualité de vie est aussi psycho-sociale. En effet, les complications précédemment citées ont un impact dans leur quotidien. Ceux souffrant de déficience visuelle ne peuvent par exemple pas conduire. Cela influence également leur capacité à lire et/ou étudier ce qui peut leur causer un retard dans leur éducation scolaire ou les bloquer dans leur vie professionnelle.

Par ailleurs, en Afrique, les albinos sont particulièrement victimes de stigmatisations et de discriminations. De nombreuses fausses croyances subsistent sur leurs caractéristiques cliniques. Au-delà qu'ils peuvent abandonner par leur famille, certains sont tués afin de pouvoir revendre leurs organes jugés nécessaires pour certains rituels culturels. Des organismes associatifs sont ainsi créés dans le but de les regrouper et de les protéger. Il leur procure un environnement sécurisant, un accès à un enseignement scolaire adapté à leur handicap si besoin et enfin la possibilité d'avoir des soins pour traiter leurs complications cutanées et ophtalmiques.

B.3.2.3 L'hypomélanose idiopathique en gouttes

L'hypomélanose en gouttes ou achromie lenticulaire idiopathique est une dermatose bénigne et très fréquente. Elle se caractérise par l'apparition de petites macules hypo ou achromiques (d'où l'appellation en goutte) sur les zones essentiellement photoexposées.

Sa physiopathologie est encore mal connue. Des études mettent en lumière l'implication de E-cadhérine, molécule responsable de l'adhésion des mélanocytes aux kératinocytes.



Fig 80 : Hypomélanose idiopathique en gouttes sur un moulet

Partie 4 : Le contexte socio-culturel

Les trois premières parties sont consacrées aux spécificités dermatologiques des peaux noires. Cependant, comme précisé en introduction, le terme “peau noire” ou “peau pigmentée” est très large. Dans le cadre de cette thèse, elle reflète majoritairement l’ascendance africaine commune. Ainsi, nous prendrons en compte les caractéristiques dermatologiques des populations noires d’Afrique, des Antilles et de France.

Les principales problématiques cutanées de chacune de ces populations seront présentées dans la partie suivante nommée : Les principaux motifs de consultations. Au-delà de l’aspect dermatologique, il serait également judicieux d’apporter une vision sociologique et culturelle à cette thèse ; cela permettra ainsi de pouvoir comprendre et mieux appréhender le patient à la peau pigmentée lors d’une consultation dermatologique ou au comptoir d’une pharmacie. En effet, une femme noire vivant en Afrique, une femme noire vivant aux Antilles et une autre qui vit en France métropolitaine n’ont pas les mêmes modes de vies et n’ont pas les mêmes problématiques cutanées.

Nous partirons du constat que l’histoire commune aux sujets de phototypes IV à VI présents dans ces différents territoires est la traite négrière. Nous analyserons ensuite comment le Sénégal, la Martinique et la France se sont construits politiquement, économiquement et socialement autour de celle-ci.

Par ailleurs, nous montrerons que l’environnement socio-culturel peut impacter la perception qu’un individu peut avoir sur sa couleur de peau. Ajouté à cela, l’environnement et la qualité de vie menée en relation avec le lieu d’habitation, on ne peut ignorer que l’ensemble de ces facteurs externes puissent influencer l’apparition des problématiques cutanées.

A. L'Afrique - le Sénégal

A.1 Organisation économique du pays

Afin d'attester la certitude de mes données, celles-ci seront toutes retranscrites à partir du site officiel de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie Sénégalaise (ANSD).
[104]

A.1.1 Situation économique

Avec un PIB estimé en 2021 à 15 288 milliards d'euro, l'économie sénégalaise a enregistré un taux croissant de 6,5% en 2021 contre 1,3% en 2020. Cette situation est consécutive à la reprise de l'activité économique après la crise sanitaire mondiale liée au Covid-19.

De plus, une hausse de 1,6% du niveau général des prix est notée en 2021. Les dépenses de consommation finale ont progressé, en volume, de 4,8% après 2,1% en 2020. Cette hausse est en relation avec l'évolution des dépenses de consommation publiques estimées à 13% et l'augmentation de 3,0% de la consommation des ménages qui représentaient respectivement en 2020, 1,6% et 2,2%

Par ailleurs, la situation économique et sociale du pays se concentre principalement dans la région de Dakar et celles en périphéries. Capitale du Sénégal, elle est la région la plus peuplée et développée du pays. Sa position stratégique et la présence du plateau technique le plus relevé du pays lui confère le statut de pôle lucratif des dépenses de santé.

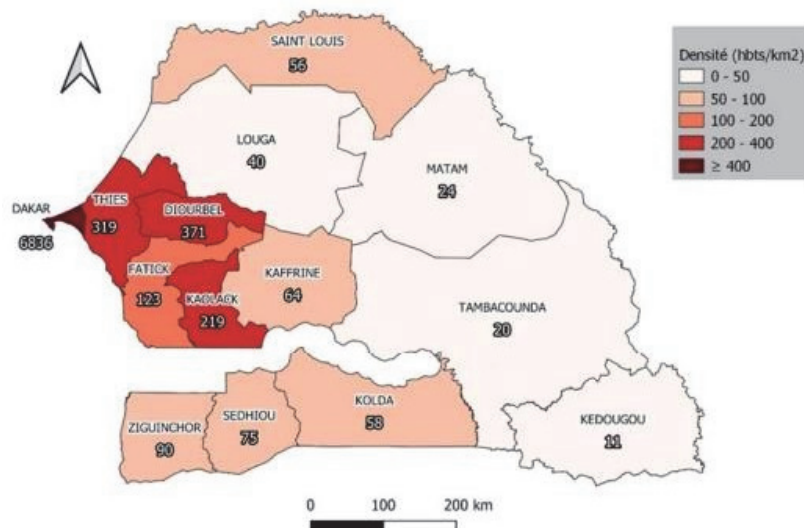


Fig 81 : Cartographie des densités de population des régions du Sénégal en 2019.

Issue de l'ANSD, données de projection 2019

A.1.2 Domaine de l'emploi

L'analyse de la structure de la population en âge de travailler, et particulièrement celle des jeunes (15 à 34 ans), montre que 33,1% d'entre eux ne sont ni en scolarisation, ni en formation, ni en emploi (NEET). Elle est plus importante en milieu rural où 38,6% des jeunes sont concernés contre 26,0% à Dakar. Pour autant, le taux de participation de la main-d'œuvre est un indicateur de mesure du dynamisme d'une population en âge de travailler. Après analyse, en 2019, il est estimé à 61,0% contre 59,8% en 2018. Cela démontre la volonté de ces jeunes à chercher un emploi pour améliorer leur qualité de vie.

A l'opposé, le taux d'emploi est estimé au niveau national à 43,9%. Le statut dans l'emploi varie selon le sexe, l'âge et le niveau d'instruction. A noter que le marché de l'emploi pour la population locale est fortement concurrencé avec les étrangers issus ou non de la Diaspora. L'Afrique (et notamment le Sénégal) est porteuse d'avenir par sa capacité à se développer c'est pourquoi elle suscite l'intérêt de personnes vivant dans les pays développés (Etats-Unis, France, Chine etc).

Par ailleurs, il est important de mettre en avant les disparités hommes-femmes :

- Population NEET : les femmes 47,4% et les hommes 18,4%
- Population avec emploi : les femme 31,2% et les hommes 57,3%

La contrebalance s'effectue dans l'entrepreneuriat où la part des femmes est plus importante (74,4%) que celle des hommes (55,1%). Il est en effet ressenti depuis quelques années l'engouement des femmes à vouloir entrer dans le monde professionnel, et pour une grande partie d'entre elles leur domaine de prédilection est le domaine de la beauté ; notamment la création d'institut de soin, de marques de vêtements ou de cosmétiques par exemple.

A.1.3 Seuil de précarité

En 2019, le taux de pauvreté monétaire au Sénégal est estimé à 37,8% (EHCVM 2018/2019) contre 14,6% en France.

De grandes disparités sont analysées au sein du pays selon les milieux de résidence et les régions. Statistiquement, il est défini qu'en milieu urbain, 19,8% de la population (soit deux personnes sur 10) vivent sous le seuil de pauvreté alors qu'en milieu rural, elle représente plus de la moitié (53,6%).

Démographiquement, 75,4% des pauvres vivent en milieu rural contre 24,6% en milieu urbain. Les zones urbaines sont la région de Dakar et celle de Thiès, qui, grâce aux villes telles que Dakar et Saly constituent des grandes mégapoles avec des infrastructures plus développées. Par ailleurs, la région de Dakar, de par ses opportunités économiques est la région qui présente le niveau de pauvreté le plus bas avec moins d'une personne sur dix, soit un taux de 9,0%. Elle est suivie par la région de Thiès où le tiers de la population (34,1%) est touchée par la pauvreté. A contrario, plus l'on s'éloigne de ces deux régions, plus la population est pauvre : Saint-Louis (40,1%) et Kaolack (41,5%) en périphéries contre Sédhiou (65,6%) et Kédougou (61,9%) qui sont les régions les plus reculées.

A.1.4 Qualité de vie

Le Sénégal est aussi connu sous l'appellation "Pays de la Téranga". L'hospitalité de la population est légendaire. Elle se dit accueillante, rassurante et conviviale. L'accueil des habitants, l'histoire du pays et les infrastructures développées font du Sénégal une destination très prisée des touristes souhaitant découvrir l'Afrique.

Cependant, la qualité de vie s'étudie sur les personnes vivantes et travaillant dans le pays. Les inégalités sont alors très marquées. Certaines personnes auront un travail décent leur permettant d'avoir un logement avec climatisation, la possibilité d'avoir des domestiques etc. A l'opposé, certaines personnes sans emploi ou en sous-emploi vivront dans la rue et auront des difficultés à subvenir à leurs besoins vitaux. Entre ces deux classes subsistent les personnes de classes moyennes. Ces différents profils d'habitants seront détaillés dans la sous-partie : comprendre les consommatrices (p161)

Défini selon l'ANSD et son rapport sur la qualité de vie du pays (EHCVM 2018/2019), voici quelques indicateurs clés :

- L'approvisionnement en eau : 78,7% des ménages ont accès à une source d'eau potable (EHCVM 2018/2019). L'accès est quasi universel dans la zone urbaine de Dakar (97,0%) et dans une moindre mesure en milieu urbain des autres régions (82,0%). Environ 6 ménages ruraux sur 10 ont accès à une eau potable.
- L'électricité : plus de la moitié des ménages ruraux ont accès à l'électricité (52,5%), alors que près de 9 ménages urbains sur 10 en disposent (97,4% à Dakar et 88,7% dans les autres milieux urbains).
- L'accès à l'énergie pour la cuisson : les principaux combustibles utilisés pour la cuisson sont le bois (45,2% dont 32,8% pour le bois ramassé et 12,4% pour le bois acheté), le gaz (34,0%) et le charbon de bois (18,7%).

A.1.5 Accès au système de santé

La répartition du personnel de la santé varie également selon les régions. La région de Dakar concentre plus du tiers (36%) des professionnels de santé. Elle sera suivie de 11% à Thiès puis de 8% à Diourbel. Toutes les autres régions regroupent moins de 10%.

L'accès au soin se divise en deux secteurs :

- L'offre publique avec les établissements de santé publique (EPS), les points de prestation des districts sanitaires, les structures de l'hygiène, les structures de l'Action sociale.
- L'offre privée avec les structures privées sanitaires (SPS) comprenant des hôpitaux, des cabinets, des cliniques etc.

La présence de dispositifs médicaux et/ou de traitements ainsi que le degré de qualification des professionnels de santé seront des marqueurs de disparités entre ces deux types d'offres.

Région	Catégorie socio-professionnelle					Total	Pourcentage
	Assistant infirmier d'état	Chirurgien	Infirmier diplômé d'Etat	Médecin	Sage-femme d'Etat		
Dakar	404	111	781	767	568	2 631	36%
Diourbel	132	12	141	104	222	611	8%
Fatick	59	3	81	26	118	287	4%
Kaffrine	60	1	44	14	100	219	3%
Kaolack	81	3	79	19	140	322	4%
Kédougou	23	1	29	7	35	95	1%
Kolda	58	4	48	15	59	184	3%
Louga	65	5	96	31	116	313	4%
Matam	79	3	75	24	102	283	4%
Saint Louis	119	8	84	58	136	405	6%
Sédhiou	47	1	24	14	71	157	2%
Tambacounda	117	4	96	35	141	393	5%
Thiès	165	17	255	108	240	785	11%
Ziguinchor	153	9	159	65	148	534	7%
Total	1 562	182	1 992	1 287	2 196	7 219	

Fig 82 : Répartition du personnel de soin selon les régions sénégalaise en 2019

Source : MSAS, annuaires statistiques des ressources humaines en 2019

Par ailleurs, concernant l'accès et le financement des soins, le Sénégal dispose d'un régime de sécurité sociale. D'après le blog expatassure.com, la caisse de sécurité sociale du Sénégal ne

prend pas en charge les soins de santé en dehors du travail (accidents du travail, maladies professionnelles et prestations de prévoyance dans le cadre d'un arrêt de travail etc). [105]

L'assurance maladie sénégalaise est donc gérée par d'autres organismes, segmentés selon chaque catégorie de la population :

- Les salariés d'entreprises privées sont pris en charge par une assurance maladie d'entreprise (instituts de prévoyance maladie – IPM), à laquelle les employeurs doivent s'affilier obligatoirement. Sont également pris en charge les conjoints et les enfants des salariés.
- Les fonctionnaires et leurs conjoints/enfants : les frais médicaux sont supportés à 4/5 par l'Etat. Les 20% restant sont à leur charge.
- Les personnes de plus de 60 ans et les enfants de moins de cinq ans sont pris en charge gratuitement par un régime d'assistance médicale public.
- Les travailleurs indépendants, ainsi que les autres catégories de la population (secteur informel), s'assurent via des mutuelles de santé.

A.2 La perception de la couleur de peau

A.2.1 L'histoire du Sénégal [106]

A.2.1.1 La traite négrière à l'abolition de l'esclavage

L'Afrique dont le Sénégal était au cœur de la traite négrière. En effet, les bateaux quittaient l'Europe chargés de marchandises telles que des armes, des munitions, des tissus, de la verroterie etc en directement des côtes africaines. Ces objets étaient échangés contre des esclaves qui seront revendus par la suite sur les marchés des Amériques et des Caraïbes pour travailler dans les plantations de cannes à sucre, de coton, de café etc. [107]

Les premiers colons à arriver dans l'empire du Mali (dans la partie est du Sénégal actuel) furent les Portugais au XVème siècle. La traite des noirs s'organisa au cours du XVIème siècle. C'est en 1626 que les premiers colons français s'installèrent sur Saint-Louis mais après plusieurs années de conflit avec la Grande-Bretagne, le 10 février 1763, suite au traité de Paris, la France accepta officiellement la conquête anglaise du Sénégal. [108]



Les possessions françaises furent alors réduites à l'île de Goré, la loge de Juda sur la Côte d'Or. La France était satisfaite de cet accord car elle conserva l'île de Gorée qui était considérée comme "la clé du commerce de la traite négrière" [109]. En effet, située au large de la presqu'île du Cap-Vert, elle est le lieu de départ des bateaux d'esclaves en destination des Caraïbes. Cet emplacement lui accorda le monopole du commerce sénégalais.

Fig 83 : Reconstitution de la maison des esclaves sur l'île de Gorée. On peut apercevoir la porte de non-retour en bas à gauche.

Un premier décret pour l'abolition de l'esclavage fût mis en place en 1794 mais il fût réinstauré par Napoléon en 1802. L'abolition définitive aura lieu le 27 avril 1848.

Suite au premier décret et forcé de constater que la traite négrière aurait une limite, les autorités coloniales décident de changer leurs visions sur l'Afrique. En effet, l'objectif était de pouvoir dans ce cas, utiliser les nègres sur place. Dans ce sens, ils constituèrent des colonies basées sur la mise en valeur du potentiel des sols africains considérés comme des ressources naturelles diverses. C'est pourquoi, après 1848, les africains passèrent d'un statut d'esclaves sanctionnés à esclaves rationalisés car ces nouveaux citoyens, rattachés à l'empire colonial Français, restèrent pendant de nombreuses années sous l'emprise hiérarchique économique et sociale des anciens maîtres.

A.2.1.2 L'empire colonial à l'indépendance du pays [110] [111]

En 1895 la France créa l'Afrique Occidentale Française (A.O.F), une fédération regroupant au fil du temps, la Mauritanie, le Sénégal, le Soudan français (devenu Mali), la Guinée, la Côte d'Ivoire, le Niger, la Haute-Volta (devenue Burkina Faso) et le Dahomey (devenu Bénin).

L'objectif était d'avoir un véritable ministère des colonies afin de centraliser et coordonner la gestion des colonies sous une même autorité. Dakar en sera la capitale en 1904.

Durant l'empire colonial, la population africaine était toujours sous l'emprise hiérarchique des Français malgré leur statut de citoyen des colonies. Elle était majoritairement perçue comme de la main-d'œuvre ouvrière embauchée pour l'entretien et la création des maisons et des infrastructures (chemin de fer etc) ou encore dans le domaine de l'agriculture. Suite à la mise en place d'un système scolaire centré sur la culture occidentale (christianisme et l'histoire de France), certains africains réussissent à atteindre les classes moyennes et quelques élites intellectuelles ont pu se démarquer et tenter de faire avancer la situation économique et sociale de leur pays telles que Léopold Sédar Senghor.

Parallèlement, il est créé le corps des tirailleurs sénégalais par un décret de Napoléon III en 1857. Il représente un groupe d'africains qui était majoritairement contraint de rejoindre les troupes françaises lors des campagnes et des guerres menées par la France. Ils auront une place importante dans la défense et la victoire de la France lors de ces deux conflits mondiaux. Ils seront également mis à contribution lors des deux grands conflits de décolonisation, en Indochine et en Algérie. Fait intéressant, Blaise Diagne, député en 1914 est le premier noir à être porté à la tête de la colonie pour représenter « les quatre communes » [Saint-Louis, Gorée, Rufisque et Dakar]. Il sera chargé du recrutement des tirailleurs en alliance avec les chefs religieux comme Cheikh Amadou Bamba pour établir une alliance. Sa promesse : « en versant le même sang que les Blancs, vous obtiendrez les mêmes droits que les Blancs ». L'histoire nous prouvera que cela était de fausses promesses. [112]



Fig 84 : Photo des tirailleurs sénégalais

La fin de la seconde guerre mondiale marqua un tournant dans l'histoire coloniale entre la France et l'Afrique. En effet, entre 1946 et 1963, l'Empire colonial français devient successivement l'Union française (1946), la loi-cadre introduit ensuite une semi-autonomie (1956), la Communauté française (1958) et, enfin, l'indépendance (1960). Ces événements furent majoritairement influencés par Léopold Sedar Senghor, élu premier président de la république Sénégalaise en 1960. Il entama par la suite un mandat de sept ans.

Les objectifs de cette décolonisation sont les suivants :

1. **L'amélioration des conditions de vie** : le niveau salarial et le standard de vie en métropole vont devenir des points de référence permettant d'établir des plans économiques et sociaux pour l'évolution indépendante du pays. Le développement d'infrastructures, l'amélioration des habitations ou encore l'accessibilité à l'éducation et au système de soin sont des points importants à considérer.
2. **La suppression du système colonial et de sa structure raciste** : les syndicats se bâterent pour la suppression des discriminations raciales et pour une égalité économique et sociale avec la métropole mais aussi au sein même de leur population.
3. **La reconquête de la dignité et de l'identité culturelle** : l'Afrique a pendant des années était perçue comme « rétrograde » et/ou comme si elle avait besoin de « rattraper son retard ». Dans le cadre de la revalorisation culturelle, l'objectif des intellectuels, des artistes et des politiciens africains est de revaloriser les coutumes et traditions propres au pays. De plus, ils souhaitent partager la richesse de leur pays afin que celle-ci puisse être davantage considérée, valorisée et prise en compte.

A.2.3 De l'indépendance à aujourd'hui

En 1963, Senghor répétait, lors d'un meeting du parti : « Osons le dire, nous ne sommes pas encore décolonisés... L'indépendance ne devient réelle que par l'indépendance économique. » Encore aujourd'hui, la France est le premier partenaire commercial du Sénégal. Les pays entretiennent des relations bilatérales où se distinguent une proximité commerciale, financière et institutionnelle particulièrement forte. Cependant, les échanges commerciaux sont fortement

déséquilibrés. Selon l'ANSD, la France demeure le premier fournisseur du pays en 2020, avec une part de marché de 15,7%, en baisse par rapport à 2019 (18,8%), loin devant la Chine (9,2%) et le Nigéria (5,7%). [113]

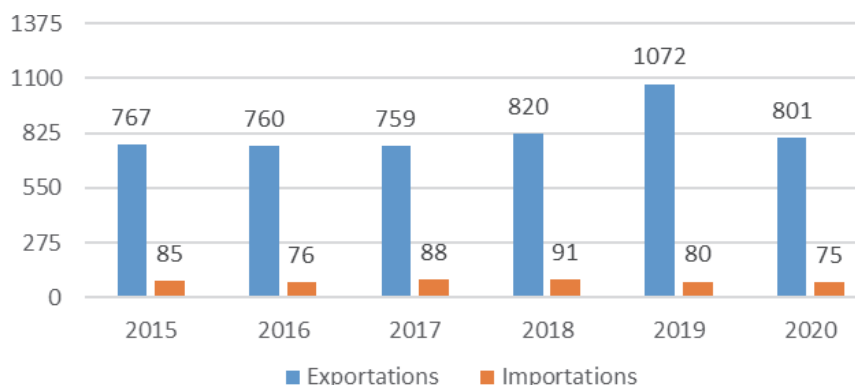


Fig 85 : Échanges commerciaux de la France avec le Sénégal (M EUR)

L'une des principales problématiques en Afrique est la corruption de certains gouvernements. Alors que le Sénégal faisait partie des pays les plus stables politiquement d'Afrique, l'année 2021 fût marquée par de nombreuses émeutes. L'origine de celles-ci est l'arrestation, le 3 mars 2021, du député Ousmane Sonko, président du parti Patriotes du Sénégal pour le travail, l'éthique et la fraternité (PASTEF). A savoir qu'il est l'un des principaux opposants au président Macky Sall pour l'élection présidentielle de 2024. Il est convoqué par le tribunal pour répondre d'accusations de viol sur une employée d'un salon de beauté dans lequel il allait se faire masser. Ce dernier définit cela comme un coup monté du président en titre. [114]

Elle est la plus violente mobilisation au Sénégal depuis ces dizaines dernières années. Il y aura de nombreux morts et blessés, des saccages et pillages notamment dans les commerces aux filiales françaises. En effet, ces manifestations sont fortement menées par une jeunesse qui demande plus de transparence de la part du gouvernement, qui se révolte contre les opportunités données à la France et enfin, qui souhaite que ce dernier favorise les entreprises et la main d'œuvre locale. Il survient alors un ensemble de frustrations transgénérationnelles pouvant être apparenté au fruit de toutes ces luttes pour l'indépendance du pays et la recherche d'égalité.

Le Sénégal fait face à une jeunesse qui a envie de s'instruire et contribuer au développement de son pays. De plus en plus de jeunes suivent des enseignements supérieurs et quelques élites intellectuelles parviendront à des postes à responsabilité. Certains jeunes issus de la haute

société ou ceux de la classe moyenne après plusieurs économies ont l'opportunité d'intégrer des universités à l'étranger (Amérique, Europe etc) pour obtenir un enseignement jugé plus qualitatif. Quelques jeunes reviennent par la suite dans leur pays d'origine pour mettre à profit les connaissances et compétences acquises. Pour autant, en 2021 et selon le registre des français établis hors de France et listes électorales consulaires (LEC) : 21 026 français résident au Sénégal. Considérés majoritairement comme des expatriés, ils occupent des postes haut placés tels que président, responsable ou manager dans les grandes entreprises. [115]

Enfin, là ou pendant des années, les documentaires télévisés ne partageaient uniquement la précarité du continent, aujourd'hui le Sénégal, le Kenya ou encore l'Afrique du Sud sont mis à l'honneur grâce aux partages de reportages, films etc montrant les infrastructures développées et une qualité de vie pouvant être similaire voire meilleure à celle des pays développés. Dans ce sens, on peut prendre l'exemple des vidéos Motherlands de l'influenceuse [@sally](#) sur [youtube](#) qui pour la vidéo où elle présente et valorise le Sénégal atteint plus de 954 000 vues.

A.2.2 La Dépigmentation volontaire



Fig 86 : Produits dépigmentants pour s'éclaircir la peau [116]

Comme il l'a été décrit dans la sous partie précédente présentant l'histoire du Sénégal, la race africaine a pendant plusieurs années été rabaissée et considérée comme inférieure à la race blanche. Les inégalités économiques et sociales instaurées persistent encore à ce jour. Cela fait naître, chez une majorité de la population sénégalaise et africaine (sens plus large), un fort

sentiment d'injustice qui, à cause de leur teint foncé, rencontre des difficultés à avoir accès à l'éducation, à certains types de postes professionnels etc.

C'est dans ce climat de disparités qu'est né l'envie et le besoin de s'éclaircir la peau. En effet, la peau claire est devenue pour beaucoup un symbole de réussite et d'accomplissement dans sa vie personnelle et professionnelle. Cette envie émane en partie d'un profond traumatisme post-colonial qui fût intériorisé et entretenu par les inégalités raciales persistantes. Elle sera ensuite associée à des motivations complémentaires :

- Motivations socio-anthropologiques :

L'objectif de s'éclaircir la peau devient alors un moyen de se dissocier de l'appartenance sociale et aux connotations raciales rattachées à la couleur de peau noire. Par mon expérience, les principales explications poussant à utiliser des soins éclaircissants sont :

- L'envie de sentir belle, de séduire et trouver un mari
- Se rapprocher au plus près des stéréotypes de beauté occidentales diffusés dans les magazines, le cinéma etc
- Augmenter ses chances professionnelles et ainsi améliorer sa qualité de vie
- La forte influence de l'environnement familial ou amical

Par conséquent, l'acte se dépigmenter la peau révèle pour une grande partie d'un mal-être intérieur profond. Dans ce sens, elle est souvent accompagnée par des pratiques capillaires de types défrisages ou port de perruques afin de se rapprocher au plus près de la femme ou l'homme blanc idéalisé dans la pensée de chacun. De plus, il est parfois associé à l'envie de se marier avec une personne blanche, accessoirement riche ou d'une classe économique supérieure afin d'offrir un avenir meilleur à sa descendance. Psychologiquement, cela se définit par le "culte du blanc".

- Motivations esthétiques :

Elle se caractérise par le besoin constant de chercher à unifier le teint, à obtenir une bonne luminosité et/ou à traiter ses problématiques d'hyperpigmentation cutanée. Se développe alors de faux dermatologues ou des pseudo-chimistes sans formations professionnelles qui n'hésitent pas à conseiller à leurs patients/clients des produits éclaircissants. A savoir que les pharmaciens

préparent et vendent aussi des préparations dépigmentantes en dehors des prescriptions médicales. Le bouche à oreille prend également une place importante dans la recherche du teint parfait. En effet, chaque personne conseillera à son entourage les produits qu'il utilise afin de l'influencer à l'acheter.

Les allégations des produits éclaircissants jouent sur le terme "unifiant" ou encore "redonne de l'éclat" pour pouvoir tromper les personnes ne souhaitant pas initialement se dépigmenter la peau.

Par ailleurs, l'application des produits éclaircissants ne procure que très rarement un "teint caucasien" ou un "teint métisse" parfait comme les vendeurs pourraient le sous-entendre. Véritable danger pour la peau, ils créent de nouvelles problématiques cutanées (voir la partie complications des produits éclaircissants). Pour pouvoir garder en activité leurs consommatrices, les produits répondent à des promesses encore plus grandes avec par exemple en un produit des actions sur l'éclat du teint, l'élimination des boutons, le traitement de la gale.

Pour conclure, la dépigmentation volontaire est déclarée comme une pratique psychologique et/ou médicale additive.

- Psychologique par les motivations précédemment citées qui peuvent être parfois ancrées dans l'enfance et se révéler avoir un impact considérable sur la perception et l'acceptation de soi à l'âge adulte
- Médicale par la consommation de corticoïdes à forte dose et sur le long terme où lors d'un arrêt brutal peut provoquer un syndrome de sevrage

Pour finir avec quelques chiffres, d'après le rapport Setalmaa : selon une enquête réalisée au centre de Dermatologie du CHU de Treichville d'Abidjan, 80% d'entre elles sont en effet persuadées que le teint clair est plus attractif et synonyme de beauté extérieure. 57,5% des femmes interrogées affirment le faire par effet de mode.

A.2.3 Mouvement nappy

Aux Etats-Unis, entre 1950 et 1970 se lance le mouvement Black Power porté par Malcom X, les Black Panthers et d'autres groupes de militants. D'une portée révolutionnaire, l'un des objectifs de ce mouvement était d'amener la communauté afro-américaine à prendre conscience de son identité, de sa culture, de ses racines et de son histoire. C'est dans ce contexte que le port de la coiffure afro fût valorisé et mis en avant comme un symbole de fierté et de revendications identitaires. Elle se définit par l'acceptation de ses cheveux crépus ou frisés naturels et coiffés dans une forme arrondie. [117]

A partir des années 2000, il fût suite au mouvement nappy qui est encore en vigueur aujourd'hui. Dans sa continuité, le terme nappy est la contraction des expressions "natural hair" et "happy", il représente donc celles et ceux qui assument joyeusement leurs cheveux naturels afro. Symbole de l'éveil identitaire et ainsi du rejet des idéaux de beauté eurocentrique, il met indirectement en avant l'acceptation de sa couleur de peau noire naturelle. [118]



Fig 87 : Photo manifestation, mouvement nappy

Ce dernier dépassa les frontières des Etats-Unis et s'implanta dans le monde comme un mouvement de revendication identitaire et d'acceptation de soi. En France, il sera fortement médiatisé et les femmes prônant ce mouvement seront surnommées nappy girl. La journaliste Rokhaya Diallo rédigea notamment le livre Afro ! où elle partage le témoignage de personnes aux parcours variés (des inconnues et des célébrités connues du cinéma, du milieu du spectacle etc. Chacun y décrit son parcours capillaire en détaillant plus ou moins les souffrances et/ou

des complexes qui en sont associés. Il est alors intéressant de pouvoir constater que l'acceptation de ses cheveux naturels donne suite à un fort sentiment de fierté et d'ancrage à leur origine africaine.

Marqué par un certain décalage avec les Etats-Unis et la France, le mouvement nappy se diffuse en Afrique et au Sénégal depuis quelques années seulement. Grâce à lui, une partie de la population sénégalaise prend conscience de l'importance de valoriser sa beauté naturelle en portant fièrement "sa couronne afro" et sa couleur ébène. Des nappy girls telles que Fatou Diedhiou - [@abanaturelle](#) vont alors devenir les ambassadrices de ce mouvement naturel au Sénégal. D'un point dermatologique, l'étudiante en dermatologie [@abyseck](#) prône ses cheveux naturels et sa couleur ébène. Elle donne également des conseils sur les problématiques et produits à utiliser pour les traiter.

A.3 Comprendre la femme sénégalaise [119]

A.3.1 Profils de consommatrices

Voici un tableau décrivant les différents profils des consommatrices en lien avec leur qualité de vie :

	Consommatrice en situation de précarité	Consommatrice de la classe moyenne	Consommatrice de la classe aisée
Objectifs	Le teint parfait, une peau uniforme et sans imperfections.		
Besoins	Elle doit être éduquée et conseillée sur ses choix	Elle est informée, elle est attentive aux compositions. Besoin de conseils	Elle est informée, rigoureuse et autonome sur les compositions et packagings produits
Moyen financier et métiers	Tontine et demande à un proche (sans emploi, marchand etc)	Tontine, économie (professeur, classe ouvrière, étudiants, infirmière etc)	Autonome financièrement (banquière, avocate, ingénieure, médecin, politicienne etc)
Lieux d'achats	Petites boutiques locales, marchés et bouche à oreilles	Boutiques locales et de beauté, instituts de soins, pharmacies, bouche à oreilles	Instituts de soins, boutiques de beauté, pharmacies au Sénégal mais aussi lors de ses voyages en Europe ou ailleurs
Produits achetés	Principalement des soins naturels, locaux et à moindre coût. Compositions souvent peu fiables. L'achat de produits des marques internationales sera occasionnel.	Mélange entre des soins naturels locaux ou de marques internationales à faible coût	Essentiellement des produits de marques internationales

Tab 1 : Classification des différents types de consommatrices sénégalaises

A.3.2 Les influences

A.3.2.1 Les groupes Facebook / WhatsApp

Les jeunes femmes africaines et notamment les sénégalaises se réunissent beaucoup dans des groupes Facebook ou WhatsApp privés afin de pouvoir échanger librement autour de centres d'intérêts communs tels que la mode ou la beauté. Elles peuvent ainsi se conseiller

mutuellement sur l'utilisation et l'efficacité d'un produit ou sur une technique de maquillage tendance par exemple.

Considérés comme une vraie plateforme média, on y retrouve tous les différents types de profils de consommatrices. Les marques locales utilisent ainsi très souvent ces groupes pour développer leur communauté et faire connaître leurs produits et services.

A.3.2.2 Les influenceuses des réseaux sociaux

En Afrique subsaharienne francophone et notamment au Sénégal, les principaux influenceuses et influenceurs étaient initialement des actrices et acteurs de films ou séries locales. Cependant, il existe de plus en plus, dans le domaine de la beauté, des femmes qui explorent et s'investissent dans le monde de l'influence en se spécialisant sur le skincare, le maquillage et/ou le capillaire via la création d'une page Instagram ou Tiktok majoritairement. Très peu se lancent dans la création d'une chaîne YouTube ou d'un site internet.

En France, ce secteur est aujourd'hui beaucoup plus réglementé par des agences de marketing dédiées à la gestion des influenceurs. En Afrique, ce domaine est encore nouveau. Ainsi, certaines d'entre elles sont confrontés à des difficultés de types :

- Les marques africaines veulent des prestations gratuites.
- Les marques internationales proposent des collaborations sous payés

Cela s'expliquerait par la réalisation de contenus de mauvaise qualité ou le manque de confiance relaté au rapport sur investissement du contrat mis en place avec l'influenceur.

Ce sont des femmes qui sont parfois très suivies et qui manquent d'encadrement pour réussir à avoir un taux d'engagement constant et une capacité à le convertir financièrement.

A ce jour, c'est encore un sujet tabou car beaucoup n'assument pas vivre ou vouloir vivre de ce type d'activité car cela n'est pas encore considéré comme un métier officiellement reconnu aux yeux de tous. Mais cela est à venir par la mise en place de nombreuses agences locales ou importées de France qui se crée.

A.3.2.3 Les placements produits dans les séries

Certains pays d'Afrique tels que le Nigéria, l'Afrique du Sud et le Sénégal se distinguent par leur production cinématographique associée à la production de séries locales. Les scènes sont filmées dans différents lieux du pays et de la ville, on y retrouve plusieurs traditions locales (styles vestimentaires, la culture culinaire, les festivités etc). Les acteurs sont majoritairement locaux et parlent ainsi français et le dialecte du pays, ce qui ajoute un ancrage et une mise en avant supplémentaire au pays où la série est filmée.

Ces séries séduisent un large public qui dépassent le plus souvent les frontières du pays à l'origine de la série. En effet, au-delà de la population locale, elles sont très appréciées par les personnes vivant en Afrique, en France ou en Amérique car elles touchent par exemple, aussi bien les individus souhaitant découvrir la vie et la culture sénégalaise que les sénégalais vivant à l'étranger suite à leur immigration.

Au Sénégal, le principal producteur de ces séries est la société Marodi. Elle comptabilise 15 séries dont les plus connues : Maîtresse d'un homme marié, Karma, emprise, Pod et Marichou. Au total, Marodi comptabilise plus de 4 200 000 abonnés sur Youtube, plus de 1 804 793 971 nombre de vues globale, plus de 20 000 000 nombre de vues par mois et enfin plus de 1 800 000 abonnés sur Instagram.

En octobre 2020, le journal Le Monde annonçait que Dakar pourrait devenir un « petit Hollywood » tant les « séries sénégalaises partent à l'assaut du monde ». Avec de telles statistiques, les séries les plus populaires deviennent des plateformes d'influence et offrent ainsi la possibilité à des marques d'émettre des placements de produits qui seront intégrés dans la mise en scène de la série. Cela peut être des soins et produits cosmétiques, des vêtements de créateurs, des produits alimentaires etc. Ce format plait et incite de nombreux spectateurs à découvrir plus en détail le produit et éventuellement à l'acheter.

A.4 Interprétations

D'un point de vue historique, le continent Africain a, pendant des décennies, été perçu comme une terre à exploiter et non à valoriser. Cependant, depuis quelques années, il est constaté un revirement de situation où l'Afrique est de plus en plus considérée comme le continent avec le plus gros potentiel d'avenir. Il est constaté une véritable prise de conscience sur le diamant brut que représente ce continent, d'une part, par sa propre population mais aussi par celle des pays développés. Cela éveille donc les secondes et troisièmes générations d'immigrés souhaitant alors investir et participer au développement de leur pays d'origine.

Il est intéressant de pouvoir constater que dans les mentalités locales, les Européens sont toujours assimilés à ceux qui bénéficient des postes avantageux et des situations privilégiés au sein de la société. Leur intérêt étant majoritairement personnel, cela fait naître auprès de la population locale l'envie de développer de façon communautaire. Ils favorisent alors les commerces et services locaux et cela est d'autant plus marqué lorsque le service ou le produit est à qualité équivalente avec celui-ci des pays développés.

Par ailleurs, dans cette émergence du continent, plusieurs secteurs d'activités sont en plein essor et notamment celui de la beauté. Le Sénégal est le deuxième pays le plus dynamique dans ce domaine. En 2020, ce marché a été défini à 1,1 milliard d'euros sur les segments des produits capillaires, soin pour la peau, maquillage et parfumerie de grandes marques (le tout hors du circuit informel). D'ici 2025, il serait estimé à 2 milliards d'euros. En effet, les femmes sénégalaises ont la réputation d'être belles, elles n'hésitent pas à mettre le prix quand il s'agit de prendre soin d'elles. Il est donc important de tenir compte du potentiel qu'elles représentent.

Pour autant, comme il l'a été décrit précédemment, il existe différents types de consommatrices. Leur besoin est commun : prendre soin de sa peau, avoir un teint lumineux, limiter les imperfections etc. L'objectif sera d'y répondre en proposant des soins adaptés à tous les budgets. Ce qui est plus délicat et qui constitue le vrai challenge de l'Afrique c'est la perception et la relation qu'elles entretiennent avec la couleur de leur peau. La dépigmentation volontaire est une pratique très courante et peu réglementée au Sénégal et dans d'autres pays malgré les risques qu'elle engendre. Il est donc important pour toucher l'ensemble de la population d'adopter une démarche de sensibilisation afin de les aider à accepter leur couleur

de peau mais il ne faut pas oublier d'accompagner celles qui aiment et portent fièrement leur couleur ébène.

Enfin, il est intéressant de constater l'essor des données dermatologiques transmises par les médecins et les équipes de recherches africaines sur les peaux pigmentées. Dans un monde où les connaissances sur la dermatologie de la peau noire sont inférieures à celles de la peau caucasienne, cela se révèle être un potentiel avantageux pour ces derniers. Une équipe sénégalaise de dermatologues comprenant des professeurs, des médecins et des étudiants ont pu mener des conférences lors des journées dermatologiques de Paris afin de présenter aux dermatologues présents les spécificités et problématiques cutanées des peaux noires.

B. Les Antilles - la Martinique

B.1 Perception de la couleur peau noire en Martinique

L'histoire de la Martinique est marquée par une période coloniale qui, jusqu'à ce jour, résonne encore beaucoup dans la pensée populaire des Martiniquais. Les inégalités raciales qui en émanent sont toujours présentes sur l'île. Celles-ci ont un fort impact sur la perception de la couleur de peau de chacun quel que soit sa carnation.

B.1.1 Histoire de la Martinique [120]

B.1.1.1 Du colonialisme à l'abolition de l'esclavage

La Martinique est découverte par Christophe Colomb le 15 juin 1502. Pendant plus d'un siècle, les Espagnols ne l'exploiteront pas. C'est en septembre 1635, que le Français Pierre Belain d'Esnambuc s'installa sur l'île et plus précisément à Saint Pierre, première capitale de l'île. Sous la protection de Richelieu et au nom de la compagnie des îles d'Amérique, leurs objectifs étaient de coloniser les îles des petites caraïbes.

Cependant, la cohabitation avec les Caraïbes était difficile. Il était le premier peuple vivant sur l'île. Originaires du bassin de l'Orénoque (l'actuel Venezuela), ils se nourrissaient de produits

issus de l'agriculture, de la pêche et de la chasse. Refusant de se soumettre au Français, il fut chassé ou tué par ces derniers à la fin du 17^{ème} siècle afin de leur laisser le libre espace.

Manquant par la suite de main-d'œuvre humaine pour exploiter davantage les ressources de l'île, la traite négrière devient alors autorisée. L'objectif est d'acheter ou d'échanger des esclaves en Afrique contre des produits européens. L'esclavage débuta en 1635 dès l'arrivée des premiers colons en Martinique. Les femmes s'occupaient des tâches domestiques dans la maison des maîtres tandis que les hommes travaillaient dans les plantations de café, de bananes ou de cannes à sucre selon l'air du temps. Les Antilles françaises deviennent des moteurs de développement de la production de sucre et de rhum.

Entre 1635 et 1789, environ 700 000 esclaves furent déportés vers la Martinique, la Guadeloupe et Saint-Domingue. En 1745, la Martinique comptait environ 80.000 habitants dont 65.000 étaient des esclaves.

Afin d'instaurer un cadre juridique autour du commerce triangulaire et du traitement des esclaves dans les colonies, le code noir fut rédigé par Jean Baptise Colbert et publié en 1685 par le roi Louis XIV. Une seconde version fut promulguée en 1724 par Louis XV.

Concernant l'abolition de l'esclavage, un premier décret français fût établi en 1794. Cependant, occupée par les Anglais, la Martinique ne pourra pas bénéficier de cette libération dont elle entend les échos de ses îles voisines en Caraïbes. En effet, les Britanniques sont pour le commerce triangulaire et l'esclavagisme dans les colonies. Récupérée par la France en 1802 suite au traité d'Amiens, l'esclavage y sera maintenu car Napoléon le réinstaura cette même année.

Il faudra attendre 1848 pour obtenir l'abolition officielle et définitive de l'esclavage. Elle émane du journaliste et homme politique Victor Schoelcher qui consacra sa vie à œuvrer pour cette cause. Auteur de plusieurs articles journaux et ouvrages, il sera, suite aux révolutions de 1848, nommé sous-secrétaire d'Etat aux colonies. Grâce à ce statut, il rédigea le décret de l'abolition de l'esclavage.

Par ailleurs, depuis le 4 mars 1848, l'information d'un nouveau décret se répand en Martinique ce qui intensifiera les émeutes déjà courantes depuis plusieurs années. L'élément déclencheur sera l'arrestation pour avoir joué du tambour, de l'esclave Romain, le 21 mai à l'habitation Deschamps dans la commune de Saint-Pierre. Le tambour est un instrument avec un symbole

fort dans les colonies car il permettait la transmission d'informations entre esclaves et notamment l'appel à la révolte. Relâché le 22 mai, son arrestation fera suite à un soulèvement général des esclaves et cela dans toute la Martinique. Saint-Pierre est au cœur de toute cette révolte, une maison de famille de colons y sera notamment brûlée. Sous pression, le gouverneur Rostoland décréta par un arrêté municipal l'abolition immédiate de l'esclavage en Martinique le 23 mai. Elle devança le décret officiel du gouvernement Français publié le 27 avril 1848. [121]

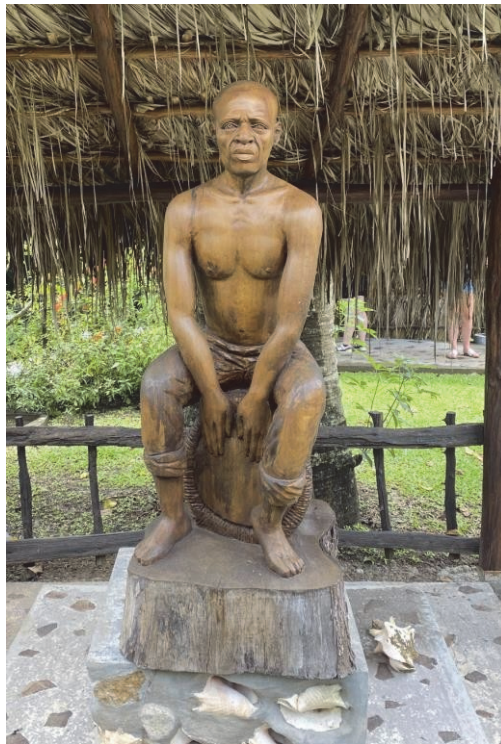


Fig 84 : Statut de l'esclave Romain à la Savane des Esclaves Martinique

B.1.1.2 De l'abolition de l'esclavage à la départementalisation

Suite à l'abolition de l'esclavage, les esclaves obtiennent leur libération et deviennent des citoyens coloniaux ou citoyens de l'Empire français. Ces nouveaux affranchis ne souhaitent plus travailler pour leurs anciens maîtres ce qui devient problématique pour ces derniers.

Manquant à nouveau de main-d'œuvre humaine pour maintenir les plantations, les colons se tourneront vers l'Asie (Inde et Chine) et l'Afrique (les congos) pour importer des nouvelles personnes en Martinique. L'esclavagisme étant aboli, ils sont des travailleurs libres et indemnisés selon leur heure de travail. Cependant, leur condition de vie et leur rythme de travail y seront apparentés.

En 1898, l'île comptait 175 000 habitants dont 150 000 Noirs et mulâtres (85 %), 15 000 Indiens (8,5 %) et 10 000 Blancs (5,7 %). La Martinique se dit libre cependant celle-ci s'est fondée sur l'organisation et la classification raciale des colons. Ainsi, malgré l'abolition de l'esclavage, les considérations sociales et raciales découleront encore de l'air colonial. Par conséquent, les anciens blancs colonisateurs renommés les Békés conserveront leurs terres et le pouvoir économique de l'île. Socialement, se classait par la suite les mulâtres, enfant métisse issu d'une union entre les blancs et les noirs. Ils avaient la possibilité de pouvoir acquérir des postes dans les professions libérales ou dans les secteurs commerciaux. Les noirs et indiens, par leur carnation foncée, étaient le plus souvent associés à des métiers de la classe ouvrière, artisanale ou agricole.

Par ailleurs, très rapidement, la population martiniquaise des classes populaires réalise l'ensemble des inégalités qui existent au sein de leur propre population mais également celles qui émanent de leur statut de citoyen en comparaison avec ceux présents en Métropole. En effet, ils ne possèdent pas les mêmes statuts et droits concernant par exemple l'accès à l'éducation et à la santé.

C'est pourquoi, citoyens et hommes politiques de couleur se battaient pour que la Martinique puisse devenir un département français. Ils aspiraient ainsi à ce que la population martiniquaise soit assimilée à celle de la métropole afin d'obtenir de l'égalité pour leur peuple. Commencant par Victor Schoelcher, puis en 1890 par Vincent Allègre, 1915 par Joseph Lagrosillière ou encore en 1923 par Henry Lemery, tous tentèrent de modifier le statut de la Martinique.

Pour autant la Martinique n'a pas manqué de prouver son attachement à la France, notamment lors des deux guerres mondiales où des milliers de jeunes antillais rejoignirent les troupes françaises sur le front ou dans les grandes villes pour maintenir l'économie de la Métropole. Et cela, malgré que la Martinique soit rattachée aux autorités de Vichy lors de la seconde guerre mondiale.

Ce sera en 1946, qu'elle obtiendra gain de cause grâce Aimé Césaire qui déclara : "l'intégration sociale est l'aboutissement normal d'un processus historique". Responsable du mouvement négritude, il consacra sa vie à lutter contre les inégalités entre les martiniquais et les métropolitains mais aussi pour les noirs de métropole. Il participa aux nombreux débats avec l'assemblée nationale et vota, le 19 mars 1946 pour la loi 46-451 abordant départementalisation des territoires d'outre-mer. C'est ainsi que la Martinique, la Guadeloupe, la Réunion et la Guyane devinrent des départements Français.

B.1.1.3 De la départementalisation à aujourd'hui

La départementalisation comme il a pu l'être décrit précédemment fût fortement réclamée et attendue. Or, rapidement après sa mise en place, un sentiment de désillusion profond est ressenti auprès d'une grande partie de la population. Elle est vue comme une égalité de principe mais d'inégalité sur les faits. [122]

L'administration propre à l'île et les aménagements espérés tardent à se réaliser. Les fortes inégalités sociales se font toujours ressentir entre la Martinique et la métropole. Par exemple, un rapport de 1958 signalait un sous-emploi chronique et des salaires inférieurs de 17 % en Martinique alors que le coût de la vie est supérieur de 65 % à celui de Paris. Par ailleurs, les inégalités persistaient également au sein même de la population martiniquaise selon leur carnation et catégorisation sociale. Seule une minorité avait la possibilité d'avoir accès à des postes privilégiés et/ou d'effectuer des études et formations en Métropole pour travailler ou s'instruire. La grande majorité souffrait alors de désillusion et d'un fort sentiment de trahison envers la France face à la puissance d'un système auquel il ne pouvait rien faire pour y faire face.

De grands débats jusqu'à ce jour abordent l'indépendance de la Martinique. En attendant cette évolution utopique pour certains, la population martiniquaise ne manquera pas de faire ressentir son mécontentement depuis la départementalisation à encore aujourd'hui. Voici quelques dates représentant les plus grands mouvements sociaux réalisés :

- **1953 : Grève des fonctionnaires**

D'une durée de 65 jours, elle sera la première plus longue grève. Suite au coût de la vie chère dans les îles, les fonctionnaires de la Martinique puis des autres départements d'outre-mer demandent à obtenir une revalorisation de leur salaire. Accordée par la suite à 40%, elle est à ce jour encore en vigueur.

- **1959 : Les émeutes de Fort de France**

Le 20 décembre 1959, au plein cœur de la ville de Fort de France, un automobiliste métropolitain renverse le scooter d'un noir martiniquais. Cet incident révéla les inégalités raciales ce qui conduira un mouvement social d'une grande ampleur. S'affronteront policiers métropolitains puis des CRS contre des habitants de quartiers populaires. 3 jeunes martiniquais seront tués. Suite à cela, le conseil général demandera au gouvernement un ensemble de requêtes pour améliorer la qualité de vie des martiniquais. Celles-ci étaient en partie orientées autour de l'instauration d'un salaire minimum, la mise en place de mesure pour lutter contre le chômage etc

- **2009 Grève générale :**

La Martinique souffre toujours d'une économie en baisse marquée par de fortes inégalités entre l'île et la France Hexagonale. Elle est sous tension depuis de nombreuses années suite à l'inflation des prix, l'augmentation de la précarité et du chômage liés à la baisse d'activité dans tous les secteurs : agriculture, pêche, tourisme, commerce, administratif etc.

La grève débuta le 20 janvier en Guadeloupe suite à l'appel de LKP (Lyannaj Kont Pwofitasyon), un collectif regroupant syndicats, partis politiques et associations identitaires. Il dénonce la vie chère, les prix élevés de la grande distribution de l'essence ainsi qu'une revalorisation des bas salaires. Des milliers de manifestants se rassemblent à Pointe-à-Pitre. Les écoles, les magasins et les stations-services sont fermés. Le 5 février, la Martinique rejoint ce mouvement gréviste. Ces manifestations seront accompagnées par de fortes violences : mort d'un syndicaliste du LKP le 17 février et durant la grève, manifestants et policiers seront blessés, les commerces pillés et incendiés.

Les grèves dureront 44 jours en Guadeloupe et 38 jours en Martinique. Elles finiront le 19 février grâce au président Nicolas Sarkozy. Il annonça alors 850 millions d'euros pour les départements d'Outre-mer et instaura également une hausse des salaires de 200 euros pour 60% des salariés du privé. [123] [124]

- 2021 : Grève générale

Le lundi 22 novembre 2021, 17 syndicats martiniquais appellent la population à la grève.

Parmi les sujets revendiqués, on retrouve toujours l'inflation des prix, les salaires jugés insuffisants, les inégalités raciales etc. Sont aussi contestés les sujets relatifs à la crise sanitaire telles que le pass sanitaire ou l'obligation vaccinale des soignants. D'un point de vue écologique, il est aussi demandé la prise en charge totale des tests de chlordéconémie. C'est une maladie liée à la chlordécone, un pesticide très utilisé dans les champs de banane entre 1972 et 1993. Celui-ci est suspecté d'être responsable de nombreuses maladies comme le cancer de la prostate chez les hommes.

Très violente par la suite, elle sera marquée par la construction de nombreux barrages entre communes, les destructions et incendies envers des commerces, des centres de soins ou des bureaux de poste etc.

Cette grève est menée par une population intergénérationnelle ce qui témoigne d'un mal-être général. On y observe des personnes plus âgées qui ont subi l'histoire de la Martinique depuis la départementalisation mais également une jeunesse qui est confrontée au racisme quotidien et qui ne voit pas la Martinique réellement évoluer.

A ce jour, la situation est dite apaisée mais les problèmes de fond soulevés ne semblent, une fois de plus, pas avoir été traités, ou du moins, ne pas suffisamment correspondre aux attentes de la population. Entre les inégalités martiniquaises et celles entre la France, des manifestations sociales sont toujours organisées. [125]



Fig 89 : Violences des grèves de 2021 en Martinique

B.1.2 Catégorisation raciale en Martinique

B.1.2.1 Une population multiculturelle

Sous l’emprise des maîtres blancs colons et de leurs descendances, la population martiniquaise était catégorisée, pendant plusieurs siècles, selon la carnation et l’origine de chaque individu. [126]

Sé définissait ainsi :

- **Les noirs** : Descendants des esclaves, ils représentent les martiniquais aux carnations les plus foncées. D’un point de vue social, c’est cette population qui sera la plus impactée par le racisme antinoir.
- **Les mulâtres** : Comme présenté dans la sous partie abordant l’histoire de la Martinique, les mulâtres constituent une population de personnes issues d’une union entre un individu blanc (colon) et un noir (esclave) ou de deux mulâtres. Par leur teint métissé, ils étaient rejetés par jalousie auprès des esclaves car par leur couleur plus

claire, ils avaient des droits supérieurs à eux. Ils l'étaient également auprès des colons qui refusaient de les considérer parmi les leurs.

- **Les békés :** Les békés ou blancs créoles sont les personnes de carnation caucasienne, qui sont nées en Martinique et sont descendantes des maîtres colonisateurs. Ils représentent une minorité de la population et sont très méprisés par le reste des martiniquais.
- **Les indiens :** Les indiens sont aussi appelés les coolies. Importés en Martinique en 1853, ils étaient catégorisés en Inde comme hors castes ou appartenant à des castes inférieures. De nature travailleuse et assidue, ils ont su obtenir la confiance des colons et ainsi devenir des superviseurs d'habitations. Ils étaient donc mal vus par les esclaves qui les considéraient comme "collaborateurs".
- **Les chinois :** Les chinois sont arrivés en même temps que les indiens en Martinique. Cependant, favorisés par leur teint plus clair, ils n'étaient pas envoyés dans les plantations mais optèrent pour une stratégie matrimoniale comparable aux békés. Ainsi, ils se dirigèrent principalement dans le commerce.

Aujourd'hui, la beauté de la Martinique se définit par son métissage. Ce brassage génétique et ce mélange interculturel ont fait naître une population dite "créole". Elle est décrite pour certains comme la population mondialisée de demain.

Selon l'écrivain martiniquais Edward Glissant, cette population peut être représentée à un rhizome : "le rhizome a une racine qui s'étend et qui va vers d'autres racines. Il prolifère, sans les tuer mais sans renoncer à être elle-même. Ce n'est pas une dilution, ce n'est pas une perte." En effet, la culture antillaise est propre à elle-même, mais en prenant racine dans la culture africaine, indienne et métropolitaine, chacune a laissé une trace perceptible à travers le milieu culinaire (utilisation de certaines épices etc) ou encore musical (utilisation de certains instruments etc).

Par ailleurs, depuis plusieurs années, il est constaté qu'une certaine partie de cette population multiculturelle est dans "une recherche identitaire". En effet, une nouvelle génération de martiniquais souhaite connaître ou en savoir plus sur ses origines passées.

Par la suite, il peut se faire ressentir le besoin de s'inspirer davantage ou d'appartenir plus profondément à celle-ci. Cela sera par exemple, pour la communauté d'ascendance africaine, de prôner sa couleur ébène, d'être fière de ses cheveux naturels crépus ou très frisés, d'écouter et danser sur des musiques africaines, de porter du wax (tissus africains) et des bijoux traditionnels mais aussi de ressentir l'envie de visiter un pays d'Afrique.

B.1.2.2 Des rivalités communautaires

Pour la population martiniquaise, son histoire est forte, impactante et face aux inégalités raciales qui subsistent, elle est jugée, pour beaucoup, encore non lointaine. Les différenciations raciales ont en effet été intériorisées par les martiniquais et entretenues par la vie en communauté séparée des noirs et des békés. A noter qu'il est important de signaler que cela n'est pas une généralité mais une retranscription des pensées populaires.

Le terme noir regroupe dans ce contexte l'ensemble de la population martiniquaise à la peau pigmentée. Les phototypes sont très variés et comprennent les peaux dites métissées de teint clair aux peaux noires correspondant aux carnations les plus foncées. Tenant compte du brassage génétique, elle réunit les noirs, les mulâtres, les indiens et les chinois.

Souffrant d'un racisme antinoir transgénérationnel, cette population appartient majoritairement à la classe moyenne. D'autres souffriront de précarités tandis que certains arriveront grâce à leurs études ou leurs propres projets à atteindre une qualité de vie supérieure.

A contrario, les békés sont minoritaires sur l'île. Ils vivent majoritairement en communauté et sont principalement présents à Cap Est et au François. Par acquisition générationnelle, les békés ont le monopole économique de l'île. Ils sont à la tête des secteurs commerciaux (hypermarché, supermarché etc), immobiliers ou encore des entreprises de raffinage. A la tête de l'échelle sociale sur l'île, ils font très souvent face à un certain mépris et/ou à un racisme antiblanc de la part du reste de la population martiniquaise.

Le principal lieu où les deux communautés se rencontrent est le lieu de travail. Cependant celui-ci est souvent marqué au sein même de l'entreprise par un système hiérarchique similaire aux

représentations sociales car les békés sont très fréquemment les directeurs, responsables et/ou managers.

Grossièrement, les noirs reprochent aux békés d'un point de vue économique, de perpétuer ce système ethnocentrique afin de maintenir leur position dominante. D'un point de vue social, ils ne les considèrent pas comme de "vrais martiniquais" dans le sens où ils sont perçus comme une communauté qui ne pratiquerait pas les traditions locales (parler créole, écouter et danser sur les musiques, cuisiner des plats traditionnels etc). A l'inverse, les békés reprochent aux noirs cette stigmatisation sociale liée à leurs ancêtres et qui les fait ressentir encore aujourd'hui et malgré leur propre volonté, le « poids d'être Békés » et/ou la « culpabilité d'être toujours le méchant ». Ils défendent ainsi leur identité martiniquaise et leur position économique.

Par ailleurs, c'est forcé de constater cette rivalité liée aux inégalités raciales que naîtra à l'époque cette pensée dominante d'avoir des progénitures plus claires dans l'idée de leur offrir une possibilité de s'en sortir. Pour se rapprocher aux plus proches de la culture et des stéréotypes de beauté ou pour faciliter l'insertion professionnelle, se défriser les cheveux deviendra une pratique très courante. La dépigmentation volontaire sera très peu voire non pratiquée en Martinique. [126]

B.3 Le mode de vie

L'objectif de cette sous-partie est de démontrer que malgré une situation économique difficile, le domaine de la beauté et de l'esthétique a une place importante auprès de la communauté martiniquaise.

B.3.1 Une crise économique et sociale

L'ensemble de cette sous-partie est rédigé avec comme source l'institut national de la statistique et des études économiques (l'INSEE).

B.3.1.1 Le niveau de vie

En 2019, la moitié de la population martiniquaise avait un niveau de vie inférieur à 1 550 euros par mois par unité de consommation (UC). Il est inférieur à 280 euros de celui en France. De plus, 27% de cette population atteint le seuil de pauvreté établi à moins de 1 100e par mois. Une fois encore, il est deux fois plus faible qu'en France.

Au-delà de l'inflation des prix qui serait subie par l'ensemble de la population martiniquaise, les inégalités liées au niveau de vie sont fortement liées à celles des revenus. En effet, 10% de la population est considérée comme riche et perçoit au moins 4,1 fois des revenus supérieurs à ceux des 10% de la classe modeste (contre 3,4 en France). Enfin, quatre Martiniquais sur dix déclarent rencontrer des difficultés financières au quotidien. En particulier, 10 % des Martiniquais déclarent devoir s'endetter. [127]

B.3.1.2 L'inflation des prix

L'inflation des prix en Martinique tout comme dans l'ensemble des territoires d'outre-mer a toujours fait débat. Le coût de la vie sur une île est plus élevé que la vie en France Hexagonale. D'autant plus, depuis ces dernières années qui sont impactées par une crise énergétique, un conflit russo-ukrainien mais aussi deux ans de crise sanitaire. [128]



Fig 90 : Inflation des prix en Martinique

Le 23 mars 2022, l'INSEE publia une enquête sur la hausse annuelle des prix en Martinique. Sur l'année 2021, il est révélé que :

- Les prix de l'alimentation progressent de 1,4%
- Les prix des produits manufacturés évoluent de 1,9%
- Les prix des produits pétroliers affluent de 26,2% entraînant la hausse des prix de l'énergie de 21,0%
- Les prix des services augmentent de 3,1% portés par l'ensemble des services à l'exception des services de santé

	Variation (en %) des douze derniers mois					
	Guadeloupe ¹	Guyane ¹	Martinique ¹	Mayotte ²	La Réunion ¹	France hors Mayotte ¹
Ensemble	3,7	2,5	3,9	nd	1,9	3,6
Alimentation	2,1	2,2	1,4	nd	3,0	2,1
Tabac	5,2	3,4	4,6	nd	5,2	-0,1
Produits manufacturés	2,4	0,2	1,9	nd	1,1	2,2
Énergie	20,1	19,7	21,0	nd	18,0	21,1
Services	2,8	1,2	3,1	nd	-0,1	2,2

¹ : indice base 2015
² : indice base 2006
nd : non disponible
Source : Insee, indices des prix à la consommation.

Fig 91 : Indice des prix des départements d'Outre-mer et de métropole

Par ailleurs et toujours en 2021, la France reste le partenaire commercial privilégié de la Martinique. En dehors des produits pétroliers, 73% des importations proviennent de France et 74% des exportations y sont envoyées (+1% respectivement par rapport à 2020).

Les approvisionnements métropolitains recouvrent :

- 82% des importations de denrées alimentaires, boissons et produits à base de tabac arrivent de France
- 73% des équipements mécanique, matériel électrique, électronique et informatique
- 58% du matériel de transport
- 76% des autres produits industriels

B.3.1.2 Le marché de l'emploi

Le principal secteur de l'emploi en Martinique est celui des services. Il comprend l'administration publique, l'enseignement, la santé humaine et l'action sociale. 82% de la population travaille dans ce domaine et se répartit entre 48% de CDI et 22% de fonctionnaires. A noter que les fonctionnaires d'états sont les métiers prisés car ils sont les seuls à bénéficier d'une sur-rémunération afin de faire face aux prix élevés du coût de la vie aux Antilles.

Par ailleurs, suite à la crise sanitaire, l'envie de sortir du système salarial et fonder sa propre entreprise se fait de plus en plus ressentir. La Martinique suit cette tendance car en 2021, 8 024 entreprises sont créées, soit une augmentation de 38 %. Les immatriculations d'entreprises sont majoritairement enregistrées dans les secteurs tels que des services aux particuliers et les services aux entreprises avec une augmentation respective de 54% et 48%.

Cependant, en 2021, 13% de la population active martiniquaise est au chômage, soit 2 points de moins qu'en 2019. Par ailleurs, les jeunes de 15 à 29 ans sont plus touchés par le chômage avec un taux de 31,0 %.

A titre de comparaison sur l'année 2020 concernant le nombre de demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM), tenus de rechercher un emploi (catégories A, B ou C) inscrit à Pôle emploi, il est révélé que :

- Les moins de 25 ans sont toujours plus nombreux à rechercher un emploi (+3%)
- Le nombre de demandeurs âgés de 25 à 49 ans baisse de 5,1 %
- Les 50 ans diminuent de 1,9% mais il reste la deuxième sous population au chômage après les 15-29 ans.

Le point le plus pertinent se révèle être sur les 42% de Martiniquais de 15 ans ou plus qui n'ont pas de diplôme supérieur au brevet des collèges contre 26% des personnes en France Hexagonale. Cela pourrait s'expliquer en partie par le prix de l'enseignement supérieur qui peut être difficile à financer pour une famille avec un revenu modeste. De plus, une partie des étudiants quittent la Martinique pour réaliser leurs études en France ainsi les jeunes restants sont ceux dont les cursus sont admissibles sur l'île et ceux qui subissent un décrochage scolaire. A noter également que 28% de la population martiniquaise ont plus de 60 ans. [128] [129]

Voir **ANNEXE 7 : Niveau d'étude de la population Martiniquaise**

B.3.1.3 Le plan de relance 2022-2024 de la Martinique

Afin de répondre à la situation économique de la Martinique, le président de la CMAMartinique s'exprimait dans le journal le Parisien le 22 novembre 2022 : "plus la consommation de produits locaux est importante, plus l'industrie locale grandit, ce qui entraînera plus d'emplois sur un territoire très touché par le chômage.

Dans cette même démarche, le 10 février 2022, les élus de l'assemblée de Martinique ont validé un plan de relance afin de relancer l'économie de l'île. Les futures actions menées s'articulent autour de ces 7 priorités :

- La solidarité par l'innovation sociale et plus de proximité dans l'action sociale pour plus de justice
- La relance démographique engageant une politique de migration retour en misant sur la jeunesse
- La culture par la valorisation de notre patri•moine et de notre identité martiniquaise pour stimuler la fierté d'être martiniquais
- L'investissement pour aménager le terri-toire et rattraper les retards structurels
- Le numérique en développant un écosys•tème numérique local
- La transition écologique pour en accélérer la mise en oeuvre
- L'économie en misant sur une transformation en profondeur du modèle de développement économique du territoire

Il est ressenti à travers ce plan, l'envie de développer l'économie de l'île sur un aspect plus communautaire en se focalisant en partie sur le commerce et la main d'œuvre locale. [130]

B.3.2 Une île festive

La Martinique est également appelée l'île aux fleurs grâce à la beauté de sa flore. Cependant, elle est aussi connue pour être une île très festive et cela tout au long de l'année. Entre les

festivals, les fêtes culturelles et traditionnelles, les martiniquais aiment festoyer et ne loupent aucune date quelle que soit la situation économique quotidienne sur le territoire. [131]

Voici les principaux événements incontournables :

- **Février/ Mars : Le traditionnel carnaval et/ ou Jours Gras.**

Le carnaval est l'événement le plus populaire de la Martinique et cela depuis le 18ème siècle. Il se déroule en 4 jours : le Dimanche Gras, le Lundi Gras, le Mardi Gras et le Mercredi des Cendres. Mardi et mercredi sont fériés. Toute l'île est alors marquée par des défilés dont le plus grand est à Fort de France. Les personnes sont déguisées, dansent et chantent dans la rue.



Théoriquement, le carnaval commence lors du défilé où est présenté en tête des chars de la parade, sa Majesté Vaval, la marionnette géante. Cependant les festivités en préparation du carnaval commencent dès le début du mois de janvier.

Fig 92 : Carnaval Martinique

- **Avril : Pâques**

Pâques est une fête qui réunit. Spirituellement, elle est l'une des plus importantes pour les chrétiens qui célèbrent la résurrection de Jésus-Christ. Culturellement, elle est aussi associée à la légende du lapin de Pâques.

En Martinique, Pâques est marquée traditionnellement par l'ouverture de de la chasse aux crabes qui fera suite à la dégustation du Matoutou en famille ou entre amis majoritairement à la plage. Par ailleurs, le crabe d'or est également un événement marquant. Après sélection du jury, la personne ayant cuisiné le meilleur Matoutou remporte le prix : un crabe et une ratière en or de 18 carats.

- **Juin : La fête de la musique**

Comme dans plus de 100 pays dans le monde, le 21 juin célèbre la fête de la musique. Elle a été lancée par le musicien américain Joel Cohen en 1976. Jusqu'à présent, elle est l'occasion, le temps d'une journée, d'avoir des groupes de musique, tous styles confondus, dans les 4 coins des rues pour s'amuser et danser. Des concerts officiels en plein air sont également organisés.

- **Juillet : Le festival culturel de Fort de France**

L'histoire du festival culturel de Fort de France débute en 1970. Depuis chaque année, la ville organise pendant 3 semaines lors du mois de juillet le festival culturel de Fort de France. La culture antillaise est mise à l'honneur à travers de nombreuses animations et spectacles autour de la musique, la danse, le théâtre etc. Adapté pour tous les goûts, il séduit la population martiniquaise intergénérationnelle.

- **Août : Tour des yoles rondes**

Le tour des yoles rondes est le second événement le plus attendu en Martinique. Il se caractérise par une épreuve de 8 jours où une vingtaine de yoles rondes (voiliers traditionnels) parcourent généralement le tour complet de l'île avec des étapes intermédiaires sur des plages. Le gagnant remporte le maillot rouge.

L'engouement de cet événement émane de la population martiniquaise mais aussi des nombreux touristes venus pour l'occasion. Certains supportent leurs équipes favorites, d'autres admirent les bateaux mais tous profitent des nombreuses animations présentes dans les villes d'arrivées et d'étapes des yoles.



Fig 93 : Tour des yoles Martinique

- **Décembre : Fêtes de fin d'années**

Qui n'a jamais rêvé de fêter Noël ou le nouvel an, sous le soleil des tropiques !

Cette saison est notamment marquée par les Chanté Nwel. Ces événements populaires ont pour objectif de se réunir entre amis ou en familles pour chanter des chants créoles accompagnés par des instruments traditionnels. Le repas de Noël sera suivi par celui du réveillon, très apprécié également par la population. Ce dernier est marqué par le célèbre feu d'artifice "les boucans de la baie" à Fort de France le 30 décembre.

B.4 Interprétations

D'un point de vue dermatologique, la richesse de la Martinique se caractérise par son métissage. Sa population réunit l'ensemble des phototypes cutanés avec une prépondérance pour les peaux pigmentées. De plus, par brassage génétique, on y retrouve des phénotypes européens, africains, indiens etc.

Culturellement, pour l'ensemble de la population, il est important de se rappeler de l'histoire de son île. Cela se traduit par l'intérêt de préserver des sites historiques tels que le mémorial Cap 110, mais aussi de la restaurer comme dans la savane des esclaves ou dans la maison de canne. Il est également important de se la remémorer chaque année lors de la célébration de l'esclavage.

Par ailleurs, il est constaté, depuis plusieurs années, qu'une partie de la population martiniquaise est « à la recherche de son identité/ de ses origines ». Cette nouvelle génération souhaite en apprendre davantage sur l'histoire de son île mais aussi, de s'imprégner de la culture dont elle est originaire.

Suite à cela, il est intéressant d'observer la prise de conscience réalisée des personnes aux carnations les plus foncées. Victimes des inégalités raciales présentes depuis des décennies, aujourd'hui, une partie d'entre elles est fière de ses origines africaines et prône ainsi sa couleur ébène et ses cheveux naturels texturés.

A contrario, il subsiste également une minorité pour qui les pensées coloniales sont encore plus ou moins ancrées et qui souhaite donc se rapprocher de la culture occidentale. Sans pour autant chercher à s'éclaircir la peau, cela se révèle par exemple par le besoin de se défriser les cheveux.

Concernant le domaine de la beauté, il faut savoir que les femmes martiniquaises aiment se faire belle et prendre soin d'elles. Cela est d'autant plus marqué lors des festivités locales. Ainsi, quelle que soit sa situation financière, le marché de l'esthétique sera toujours un marché fleurissant et cela dans tous les secteurs de la cosmétique (makeup, haircare, skincare). Dermatologiquement, l'objectif est d'avoir un teint uniforme, lumineux et sans imperfections.

Par conséquent, le développement des marques cosmétiques spécifiques aux peaux noires et métissées attire beaucoup la population martiniquaise car elle se sent prise en compte et ainsi valorisée. Cette démarche communautaire s'appuie notamment sur leur volonté de consommer local.

C. La France

C.1 Perception de la couleur de peau noire en France

L'histoire de la France est bercée jusqu'à ce jour, par de nombreuses luttes raciales. La place de la population noire dans la société va ainsi impacter l'estime de soi de celle-ci. En effet, elle sera majoritairement perçue comme un frein ou une contrainte qu'un atout majeur pour évoluer et espérer être tout autant considéré qu'une personne à la peau caucasienne.

Cette sous-partie a pour but de présenter l'évolution de l'époque coloniale à aujourd'hui de ce que peut représenter être "un noir de France".

C.1.1 Histoire de la lutte contre le racisme en France

La lutte contre la ségrégation est principalement orientée vers l'histoire de l'Afrique du Sud et l'Amérique. Celle-ci est marquée par des personnalités très fortes telles que Nelson Mandela, Rosa Parks, Malcolm X ou Martin Luther King (liste non exhaustive).

Cependant, la France a elle aussi une histoire importante qui est marquée par de nombreuses luttes contre la discrimination raciale. La quête d'une égalité parfaite entre les populations de races différentes est toujours d'actualité. Voici quelques dates clés retracées après le visionnage du reportage "Noirs de France" réalisé par France TV [132] :

- **1889 : Village nègre dans l'exposition universelle de Paris**



Fig 94 : Image promotionnelle des villages nègres

Durant le 19^{ème} siècle, de nombreuses expositions ethnographiques sont réalisées en Europe. La première en France sera en 1889 à Paris lors de l'exposition universelle. Nommée village nègre, cette attraction touristique se révèle être un zoo humain. Les objectifs de ces expositions étaient de mettre en avant la puissance de l'empire français et répondre à l'engouement du public pour les populations dites "exotiques". Ainsi, pour satisfaire les visiteurs, les peuples présents dans le zoo provenaient des colonies. Il y était reconstitué les habitats et les bâtiments collectifs afin de reproduire avec exactitude les scènes de vie quotidienne (la cuisine à la maison, les enfants à l'école, des fabricants de bijoux, cordonniers etc). Ces villages de nègres vont se diffuser par la suite dans toute la France (une quarantaine dans Paris mais aussi à Brest, à Rennes, à Nantes etc) [133] [134]

Ce concept sera repris en 1931 lors de l'exposition coloniale de Paris. Bien qu'elle ait pour objectif de présenter l'ensemble des empires coloniaux européens, l'exposition d'hommes et de femmes en tant qu'attraction humaine pour les visiteurs persiste. [135]



Fig 95 : Publicité pour l'exposition de Paris 1931 [136]

- Mars 1926 : Le comité de la Défense de la race nègre

Figure française de la lutte anti-militantisme et anticoloniale, Lamine Sanghor faisait partie des 30 000 soldats africains nommés "les tirailleurs". Importé des colonies françaises présentes au Sénégal, il intègre les troupes françaises dans les combats de la première guerre mondiale. Cependant, il fût gravement atteint des poumons après une attaque de gaz moutarde à Verdun. Cela lui valut une pension d'invalidité.

Il devient d'abord membre du groupe "Fraternité / fraternelle sénégalaise" puis de l'Union Intercoloniale (UIC), un organisme créé en 1921 par le PCF (Parti communiste français). Il sera l'auteur de nombreux articles publiés dans La Paria dans le but de dénoncer les massacres coloniaux ou encore l'iniquité des pensions attribuées aux anciens tirailleurs. Son article le plus marquant est : "le Réveil des Nègres". Forcé de constater, au fil du temps, l'indifférence des dirigeants communistes face aux problématiques raciales de la population noire, il quitta le PCF en 1925 et créa en 1926 le Comité de la défense de la race nègre. A travers le journal "La voix des nègres", son objectif était de revaloriser la place des nègres dans la société. [137] [138]

- 1935 : Le journal l'étudiant noir

Aimé Césaire est lui aussi une figure de la lutte anticoloniale et de la départementalisation des colonies en France. C'est un écrivain et homme politique de la Martinique. Prônant son identité noire et sa culture, il se considère lui-même "être de la race de ceux qu'on opprime". Dans ce sens, il créa en 1935, lors de ses études à Paris, le journal de l'étudiant noir qui a pour but d'émettre une prise de conscience sociale et politique sur les véritables conditions de vies de la population noire en France. [139]

Dans la continuité de celui-ci et accompagné de deux autres jeunes intellectuels, Léopold Sédar Senghor d'origine sénégalaise et du guyanais, Léon Gontran Damas, il forme le mouvement de la négritude. Il a l'objectif de promouvoir la culture africaine victime de racisme par le colonialisme.

Enfin, à son retour en Martinique, il écrit en 1939 son célèbre ouvrage : Cahier du retour au pays natal. Puis, en 1948 il fonde le Parti Progressiste Martiniquais afin de revendiquer l'autonomie de la Martinique. Il s'engagea par la suite à moderniser son île tout en revalorisant sa culture à l'échelle mondiale.

- 1946 : Préambule de la IV République Française

Il est dénoncé dans le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 : “ Au lendemain de la victoire remportée par les peuples libres sur les régimes qui ont tenté d'asservir et de dégrader la personne humaine, le peuple français proclame à nouveau que tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés. Il réaffirme solennellement les droits et libertés de l'homme et du citoyen consacrés par la Déclaration des droits de 1789 et les principes fondamentaux reconnus par les lois de la République.”

- 1956 : Premier congrès international des écrivains et artistes noirs

Fondé par Alioune Diop, il réunit une 60ème de personnes vivant en Afrique, en Amérique, à Madagascar, aux Caraïbes et en France. En effet, comme l'annonce dans son discours d'ouverture Alioune Diop : ”l'événement dominant de notre histoire a été la traite des esclaves. C'est le premier lien entre nous [...]. Noirs des États-Unis, des Antilles et du continent africain [...], nous avons ceci d'incontestablement commun que nous descendons des mêmes ancêtres” [140]

Ainsi, le thème central de ce premier congrès est la crise de la culture africaine. Différents sujets seront abordés tels que la traite négrière, l'esclavage, le colonialisme, le racisme etc.

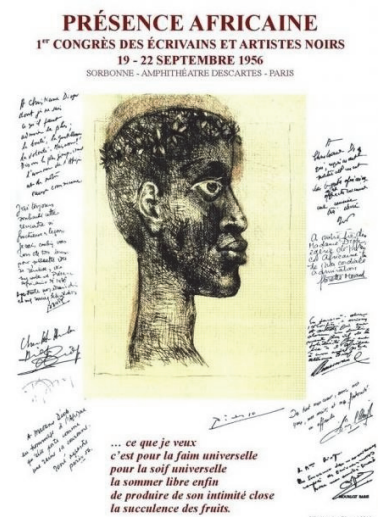


Fig 96 : Affiche publicitaire réalisé par Picasso

Un second congrès se déroula à Rome en 1959. Le thème était l'unité des cultures négro-africaine. Il fût notamment abordé le mouvement négritude mené par Aimé Césaire.

Ces congrès avaient pour objectif d'émettre, à l'échelle mondiale, une prise de conscience sur l'importance de valoriser la culture de son pays d'origine. Il sera dans ce sens mis en place, par exemple : des enseignements sur la musique africaine et sur le cinéma afin d'émettre des films

promouvant l'histoire de l'Afrique. Des écoles et des bibliothèques populaires pour lutter contre l'alphabétisation.

- **Mai 1968 : Grèves ouvrières anti-racismes**

La présence des immigrés devient un problème politique. La France suit les mouvements anti-raciaux qui émanent des Américains. La mort de Martin Luther King agit comme un détonateur (un accélérateur) dans la prise de conscience des immigrés également présents en France.

Les conditions d'habitation et de travail étaient déplorables depuis plusieurs années. Les mouvements de grèves de 1968 révèlent les réalités de l'immigration en France (Européens, Afrique du Nord et de l'Afrique Subsaharienne). Elles ont pour objectifs de démontrer aux français dans quelles conditions extrêmes vivent les immigrés sur le territoire national mais aussi de permettre aux immigrés eux-mêmes d'aspirer à une égalité des droits avec les citoyens français.

- **1973 : Crise pétrolière, la fin de l'immigration ouverte**

Le taux de chômage étant important, elle sera un élément déclencheur dans les politiques liées à l'immigration. En effet, avant cette crise, la France encourageait la venue des travailleurs étrangers pour obtenir plus de main-d'œuvre dans les métiers dévalorisés de la classe ouvrière (secteur ménager, propreté urbaine, usines à la chaîne, chantiers pour les infrastructures etc). Cependant, après cette crise, un secrétariat d'État à l'immigration fût créé en 1974 dans le but de suspendre l'immigration en France en fermant les frontières.

La présence d'immigré en France est jugée indésirable, une majorité des français sont favorables à une diminution de la main-d'œuvre étrangère. Afin d'être éloignés des populations françaises, ils sont majoritairement installés dans les quartiers en périphéries des villes. En 1977, une prime "aide au retour" est alors mise en place afin de pousser les immigrés à rentrer définitivement dans leur pays d'origine.

Pour tenter d'apaiser la situation et faire preuve d'une certaine empathie envers son peuple multiculturel, le président Valéry décida d'inviter en 1974, des éboueurs (un Français, deux Maliens et un Sénégalais) à prendre leur petit-déjeuner à l'Elysée.

- **1984 : Association SOS Anti-racisme**

Les inégalités raciales persistent toujours en France. En 1983, une marche pour l'égalité et contre le racisme surnommée "Marche des beurs" a été organisée de Marseille à Paris. En parallèle, il est observé une montée du mouvement Front National. [141]

C'est dans ce contexte qu'en 1984, Harlem Désir fonde l'association SOS Racisme. Grâce à son slogan "Touche pas à mon pote", la vente de milliers d'exemplaires de leur badge emblématique et le soutien des gouvernements socialistes, il devient le principal mouvement antiraciste en France. Son objectif est de dénoncer la "ghettoïsation" des banlieues et les violences policières contre les immigrés.

Cette association est aujourd'hui l'association nationale de lutte contre le racisme, l'antisémitisme et les discriminations.

- **2005 : Conseil représentatif des associations noires de France (CRAN)**

L'année 2005 est marquée par de nombreuses émeutes dans les banlieues suite à la mort de deux adolescents à Clichy sous-bois. Innocents, ils sont électrocutés dans l'enceinte d'un poste électrique en cherchant à échapper à un contrôle de police.

C'est en septembre que Patrick Lozès fonde le conseil représentatif des associations noires de France (CRAN). A caractère inclusif, ce conseil souhaite représenter l'ensemble de la communauté noire vivant en France. Il tient donc compte des personnes d'origines antillaise ou africaine qu'elles soient chômeurs, fonctionnaires ou des cadres supérieurs.

Les objectifs du CRAN est de promouvoir l'égalité des populations noires de France et d'évaluer les discriminations dont elles sont victimes.

Cette année 2023, le CRAN publia son 2ème baromètre sur les discriminations des populations noires de France. Il sera notamment partagé sur France TV Info que 91% des personnes noires interrogées ont le sentiment d'être victimes de discrimination. Les principaux lieux où les propos discriminatoires sont divulgués sont dans les espaces publics tels que les transports en commun, la rue mais également au sein de son lieu de travail ou d'étude.

ANNEXE 8 : Baromètre sur les discriminations des populations noires de France selon le CRAN en 2023 publié par France Info

Dans l'actualité de ces dernières années, d'autres enquêtes ont pu démontrer que les inégalités raciales persistent en France. Notamment celles réalisées par SOS racisme :

- En 2019 sur les discriminations au logement : L'association a répondu à plus de 775 annonces immobilières de locations dans tous les départements de l'Ile de France. Plusieurs candidatures fictives ont été envoyées correspondant à des profils différents. Il est révélé : “ le profil ayant des origines françaises anciennes qui a obtenu le plus de retours positifs (proposition de rendez-vous ou demande de pièces complémentaires afin d'accéder au rendez-vous) avec 17% de retours positifs, le profil asiatique a reçu 15% de retours positifs, le profil maghrébin a reçu 12% de retours positifs et les profils d'Afrique subsaharien et ultramarin tous deux 11% de retours positifs”. [142]
- En 2021 sur les discriminations à l'embauche : L'association a organisé un test téléphonique sur 69 agences françaises d'intérim dans le bâtiment. Dans le cadre de l'enquête, SOS racisme se fait passer pour une entreprise fictive du BTP qui recherche uniquement des profils européens car ils ont rencontré dans le passé des difficultés avec des travailleurs de différentes communautés. Ainsi, il souhaite filtrer les candidatures avec un critère racial. A l'issue de ces appels : “45% des agences ont accepté de discriminer à la demande de clients potentiels, dont 6% se sont rendus complices de discrimination en fournissant les CV afin que la société commanditaire fasse elle-même le tri”. Cette pratique doit selon les échanges “rester confidentielle”. [143]

Par ailleurs, entre novembre 2018 et janvier 2019, le gouvernement a testé une quarantaine d'entreprises afin d'évaluer la discrimination à l'embauche réalisée en France. Par le bien

d'envoi de candidatures fictives, il annonce 7 entreprises présentant de fortes “ présomptions de discrimination” : Air France, AccorHotels, Altran, Arkéma, Renault, Rexel et Sopra Stéria. [144]

Enfin, ce 30 janvier 2023, il est annoncé par le gouvernement que chaque année, 1,2 million de victimes, en France, subissent une discrimination ou une atteinte à caractère raciste ou antisémite. Dans ce sens, un nouveau plan national contre la haine et les discriminations a été annoncé par la première ministre. [145] Celui-ci a pour objectif de mener des actions autour de ces cinq ambitions suivantes :

1. Mesurer la réalité du racisme, de l'antisémitisme et des discriminations
2. Oser nommer la réalité de la haine
3. Mieux éduquer et former
4. Sanctionner les auteurs
5. Accompagner les victimes

C.1.2 Le manque de représentation

L'histoire du racisme en France, à jusqu'à ce jour, des séquelles sur la perception et l'acceptation de sa couleur de peau noire. En effet, ce sentiment d'infériorité de la race noire face à la race blanche demeure dans la pensée populaire. Il peut être transmis en souvenir de l'histoire familiale mais aussi acquis au cours de l'existence personnelle d'un individu confronté aux réalités raciales présentes en France.

Par ailleurs, ce sentiment peut également être nourri par le manque de représentation de femmes et hommes noirs dans les médias ou dans le milieu du cinéma. Un exemple de polémique récente se porte notamment sur le choix de l'actrice qui représente Ariel dans la version film du dessin animé de Disney, La petite sirène. Lors de la publication de la bande-annonce, une vague de haine inonde les réseaux sociaux avec, en partie, la mise en place du hashtag : #NotMyAriel. Ce choix est pour certains considéré comme un affront auprès de l'auteur du dessin animé qui avait imaginé une sirène de peau caucasienne. Des théories surgissent afin de démontrer qu'au vu de la profondeur de l'océan, une sirène ne peut pas être de couleur foncée. Cependant, cette polémique sera contrebalancée grâce aux nombreuses vidéos publiées de

petites filles à la peau pigmentées. On les voit émerveillées et prises d'émotions face à une Ariel qui est décrite : "Elle est noire comme moi".

La France est un pays multiculturel, et bien que jugé minoritaire, il est important pour la population noire de France de voir des personnes qui leurs ressemblent à travers la télévision, le cinéma, la chanson mais aussi dans des postes à haute responsabilité dans le milieu de la politique ou de la santé par exemple. Cela permettrait :

- De casser cette image où pour s'intégrer à la société française et se rapprocher, au plus près, des idéaux de beautés longtemps identifiés pour la femme par exemple comme : la peau blanche aux cheveux lisses. Dans une démarche d'estime de soi, ces représentations, à toute échelle, sont un moyen d'aider la population à revaloriser sa couleur de peau, sa nature de cheveux et ainsi son identité.
- De donner aux générations d'immigrés et à celles à venir, l'espoir qu'elle puisse s'en sortir. En effet, beaucoup sont issus de quartiers défavorisés dans lesquels les possibilités d'atteindre les études supérieures et ainsi des postes à responsabilités sont difficilement envisageables. Au-delà des réalités financières, l'objectif de ces représentations est d'inspirer cette jeunesse en leur démontrant que la couleur de peau n'est pas un frein dans leur réussite professionnelle.

C.1.2.1 Le test de la poupée noire et blanche

Dans les années 50, dans une Amérique encore ségrégationnelle, le psychologue Kenneth Clark réalise l'expérience "le test de la poupée blanche et de la poupée noire" sur des enfants noirs. Son objectif est de mesurer l'impact du racisme sur l'image qu'ils avaient d'eux-mêmes. Ce test consiste, dans un premier temps à demander à l'enfant de choisir entre une poupée noire et une poupée blanche. Leurs seules distinctions sont la couleur des cheveux, de la peau et des yeux. Dans un second temps, plusieurs questions sont posées afin de comprendre le choix de l'enfant : "pourquoi penses-tu que c'est la plus jolie" par exemple.

Dans le cadre du documentaire “Noirs en France” diffusé sur France 2 le 18 janvier 2022, cette même expérience a été réitérée sur une dizaine d'enfants en France. Les résultats sont identiques à la réalité américaine des années 50 : les enfants choisissent majoritairement la poupée blanche car elle est “plus jolie”, “j’aime bien ses yeux bleus”, “car ma sœur ne joue qu’avec des poupées blanches”, “parce que je n’aime pas trop les noirs car tous les enfants de mon école sont blancs alors quand je serais grande je mettrai de la crème pour devenir blanche”. [146]



Fig 97 : Le test de la poupée - “Noirs de France”

Cette expérience est touchante car elle est marquée par la sincérité des enfants. Elle permet de comprendre que le sentiment d’infériorité précédemment décrit s’installe dès le plus jeune âge. Le risque pour ces enfants est d’évoluer en gardant ces pensées dévalorisantes et ainsi créer une génération d’adultes qui n’acceptent pas leur couleur de peau. [147]

Ainsi, lors de réflexions sur comment aider ces enfants à choisir cette poupée noire et la trouver tout aussi jolie que la poupée blanche, le besoin de divulguer davantage de représentation de peau noire dans la société et pour tout âge prend alors tout son sens.

C.1.2.2 Le mouvement my hair my power - Les secrets de Loly

Depuis le 26 septembre 2022, la marque spécialisée dans les cheveux texturés (ondulés, bouclés et crépus) a lancé le mouvement My Hair, My Power. L’objectif de la fondatrice, Mme Kelly Massol, est de révolutionner les médias français mais aussi la visibilité des cheveux texturés en France. Pour cela, elle lance la première campagne publicitaire sur la chaîne télévisée M6 pour casser les clichés sur les cheveux lisses et mettre en avant la beauté des cheveux texturés. [148]

Elle lance par la suite, des affiches dans les lieux cultes de Paris où sont présentées, des personnes aux cheveux texturés et de toutes les carnations. La marque démontre qu’en France,

4 personnes sur 10 ont des cheveux texturés, ainsi les objectifs de cette campagne est de faire évoluer les critères de beauté en valorisant la diversité culturelle présente en France. Les témoignages de chaque modèle portant sur leur vision de leurs cheveux sont également partagés. Les notions qui en ressortent sont : l'acceptation et l'inclusivité.



Fig 98 : Photo campagne My Hair My Power champs Elysée

Avec une communauté comptabilisant plus 225 000 abonnés sur Instagram, les secrets de loly encourage les personnes à partager leur témoignage sur l'acceptation et la valorisation de leurs cheveux à travers le #myhairmypower.

La création d'une chaîne podcast permet également de pouvoir interviewer des personnes qui participent à ce mouvement d'acceptation de soi des hommes et des femmes aux cheveux texturés. [Un exemple avec le Podcast](#) : Faire de mes cheveux afro une force avec Mme Ophély Mezino, Miss Guadeloupe 2018, 1ere Dauphine de Miss France 2019, 1ere Dauphine de Miss Monde et Miss Monde Europe 2019.

C.1.2.2 Le mouvement du Media Seltalmaa

Le média Setalmaa est spécifique à l'information provenant du marché de la beauté et des cosmétiques en Afrique.

Courant janvier 2023, il décide pour lutter en partie contre la dépigmentation volontaire, de lancer un mouvement prônant l'acceptation de sa couleur de peau pigmentée. Celui-ci se

manifeste par la publication d'une photo de soi avec sa couleur naturelle en notifiant le hashtag [#JaimeMaPeauAuNaturel](#). L'objectif de cette campagne est de valoriser la beauté des phototypes IV à VI

Fig 99 : Publication de lancement du mouvement J'aime Ma Peau Au Naturel



C.3 L'immigration en France

En 2021, l'INSEE publia un rapport "L'essentiel sur les immigrés et les étrangers" [149]. Il révèle que :

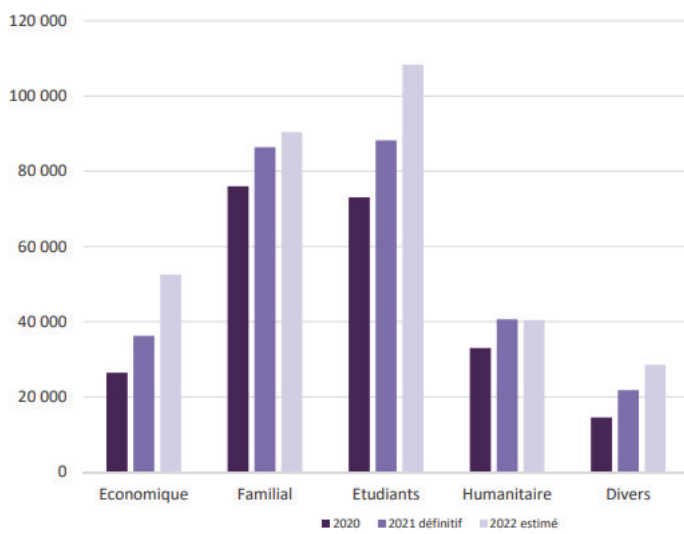
- 7,0 millions d'immigrés vivent en France soit 10,3% de la population totale. 2,5 millions d'immigrés soit 36,0% d'entre eux sont français. Ils ont acquis la nationalité française.
- La population étrangère s'élève à 5,2 millions de personnes soit 7,7% de la population totale. Elle se compose de 4,5 millions d'immigrés n'ayant pas acquis la nationalité française et de 0,8 million de personnes nées en France de nationalité étrangère.

Point intéressant, selon les immigrés arrivés en France en 2020, 41% seraient nés en Afrique, 32% en Europe et 16,1% en Asie.

Pour comprendre davantage cette population d'immigrés et d'étrangers en France, le ministère de l'intérieur et des outre-mer a partagé un rapport provisionnel sur les chiffres clés de l'immigration en France le 26 janvier 2023.

C.2.1 Le titre de séjour

Le titre de séjour est un document reconnu par l'autorité publique permettant à une personne étrangère de séjourner sur le territoire français. Il peut être délivré suite à demande concernant un motif économique, familial, étudiant, humanitaire ou divers.



Les titres délivrés aux étudiants sont en hausse de 22,8% et deviennent pour la première fois plus importante que ceux délivrés pour motifs familiaux. Plus d'un nouveau titre sur trois leur est destiné.

Fig 100 : Titre de séjour délivrés en 2020, 2021 et 2022

Pour une vision globale, hors Britanniques, les primo-délivrances de titre ont augmenté de 17,2% entre 2021 et 2022. Il dépasse les niveaux de 2019 avant la crise du Covid. En effet, entre 2019 et 2020, suite à la crise sanitaire, la France avait fermé ses frontières ce qui a limité les entrées et les sorties sur le territoire.

Les premiers pays à en faire la demande sont le Maroc, l'Algérie, la Tunisie, la Côte d'Ivoire et la Chine.

C.2.2 Les demandes d'asiles

La demande d'asile concerne l'étranger qui fuit son pays d'origine à cause de persécutions où par crainte que sa vie, sa sécurité et/ou sa liberté ne soient en danger. Il demande ainsi à un autre État de le protéger en étant accueilli dans celui-ci.

Entre 2021 et 2022, les demandes d'asiles formulées au Guichet Unique de Demande d'Asile (GUDA) ont augmenté de 28,6%. Il est comptabilisé 137 046 premières demandes et 19 057 demandes de réexamen soit un total de 156 103 demandes.

Les cinq premiers pays à demander un droit d’asile sont l’Afghanistan, le Bangladesh, la Turquie, la Géorgie et la République Démocratique du Congo (+143,5%)

Premières demandes	2021 position	2022 provisoire	2022/2021
Afghanistan	1 ^{er}	22 570	+40,1%
Bangladesh	3 ^{ème}	10 554	+69,4%
Turquie	5 ^{ème}	9 979	+100,1%
Géorgie	7 ^{ème}	8 891	+93,3%
R.D. Congo	12 ^{ème}	6 734	+143,5%

Source : Ministère de l’Intérieur, SI-Asile

Fig 101 : Top cinq des pays demandant l’asile en France en 2020

C.2.3 Les demandes de visas

La demande de visa est réalisée par un étranger qui souhaite séjourner en France pour un temps déterminé.

En 2022, le nombre total de visa a augmenté aussi bien pour les demandes (137,1%) que les délivrées (137,7%).

Les principales nationalités demandant un visa sont diverses mais on peut apercevoir la totalité du Maghreb avec le Maroc, la Tunisie et l’Algérie.

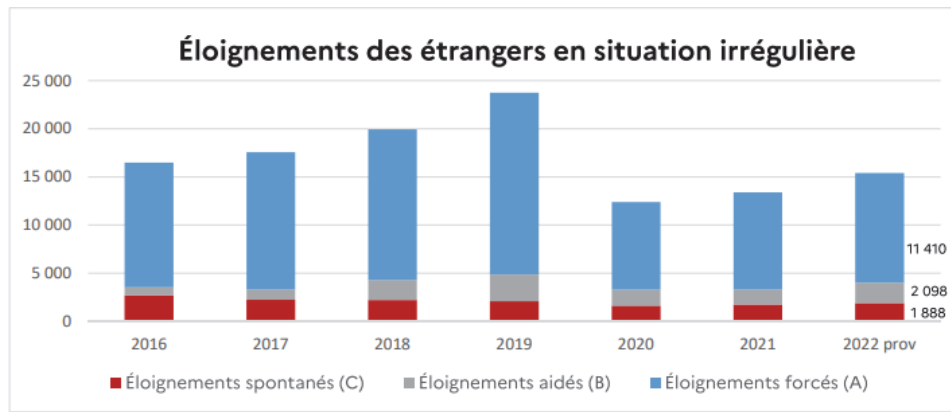
Nationalité	2022 provisoire	Évolution 2022/2021
Indienne	158 619	+ 250,0 %
Marocaine	142 921	+ 105,9 %
Algérienne	131 264	+ 106,2 %
Turque	103 310	+ 136,6 %
Chinoise	99 579	+ 325,0 %
Saoudienne	91 758	+ 52,2 %
Tunisienne	86 636	+ 88,1 %

Fig 102 : Top sept des pays demandant un visa en France en 2022

C.2.4 Les sorties du territoire des étrangers en situation irrégulière

Les sorties du territoire concernant les étrangers en situation irrégulière. Elles peuvent être liées à une entrée non réglementée sur le territoire mais aussi à un refus ou une expiration d’une des demandes précédemment citées.

Dans la globalité, les éloignements des étrangers en situation irrégulière ont augmenté de 14,9% entre 2021 et 2022.



Source : MIOM – DCPA

Fig 103 : Éloignements des étrangers en situation irrégulière

C.2.5 Répartition des immigrés en France

La répartition des populations d'immigrés dans les différentes régions de France est très variable. En 2019 et depuis de nombreuses années, c'est en Ile de France qu'elle est la plus importante. A contrario, elle est la plus faiblement représentée dans les régions de l'Ouest de la France telles que la Normandie, le Pays de la Loire et la Bretagne. Les immigrés se dirigent majoritairement dans les régions comportant de grandes agglomérations comme Marseille et Lyon par exemple. [151]

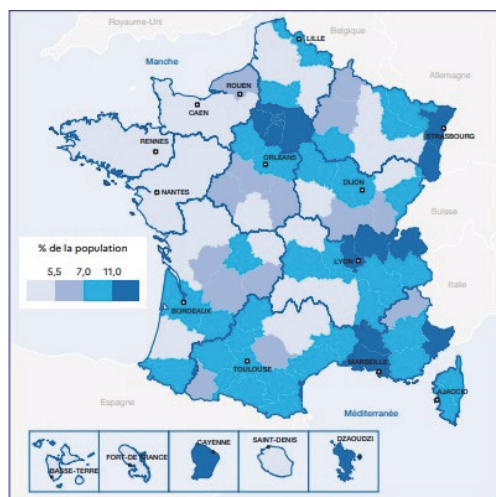


Fig 104 : Part des immigrés dans la population en 2019.

Source : INSEE - recensement de la population 2019 (sauf Mayotte 2017) Données ajustées

C.2.6 Interprétation des données

Grâce aux rapports fournis par le ministère de l'intérieur et des outre-mer, il est démontré que le nombre d'immigrés en France est, en dehors de la crise sanitaire, en constante évolution.

Par ailleurs, ces données officielles ne comptabilisent pas le nombre d'immigrés ou étrangers vivant en France dans une situation irrégulière. Ils sont dénommés dans le jargon courant comme les “sans-papiers” ou “les clandestins”. Selon le Parisien, Mr Darmanin, ministre de l'intérieur de France comptabiliserait en 2021, entre 600 000 et 700 000 personnes en situation irrégulière. [152]

Les immigrés recensés en France proviennent de pays variés. Étant interdit en France de cataloguer les personnes selon leur race ou leur ethnie, il est difficile de pouvoir définir le nombre de personnes à la peau pigmentée. Cependant, ce type d'étude permet de mesurer la diversité de population française et par conséquent de se faire une perception de la part des personnes noires en France.

Ainsi, malgré les différentes mesures effectuées par le gouvernement pour limiter les entrées dans le territoire Français, la population d'ascendance africaine continue d'arriver et s'installer en France.

C.3 Le métissage en France

Par définition, un mariage mixte représente un mariage entre une personne de nationalité française avec une autre personne de nationalité étrangère.

Selon l'INSEE, en 2019, parmi les 212 415 mariages célébrés en France, 32 430 d'entre eux était un mariage mixte, soit 15,3%. Une évolution à comparaison des 6% qu'ils représentaient en 1950. En 2015, dans 37% des cas, le conjoint ou la conjointe étrangère possédait une nationalité d'un pays d'Afrique du Nord, 22 % étaient des ressortissants de l'Union européenne et 14% d'Afrique subsaharienne. Les mariages mixtes représentaient seulement 6. [153]

Par ailleurs, il existe également une grande majorité de mariages réalisés entre deux personnes immigrées.

Ainsi, les populations générationnelles d'ascendances africaines augmentent en France et se divisent entre enfants métisses (une origine française et une autre africaine/ étrangère) ou issus d'une union d'origine étrangère.

Une autre étude de l'INSEE mesurait entre 2019 et 2020, la diversité de la population française à partir d'analyses sur des personnes vivant dans un logement ordinaire. [154] Cette diversité se caractérisait par :

- 9% d'immigrés
- 12% d'immigrés de 2e génération : Au moins un des deux parents est immigré
- 10% de 3ème génération : Avec au moins un de leurs grands-parents est immigré

Fait intéressant, les vagues d'immigration en France proviennent initialement de l'Europe puis du Maghreb et enfin de l'Afrique ou d'Asie. Dans ce sens, après analyse des origines étrangères en fonction des âges entre les 3 générations d'immigrés, il est constaté que :

- Les immigrés d'origine africaine sont à part plus ou moins égale avec ceux d'origine européenne. C'est à partir de 60 ans qu'ils deviennent minoritaires. Cela peut être justifié par l'envie d'un retour au pays d'origine pour leur retraite.
- La deuxième génération d'immigrés est principalement d'origine africaine avec un pic relaté entre 0 et 18 ans. La population d'origine européenne est plus âgée car elle est issue de migrations plus anciennes.
- La troisième génération d'immigrés d'origine africaine est minoritaire et se définit principalement dans une catégorie d'âge très jeune. Ce sont les immigrés d'origine européenne qui sont les plus représentés. Pour autant, issus de la seconde vague d'immigration, ceux d'origine maghrébine sont également présents.

Ces analyses démontrent que la part de la population d'ascendance africaine devrait augmenter continuellement en France dans les années à venir. En effet, au cours du temps, la troisième génération d'immigrés sera principalement représentée par des origines africaines.

ANNEXE 9 : Origine géographique des descendants d'immigrés

Fait divers, le 16 mai 2021, la gauche radicale et l'extrême droite se sont retrouvés sur un point commun : l'état démographique français en 2050. [155]

En effet, Jean Luc Mélenchon déclarait en meeting à Aubin (Aveyron) : « en 2050, 50 % de la population française sera métissée », « Nous sommes ce peuple qui se créolise en ce moment même ». Marion Maréchal Le Pen annonçait quant à elle lors d'un entretien auprès de Livre Noir : « les Français de souche seront minoritaires autour de 2050 ». Afin d'en savoir plus, Gilles Pison, démographe interviewé par le journal Marianne annonce que cela serait “totalement irréaliste”. Il aborde plutôt : “ une infusion lente, sur des décennies, prolongeant ce qui se passe depuis des siècles voire des millénaires, mais pas de remplacement. Le mot est impropre : les immigrés se fondent dans la population et contribuent à la poursuite du métissage.”

On comprend alors que le questionnement sur la place du métissage dans la population française possède une dimension géopolitique importante. Il est difficile d'établir sa représentation mais chaque élément confirme que celle-ci est en croissance constante.

C.5 Interprétations

Dans l'intérêt de comprendre l'environnement socioculturel en France, les sujets rapportant à l'histoire raciale, le racisme, les représentations sociales, l'immigration et le mariage mixte ont été abordé.

Il faut alors comprendre que la France est, par son histoire, une société multiculturelle. La population noire incluant des personnes de toutes origines (antillaises, maghrébine et subsaharienne) s'agrandit chaque année. Au-delà du nombre d'immigrés qui évolue également

annuellement, l'augmentation des mariages mixtes et du nombre d'immigrés de 2ème et 3ème génération s'accroît aussi. Cela tend à évoluer davantage dans les années futures.

Cela signifie qu'il doit y avoir une prise de conscience sociétale afin de désormais ne plus considérer la population noire comme une minorité. Par ailleurs, pour revenir à un point de vue dermatologique, les communautés africaines et antillaises étant présentes en France, les dermatologues sont confrontés, dès à présent, à des dermatoses sur des phototypes foncés. Elles peuvent être spécifiques aux peaux pigmentées ou être communes aux peaux caucasiennes. Dans ce dernier cas, il faut être vigilant car elles peuvent présenter des formes cliniques distinctives. Il est donc important, en tenant compte de cette analyse, que chaque médecin et pharmacien soient aussi bien formés sur la peau caucasienne que la peau pigmentée.

Par ailleurs, il subsiste une certaine réalité en France concernant le racisme et le manque de représentation médiatique des populations noires. Émanant de l'histoire raciale, tous espèrent qu'un jour les valeurs telles que l'égalité et la fraternité pourront résonner dans l'esprit de chaque citoyen français quelle que soit sa carnation. Toujours d'un point de vue dermatologique, il est important de réaliser que ce type de problématique peut avoir une répercussion dans la perception et l'acceptation de sa couleur de peau. Au-delà de l'aspect esthétique, la peau pigmentée peut être assimilée à une contrainte sociale. C'est en partie pour l'une de ces raisons que des pratiques associées à la dépigmentation volontaire seront également présentes sur le territoire français. Elles sont majoritairement réalisées par des personnes immigrées d'origines africaines et qui poursuivent leurs habitudes cosmétiques depuis l'Afrique. Cependant, par influence ou par leur propre désir, des populations d'immigrés de 2ème et 3ème génération d'immigrés appliquent également des produits éclaircissants.

Partie 5 : Les principaux motifs de consultations

Cette partie est réalisée suite à mon expérience professionnelle personnelle.

Après plusieurs années en tant que pharmacienne recherche et développement au sein d'un laboratoire dermocosmétique spécifique aux peaux noires et métissées, j'ai souhaité enrichir davantage mon expertise. Pour cela, j'ai réalisé deux stages d'une durée d'un mois, premièrement, avec le dermatologue Dr Hadi Hakim à Dakar (Sénégal) puis avec la dermatologue Dr Aoun-Coussieu Agathe à Fort de France (Martinique).

À noter qu'au Sénégal la patientèle du Dr Hadi était principalement de la population locale et c'est sur celle-ci que se définissent mes observations. Bien que minoritaire, il possède également une patientèle d'expatriée à la peau caucasienne. Cela était pour moi, une opportunité d'avoir la possibilité de comparer cliniquement les dermatoses sur différents phototypes. De plus, tout comme en Afrique, j'ai choisi le Dr Aoun-Coussieu car elle possède une patientèle majoritairement afro-caribéenne.

Assister activement à leurs consultations m'a permis :

- D'acquérir et d'approfondir mes connaissances sur la dermatologie des peaux pigmentées
- De réaliser que la population africaine et afro-caribéenne possède des similarités et des disparités qui sont influencées par leur environnement socio-culturel
- D'analyser les problématiques cutanées et les principaux motifs de consultations



Voici un résumé vidéo pour chacun de mes stages :

- Sénégal : bit.ly/3ZI2cPz
- Martinique : bit.ly/41TSquQ

Grâce à cette expérience, j'ai pu lancer ma page Instagram en tant que pharmacien expert des peaux pigmentées : bit.ly/3ZNHihy

À mon retour en France, je me suis entretenue avec le Professeur et dermatologue Mr Mahé Antoine. Il est l'auteur de nombreux articles scientifiques dédiés à la peau noire mais aussi du livre "Dermatologie de la diversité". Il est le fondateur et responsable du diplôme universitaire "Dermatologie de la diversité" et du Groupe Thématique Peau Noire. Un groupe qui réunit plusieurs dermatologues en France dans le but d'échanger autour de cas cliniques de dermatoses sur des patients de carnation foncée. Référent et expert de la peau noire en France, j'ai pu échanger avec lui sur mes observations réalisées lors de mes stages à l'étranger. Il m'a ensuite partagé les principaux motifs de consultation dermatologique des patients de phototype IV à VI. Pour finir, nous avons pu débattre autour des réalités terrains concernant les limites et les perspectives de la dermatologie peau noire en France Hexagonale.

L'objectif de cette partie est de démontrer qu'au-delà des spécificités cutanées des populations d'ascendances africaines, leur environnement socioculturel présent en Afrique, aux Antilles et en France influence également l'apparition de leurs dermatoses. Sans cela, nous retrouverons la même fréquence des problématiques cutanées dans chacun de ces territoires.

A. Etudes comparatives des dermatoses sur des peaux pigmentées

Au préalable de mes observations, voici un tableau qui résume d'après plusieurs études publiées, les principaux motifs de consultation dermatologique. Ils sont analysés sur des sujets d'ascendances africaines présents en Guadeloupe (aux Antilles), à Bamako (Mali/ Afrique) et à Londres (Europe). [156]

Site de l'étude (année d'étude)	Guadeloupe (1998)	Bamako (Mali) (1994)	Londres (1999)
Population étudiée	Adultes afro-caribéens	Adultes et enfants maliens	Adultes africains et afro-caribéens
Causes les plus fréquentes	Acné (19%) Mycoses (13%) Eczéma (13%) Dermatite séborrhéique (6%) Troubles pigmentaires (4%)	Eczéma (20%) Gale (17%) Mycose (14%) Pyodermites (6%) Purigo (4%)	Acné (14%) Eczéma (10%) Psoriasis (5%) Chéloïdes (4%) Pityriasis versicolor (4%)
Causes remarquables	Acné chéloïdienne de la nuque (0,7%)	Infections tropicales (1%)	Acné chéloïdienne de la nuque (14%)

Tab 2 : Études comparatives littéraires des motifs de consultations des peaux noires en Guadeloupe à Bamako et à Londres

Celui-ci permet de mettre en évidence que des problématiques telles que l'acné ou l'eczéma sont des dermatoses communes à ces différentes populations. Cependant, chacune possède aussi des dermatoses plus spécifiques et liées à leur conditions de vie, leur pouvoir d'achat et leur relation personnelle avec leur peau :

- Guadeloupe : Dermatite séborrhéique ou les troubles pigmentaires
- Bamako : Pyodermite et prurigo
- Londres : Psoriasis et chéloïdes

B. Observations Dakar - Sénégal

Les 5 principales pathologies observées lors de mon stage chez le Dr Hadi Hakim sont :

- L'acné de l'adulte accompagnée d'hyperpigmentation post-inflammatoire (HPI)
- Les complications cutanées liées à l'application de produits éclaircissants
- La gale
- L'eczéma et le psoriasis
- Les infections de types mycoses ou dermatophytes

Les problématiques associées à l'alopécie et notamment l'alopécie centrale centrifuge cicatricielle ou l'alopécie de traction sont aussi très fréquentes.

B.1 L'acné de l'adulte et HPI

L'acné est une dermatose mondialement connue et présente sur tous les phototypes cutanés. Sa prévalence est plus fréquente chez les adolescents mais elle peut aussi apparaître et devenir chronique à l'âge adulte. Celle-ci est décrite dans la partie trois de la thèse "dermatoses pathologiques".

Ce qui était surprenant lors de mon expérience, c'était de constater une prévalence inversée entre les patients adultes et adolescents. De plus, la patientèle la plus atteinte était féminine. Il est observé que cette catégorie de patientèle est en évolution depuis ces dernières années. Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour tenter de comprendre cette croissance :

- La présence de caractéristiques cutanées physiologiques des peaux pigmentées qui les rendent sujettes à l'apparition de l'acné et notamment jusqu'à l'âge adulte.
- Un déséquilibre hormonal de plus en plus fréquent qui peut être associé par exemple à un stress chronique ou une alimentation forte en produits transformés comportant de nombreux perturbateurs endocriniens.

Fait intéressant, les patientes consultent le plus souvent pour la présence de taches d'hyperpigmentation per et post-inflammatoires créées lors de l'apparition des boutons d'acné. Cette problématique d'hyperpigmentation est très courante sur les populations de carnations

foncées. L'uniformité et l'éclat du teint étant un critère de beauté très important pour elles, elles sont parfois plus frustrées et désemparées par les taches brunes que le bouton en lui-même.

B.2 Les complications des produits éclaircissants

Nommé Xessel, le Sénégal est l'un des pays où la consommation de produits éclaircissants en Afrique est la plus forte. Appliqués parfois dès le collège, les cas de consultations avec comme motif les complications cutanées liées à ces produits sont très fréquentes. Il ne pouvait pas se dérouler une journée, sans avoir un ou deux cas de patients dans le cabinet.

La gravité de ces complications étaient variées. Elles sont jugées :

- Faibles lorsqu'après l'arrêt des produits et l'instauration d'une routine dermocosmétique, celles-ci peuvent être traitées. Elles font référence par exemple à la fragilisation de la barrière cutanée (inflammation, brûlure, dessèchement, desquamation etc), d'un début d'amincissement cutané ou des premiers signes cliniques de l'apparition de boutons et/ou taches pigmentaires.
- Moyennes quand elles nécessitent un traitement médicamenteux. Cela peut être un traitement anti-acné en cas de présence de papules, pustules ou nodules. Il peut s'agir également d'un traitement antibactérien ou antimycosique s'il y a une infection cutanée.
- Fortes lorsque celles-ci sont intraitables. Elles représentent par exemple les cas de forte ochronose ou de vergetures larges sur tout le corps.

Le dermatologue a pour mission d'accompagner et sensibiliser les patients contre les dangers cutanés mais aussi sur leur santé (diabète, hypertension etc).

B.3 La gale

La gale humaine ou scabiose est une dermatose parasitaire non décrite dans la partie trois de la thèse. Elle est due au parasite sarcopte qui fait partie de la famille des acariens. C'est une maladie mondiale mais elle est plus fréquente dans les pays sous-développés au climat tropical.

Elle touche principalement les communautés où coexistent promiscuité et précarité et où l'accès au traitement est limité. Très contagieuse, les enfants et les personnes âgées sont les premières atteintes. Cependant, la gale se propage très rapidement quel que soit le profil de l'individu.

Très présente au Sénégal, elle touche des foyers complets (enfants/parents). Ils consultent le plus souvent à cause de prurit nocturne et de l'apparition de vésicules, papules ou sillons dans les espaces interdigitaux, les poignets, les couches, les fesses, les seins etc.

Le dermatologue doit alors avoir le bon diagnostic clinique afin de ne pas la confondre avec une infection bactérienne ou autre. Il doit également prescrire un traitement pour toute la famille et conseiller de changer toute la literie de la maison afin de pouvoir venir à bout définitivement du parasite dans le foyer.

B.4 L'eczéma / le psoriasis

L'eczéma et le psoriasis sont deux dermatoses inflammatoires mondialement connues. Cependant, leurs formes cliniques sur peaux pigmentées sont parfois méconnues et font alors suite à des erreurs de diagnostic. C'est pourquoi celles-ci sont présentées dans la partie trois dermatoses pathologiques.

Par leurs caractères inflammatoires, elles sont souvent accompagnées de taches d'hyperpigmentation post-inflammatoires. Elles nécessitent elles aussi une prise en charge thérapeutique une fois la lésion enflammée calmée.

B.5 Les infections cutanées

Les infections cutanées de type mycosiques ou bactériennes sont aussi très fréquentes en Afrique à cause du climat tropical qui leur est favorable. Ainsi, certains agents infectieux tels que le trichophyton soudanense ou le scytalidium dimidiatum vont avoir une origine africaine.

Les onychomycoses étaient l'infection cutanée la plus fréquente. Elle se définit par une infection fongique de l'appareil unguéal provoquée par des dermatophytes, des levures ou des

moisissures. Les manifestations cliniques lors des consultations étaient les plus fréquemment à des stades très avancés.

C. Observations Martinique - Antilles

Il est plus difficile d'établir un top 5 des principales dermatoses observées lors de mon stage chez le Dr Aoun-Coussieu Agathe. J'énumérais :

- L'acné accompagnée d'hyperpigmentation post-inflammatoire
- L'hyperpigmentation dans sa globalité - focus sur le mélasma
- La peau atopique, l'eczéma et le psoriasis
- La dermatosis papulosa nigra
- Le pityriasis versicolor

Cependant, les dermatoses telles que les chéloïdes, les kystes épidermiques et les infections cutanées étaient aussi relativement fréquentes. Au niveau capillaire, ce sont les problématiques d'alopecies et de dermatite séborrhéique du cuir chevelu qui sont les plus fréquentes.

C.1 L'acné et HPI

Tout comme pour le Sénégal, j'ai pu constater aux Antilles que l'acné était plus fréquente chez les femmes. Nous avons également de nombreux cas d'acné chez la femme adulte. Pour autant, certains patients adolescents, accompagnés de leurs parents, consultaient dès l'apparition des premiers signes cliniques représentatifs afin d'obtenir rapidement un traitement adapté et efficace.

Communs aux spécificités cutanées de la peau pigmentée, les patients afro-caribéens sont eux aussi sujets aux problématiques de l'hyperpigmentation per et post-inflammatoire. Le besoin de traiter ses boutons est tout aussi important que la disparition des taches créées.

C.2 L'hyperpigmentation dont le Mélasma

L'apparition de taches brunes sur le visage et/ou sur le corps est définie comme inesthétique pour la population antillaise qui recherche continuellement un teint homogène et éclatant.

Parmi les différents types d'hyperpigmentation présentés dans la partie trois de la thèse, la plus fréquente est l'hyperpigmentation post-inflammatoire. Au-delà des dermatoses inflammatoires, elles peuvent être causées par des piqûres de moustiques, des frottements inter-cuisses ou sous les aisselles. Cependant, des consultations pour traiter le mélasma sont aussi très courantes.

Il est important pour le dermatologue de réaliser en plus de la prescription d'un traitement anti-taches, une prévention autour de l'application d'une protection solaire quotidienne. En effet, beaucoup n'ont pas conscience de l'impact de celui-ci sur l'apparition ou l'accentuation de leurs taches et encore moins sur ces autres effets cutanés pouvant aller jusqu'au cancer cutané.

C.3 La peau atopique, l'eczéma et le psoriasis

Par leurs caractéristiques physiologiques, la peau pigmentée est aussi sujette à la xérose cutanée. Tout comme au Sénégal, j'ai pu apercevoir des cas de patients très variés avec différents types d'eczéma et de psoriasis. Le principal challenge est toujours d'avoir les connaissances et un œil avisé sur les peaux pigmentées pour effectuer le bon diagnostic.

Par ailleurs, j'ai constaté aux Antilles, une forte demande de consultation dermatologique chez les enfants et nourrissons avec comme motif la dermatite atopique. Elle fait suite à un terrain atopique génétique et héréditaire en faveur de l'un des parents.

C.4 La dermatosis papulosa nigra

L'apparition de la dermatosis nigra est très fréquente dans la population antillaise. Comme il est défini dans la partie deux "dermatoses physiologiques", les DPN ne sont pas pathogènes. Elles sont surtout considérées, pour certains patients, comme inesthétiques selon la taille et la localisation (visage et/ou corps) des lésions.

Les principales interrogations de la patientèle s'orientent sur le questionnement du caractère bénin de ces lésions et sur l'acte chirurgical possible pour les faire disparaître.

C.5 Le pityriasis versicolor

Le pityriasis versicolor est causé par une levure du genre *Malassezia*. Sa manifestation clinique se définit par l'apparition de macules hypochromes principalement sur le buste, les épaules, les bras et le haut du dos. Il est important de savoir le diagnostiquer afin de ne pas le confondre avec un vitiligo.

Sa prévalence est très fréquente aux Antilles du fait du climat tropical présent, des fortes transpirations en réponse à la chaleur et à la typologie majoritairement de type peau mixte à grasse de la population. Ces facteurs favorisent son développement. Il est appelé taches de lota dans le jargon familial.

C.6 Autres dermatoses

Les consultations dermatologiques sont également rythmées par des interventions chirurgicales. Les principales demandes concernent l'extraction de kystes sébacés principalement présents sur le dos et le traitement des chéloïdes.

Les kystes sébacés sont jugés contraignants par les patients car ils peuvent atteindre plusieurs centimètres de diamètre et former un nodule sous cutané. Il s'y extrait régulièrement par les pores, une substance épaisse et odorante. Elle pousse les patients à se le purger seul afin de "le vider" dans sa totalité. Cependant, ceci n'est qu'un leurre car la coque du kyste reproduit à nouveau cette substance sébacée (lamelles de kératine plus ou moins oxydées). De plus, cela accentue le risque que celui-ci s'infecte.

Le traitement des chéloïdes est demandé car celles-ci ont un impact négatif sur la qualité de vie des patients. Elles sont jugées inesthétiques car elles sont en relief, elles grossissent de façon anarchique et récidivent fréquemment. De plus, au quotidien, elles sont douloureuses et entraînent de fortes démangeaisons.

D. Observations - France

En moyenne, les 5 principales pathologies observées en France selon l'expérience du Dr Mahé Antoine sont :

- L'acné accompagnée d'hyperpigmentation post-inflammatoire
- L'hyperpigmentation dans sa globalité - focus sur le mélasma
- La peau atopique, l'eczéma et le psoriasis
- Les chéloïdes
- Le pityriasis versicolor

Les problématiques associées à l'alopécie sont aussi très fréquentes. De plus, le traitement des DPN est aussi beaucoup demandé.

D.1 La peau atopique, l'eczéma et le psoriasis

La peau atopique, l'eczéma et le psoriasis évoluent de façon chronique mais aussi, pour certains patients par des crises / poussées temporaires. Celles-ci sont fréquentes en hiver à cause de la baisse des températures, le vent, l'excès de lavage à l'eau chaude etc. Cela fragilise la barrière cutanée ce qui la rend plus vulnérable et sensible à ces dermatoses.

D.2 Le pityriasis versicolor

Le pityriasis versicolor est en France surnommé "le champignon de l'été". Il apparaît en effet durant les périodes à forte chaleur. Se développant majoritairement dans des milieux humides, certains patients en sont atteints après une sortie à la piscine ou dans les parcs aquatiques. La communauté des surfeurs est également une cible facile pour ce champignon.

E. Conclusion

Voici un nouveau tableau qui retrace les principaux motifs de consultations en fonction des différents territoires selon mes observations terrains. À titre comparatif, il possède de nombreuses similitudes à celui présenté en introduction de cette partie.

Site de l'étude	Dakar (Sénégal)	Fort de France (Martinique)	Colmar (France)
Population étudiée	Africains	Afro-caribéens	Africains et afro-caribéens
5 causes les plus fréquentes	Acné + hpi	Acné + hpi	Acné + hpi
	Complications produits éclaircissants	L'hyperpigmentation (Melasma ++)	L'hyperpigmentation (Melasma ++)
	Gale	Dermatite atopique / eczéma / psoriasis	Dermatite atopique / eczéma / psoriasis
	Eczéma / psoriasis	Dermatosis Papulosa Nigra	Chéloïdes
	Mycoses / pyodermites	Pityriasis versicolor	Pityriasis versicolor
Autres	Alopécies	Kystes sébacés, chéloïdes et alopécies	Alopécies, acné chéloïdienne de la nuque, DPN e

Tab 3 : Etudes comparatives des motifs de consultations des peaux noires à Fort de France, Dakar et Colmar

Ce qui distingue ces motifs de consultation dermatologique entre l'Afrique, les Antilles et la France sont la qualité de vie, le pouvoir d'achat et la perception de la couleur de peau des patients.

En effet, au Sénégal, le nombre de médecins est insuffisant par rapport à la population totale du pays. De plus, ils sont principalement présents dans les grandes villes telles que Dakar et

Saly et à contrario, totalement absents dans certaines campagnes isolées comme en Casamance par exemple. Ainsi, certains n'ont pas la possibilité de consulter un dermatologue ce qui entraîne une évolution négative d'une dermatose qui pouvait-être initialement bénigne.

De plus, selon une enquête annuelle menée en 2019 par le conseil Mercer sur la qualité de vie de 331 villes dans le monde, il est montré que Dakar se classe 11ème sur 45 villes étudiées en Afrique.

Cependant, les inégalités sociales y sont bien installées. Il y coexiste différentes classes sociales composées :

- De personnes originaires du pays où issus de la diaspora africaine. Ils ont suivi des grandes études dans des écoles françaises ou internationales et ont accès à des postes "haut placé". Leur salaire leur permet d'avoir une bonne habitation avec parfois du personnel domestique pour réaliser leurs tâches ménagères. Ils ne fréquentent que les milieux mondains (restaurants, bar, événements etc) du pays. Ils ont un accès facilité aux soins grâce à la possibilité de souscrire une assurance et une mutuelle santé.
- De personnes originaires qui vivent dans la précarité et pour qui l'accès à l'éducation, aux services sociaux et aux soins sont plus difficiles. Certains feront partie de la classe ouvrière du pays tandis que d'autres par manque de qualifications seront contraints de faire la manche pour tenter de subvenir à leurs besoins vitaux. Ils vivront le plus souvent à plusieurs dans leur domicile et les sorties de types restaurant ou autres seront réalisées à titre occasionnel.

C'est cette population locale et précaire qui sera plus sensible aux problématiques liées au manque d'hygiène quotidienne. De plus, d'un point de vue financier, certains ne consulteront le dermatologue qu'une fois que la dermatose aura un aspect clinique très inquiétant et que les remèdes traditionnels seront inefficaces.

Aux Antilles et en France, la situation est différente. Par définition, toute personne résidant et/ou travaillant en France et DROM-COM bénéficie d'une sécurité sociale qui lui garantit la prise en charge d'une partie de ses frais de santé. Par conséquent, les patients sont beaucoup plus à même de consulter un dermatologue dès les premiers signes cliniques de la dermatose.

Précisons cependant que le manque de dermatologues est aussi constaté en France et DROM-COM. De plus, par peur d'avoir un mauvais diagnostic ou un traitement inefficace pour leur dermatose, une partie de la population à la peau foncée recherche un dermatologue spécifique aux peaux noires. Il existe notamment en France, des listes rédigées par des internautes de “dermatologues peaux noires”. Le Dr Mahé me confia exercer au CHU de Colmar (Grand Est) et avoir déjà eu un patient en consultation qui a fait le déplacement de Toulouse pour son expertise peau noire.

Concernant les inégalités sociales, elles sont moins visibles qu'en Afrique grâce aux différentes aides sociales mises en place par le gouvernement français (les allocations familiales, aux chômeurs etc). Ainsi, les dermatoses liées aux manques d'hygiène et à la précarité sont moins présentes.

Les problématiques cutanées qui émanent des consultations dermatologiques sont en France et aux Antilles dans un but “plus esthétique”. L'objectif est principalement d'avoir une peau sans imperfection. De plus, elles ont un pouvoir d'achat, une assurance maladie et une mutuelle santé qui leur permet plus facilement d'avoir recours si besoin à un acte de dermatologie esthétique comme du laser, du peeling, une photothérapie etc. A préciser qu'il existe également des personnes dans une classe défavorisée pour qui ce type de soins est inaccessible.

Pour conclure, il est démontré que des dermatoses telles que l'acné et l'hyperpigmentation post-inflammatoire sont communes à l'Afrique et aux Antilles. D'autres comme la gale ou les infections cutanées vont être majoritairement présentes en Afrique alors qu'aux Antilles, il est plus fréquent d'observer une dermatosis papulosa nigra ou un pityriasis versicolor.

Cela n'exclut pour autant, que ces dermatoses n'existent dans les territoires où elles ne sont pas citées. J'ai par exemple assisté à des traitements de chéloïdes au Sénégal comme à des cas de mycoses ou infections parasitaires en Martinique. Il s'agit ici d'une liste non exhaustive des principaux motifs de consultation dermatologique.

Enfin, la France étant le siège de l'immigration, les deux populations africaines et afro-caribéennes cohabitent ensemble. C'est pourquoi, en tenant compte des conditions climatiques et de l'environnement socioculturel, il est retrouvé des dermatoses communes à celles présentes au Sénégal et aux Antilles.

Partie 6 : Organisations et conseils officinaux adaptés

Le choix du référencement des produits présents en parapharmacies, le prix public ainsi que le merchandising est sous la responsabilité du pharmacien titulaire de l'officine. C'est à lui, d'analyser selon sa localisation et sa clientèle ce qui est le plus approprié pour développer son point de vente.

Par mon expérience à travers mes voyages, j'ai pu constater une organisation différente des parapharmacies en fonction de leur localisation en Afrique, aux Antilles et en France. Elles s'adaptent aux différents profils des consommateurs qui varient selon la culture, la qualité de vie, le pouvoir d'achat mais aussi la relation de chacun avec la couleur de peau.

Ainsi, l'environnement socioculturel influence les besoins des patients auxquels les pharmaciens doivent s'adapter pour répondre à leurs attentes et garantir d'un point de vue économique le dynamisme croissant de leurs officines.

A. Organisation officinale

A.1 Afrique - Sénégal

Selon le rapport de Setelmaa, le marché de la beauté et des soins en Afrique est estimé à 7,5 milliards d'euros en 2018. Celui-ci évolue avec une croissance annuelle entre 8 et 10% contre 4 à 5% dans le reste du monde. De plus, il est estimé qu'en 2020, les marques africaines et internationales se partageaient un marché comprenant 335 millions de potentiels consommateurs africains subsahariens francophones. Celui-ci comprend les produits de beauté et cosmétiques suivants : soins visage & corps, capillaire et maquillage. [119]

Taille de marché selon les différents segments beauté

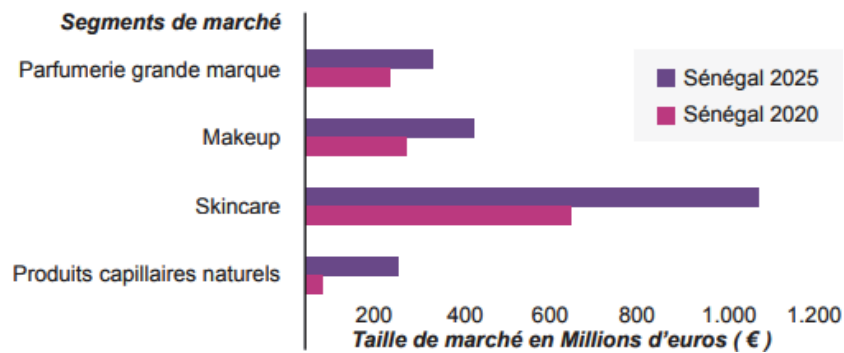


Fig 105 : Statistique du marché de la beauté Sénégal 2020 à 2025

Les lieux de ventes des produits cosmétiques sont dissociés entre :

- Les pharmacies
- Les instituts de beauté
- Les stands dans certains marchés
- E-commerce

Pendant cette dernière décennie, il est observé une prise de conscience du secteur pharmaceutique en Afrique. En évolution, celui-ci retrouve sa position d'être un des lieux les plus sûrs pour acheter un produit cosmétique avec un bon rapport efficacité et innocuité. Dans ce sens, on ressent par exemple à Dakar (la capitale du Sénégal), l'assainissement et le développement d'un réel espace parapharmacie dans de nombreuses officines de la ville.

Cependant, l'objectif est toujours le même, répondre aux attentes et aux besoins des patients. Ainsi, quatre grands types de produits se divisent le marché parapharmaceutique :

- Les produits éclaircissants
- Les soins dermocosmétiques de marques généralistes internationales
- Les soins dermocosmétiques de marques ethniques
- Les soins de marques locales

A.1.1 Les produits éclaircissants

Les réglementations autour de la vente et la publicité des produits éclaircissants sont très variables selon les pays d'Afrique. Certains pays tels que le Ghana, l'Afrique du sud ou le Rwanda ont interdit la vente de ces produits. Au Sénégal, seule la diffusion des messages publicitaires promouvant les produits éclaircissants à travers la télévision ou la radio est interdite. Cependant, si cela n'est pas respecté, les sanctions ne sont pas réellement définies et appliquées.



Il est alors très courant de pouvoir apercevoir dans les rayons des parapharmacies sénégalaises et dans d'autres pays d'Afrique des produits dépigmentants vendus en vente libre. Ils peuvent être des produits de marques locales ou des préparations magistrales formulées par le pharmacien. Celles-ci sont fréquemment présentées comme des formules magiques pour retrouver de l'éclat ou traiter diverses problématiques cutanées.

Quel que soit le type de produit, les étiquettes et les allégations sont très peu fiables.

Fig 106 : Gammes de soins éclaircissants pharmacies sénégalaise

A.1.2 Les soins dermocosmétiques de marques internationales

Il y a encore quelques années, les grandes marques internationales refusaient toutes implantations en Afrique. Forcées de constater le développement croissant et constant du marché de la beauté sur le continent, certaines d'entre elles ont alors accepté d'être présentes afin de pouvoir répondre à la demande des consommatrices. En effet, beaucoup ont l'habitude d'acheter leurs soins dermocosmétiques lors de leurs voyages en Europe ou Etats-Unis tandis

que d'autres vont être tentées de les essayer grâce à l'influence transmise par des créatrices de contenu beauté digital présentes partout dans le monde.



C'est donc par cette notoriété naturellement présente sur le continent africain que des laboratoires tels que Pierre Fabre ou encore l'Oréal ont pu décider de s'implanter afin de saisir pleinement ce nouveau marché. Afin d'accroître ses ventes, les équipes marketing décident alors d'inclure dans leurs visuels publicitaires, des personnes aux carnations foncées. L'objectif était de réussir à cibler davantage la communauté africaine afin qu'elle puisse s'identifier et passer plus facilement à l'acte d'achat. Or, il y a encore 2 ou 3 ans en arrière, c'étaient uniquement des femmes et hommes caucasiens qui étaient les modèles des campagnes publicitaires.

Fig 107 : Affiche publicitaire et gammes de soins dermocosmétiques des marques internationales dans une pharmacie sénégalaise

Les principaux laboratoires présents en Afrique sont Pierre-Fabre, Uriage, La Roche Posay et Bioderma. D'après Setelmaa, 6 femmes africaines subsahariennes sur 10 interrogées utilisent les produits de la marque Avène pour traiter leur peau grasse acnéique. Cependant, SVR ou Noreva et tant d'autres sont très demandés par les consommatrices et les pharmaciens. Il ne saurait donc tarder que de voir d'ici les prochaines années de nouveaux lobbies du marché pharmaceutique saisir eux aussi leur place sur ce marché africain.

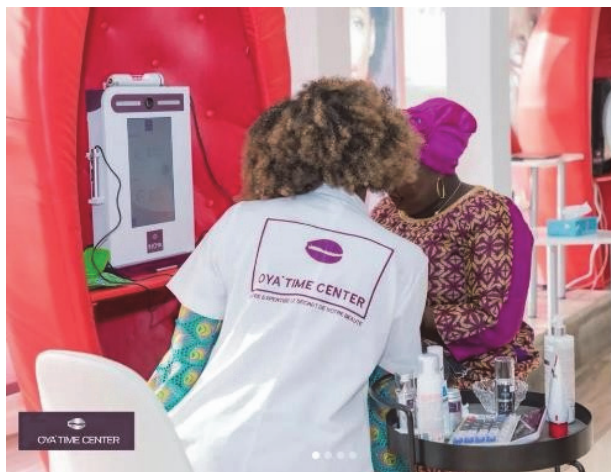
Par ailleurs, l'objectif des parapharmacies africaines est de garantir un stock constant aux patients qui utilisent ce type de soin dans leurs routines quotidiennes. En effet, certains sont parfois frustrés de ne pas avoir la possibilité d'avoir des gammes complètes (absences de références) tandis que d'autres sont craintifs qu'un soin initialement présent soit manquant lorsqu'ils souhaitent le renouveler.

A.1.3 Les soins de marques ethniques

Il existe depuis une dizaine d'années des marques dermocosmétiques qui se spécialisent dans le développement de soins spécifiquement formulés pour les peaux noires et métissées. Implantées en France et encore considérées comme des start-ups, certaines ont l'ambition et commencent à explorer le marché africain. Par manque de connaissance ou de finance, elles se retrouvent confrontées aux problématiques de transports, de stockage et de distribution des produits pour se lancer pleinement dans ce projet.

Le laboratoire IN'OYA est le premier à avoir franchi le cap en septembre 2021 de fonder un siège secondaire à Dakar (au Sénégal) en y intégrant une nouvelle équipe locale afin de se développer dans le pays.

En dehors du circuit pharmaceutique et dermatologique, le laboratoire IN'OYA créa, en parallèle, courant septembre 2021 son premier showroom : Le Oya Time Center.



Un institut de soins proposant des diagnostics de peau offerts, des soins capillaires et esthétiques (purifiants, anti-taches, anti-boutons etc). Il y est organisé de nombreux événements avec différents types d'intervenants mais avec des thématiques toujours centrées autour de la beauté et du bien-être de la femme africaine

Fig 108 : Diagnostic de peau au Oya Time Center (IN'OYA)

A.1.4 Les soins de marques locales

Afin d'apporter une valeur ajoutée à leurs parapharmacies, certaines souhaitent également inclure dans leurs rayons des marques africaines locales avec des actifs naturels issus en partie de la pharmacopée traditionnelle.

Ces nouveaux produits correspondent aux attentes des consommatrices qui recherchent des produits "clean", plus naturels, présentés dans des beaux packagings et qui se disent transparents dans les actifs choisis et mentionnés sur l'étiquette produit.

Ces marques sont créées par une nouvelle génération d'hommes et femmes africains ayant fait des études supérieures. Ils ont fait le choix d'investir dans le secteur de la beauté africaine avec comme valeur principale, le respect du savoir-faire ancestral médicinal. Un exemple : le Laboratoire Marie Dialo implanté à Thies (Sénégal) et qui a été fondé par une pharmacienne d'industrie diplômée à l'université Paris XI.

A.2 Antilles - Guadeloupe

Les Antilles françaises sont des régions à caractère rural. Tandis que certaines îles comme la Réunion gagnent en attractivité et augmentent ainsi annuellement sa population, d'autres îles telles que la Martinique ou la Guadeloupe en perdent. Cela serait lié à un rapport en déficit des entrées et sorties du territoire causé, en partie, par une majorité des jeunes qui se dirigent vers la France métropolitaine pour effectuer leurs études supérieures où trouver un emploi.

Prenons l'exemple de la Guadeloupe car j'ai pu effectuer une expérience d'un mois dans la pharmacie Berthelot située dans le centre commercial Destreland à Baie-Mahault.

Au 1^{er} janvier 2019, 384 239 personnes résidaient en Guadeloupe. Entre 2013 et 2019, la population diminuait de - 0,8 % par an en moyenne, soit 3 000 habitants en moins chaque année. La répartition démographique de la population dans cet archipel comporte de nombreuses disparités. Elle se concentre majoritairement autour de Baie-Mahault, Petit-Bourg et le Lamentin grâce au développement des zones commerciales situées à Jarry, Moudong ou

Jabrun. Cependant, des communes comme les Abymes, Saint François, Basse-Terre ou dans les îles comme la Désirade ou Marie Galante continuent à perdre des habitants. Certaines contiennent moins de 5000 habitants.

ANNEXE 10 : *Recensement de la population Guadeloupéenne entre 2013 et 2019*

Par conséquent, suite à cette répartition démographique, la présence et l'organisation des officines est différente comparativement à la Métropole.

En 2021, la Guadeloupe possédait 159 pharmacies. Cela représentait en moyenne 2438 habitants par officine. En fonction de leur localisation, il existe deux types d'officines :

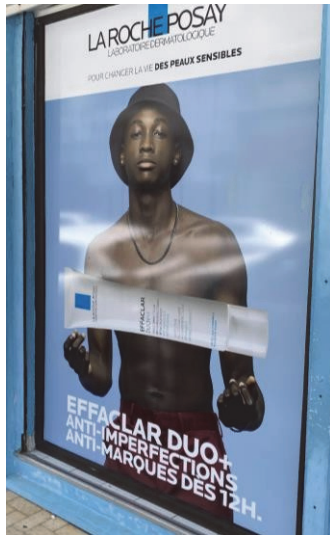
- Les pharmacies de quartier qui possèdent une surface plus limitée (inférieur à 70m²) avec un personnel moins important
- Les pharmacies attractives situées dans des zones plus dynamiques. Elles ont un personnel plus important et une plus grande surface de vente. Elles proposent ainsi, un plus large choix de produits dans leur zone de parapharmacie

Il coexiste trois grandes catégories de produits dans les parapharmacies antillaises :

- Les soins dermocosmétiques de marques généralistes
- Les soins dermocosmétiques de marques ethniques
- Les marques locales

A.2.1 Les soins dermocosmétiques de marques généralistes

En France ou dans les DROM-COM, la parapharmacie est régie par les laboratoires dermocosmétiques tels que Pierre Fabre, l'Oréal, Naos etc. Ils sont "la colonne vertébrale" des rayons des parapharmacies. Présents depuis des années, leurs organisations dans les territoires d'outre-mer sont ancrées. Certains laboratoires importent leurs produits de métropole et possèdent leurs propres dépositaires tandis que d'autres passent par des grossistes. Concernant le personnel, les commerciaux, formateurs et animateurs peuvent appartenir directement à la marque ou faire partie d'une entreprise sous-traitante.



Tout comme pour l’Afrique, on peut constater la volonté des équipes marketing de toucher la cible locale. Étant majoritairement de carnation foncée, on retrouve alors dans les campagnes publicitaires la notion d’inclusion en mettant en avant des hommes et femmes de phototype V à VI.

Fig 109 : Affiche publicitaire d’une marque dermocosmétique dans une pharmacie en Guadeloupe

Par leur notoriété et la confiance instaurée sur le rapport efficacité et innocuité de leurs produits, les marques dermocosmétiques généralistes se vendent en globalité facilement. La concurrence qu’il peut exister entre elles se joue sur l’image de marque, la composition des produits, le discours confié par les équipes officinales. Ce dernier peut être influencé par des challenges organisés par les marques pour booster leur vente sur un temps déterminé.

A.2.2 Les soins dermocosmétiques de marques ethniques



Dans ce désir de revendiquer et de porter fièrement sa couleur ébène, les patients antillais sont très ouverts à la découverte de marques dermocosmétiques formulées sur mesure pour eux.

Leur implantation dans les outre-mer est pour ces marques un vrai challenge car la cible “peau pigmentée” est présente et demandeuse de leurs produits. En effet, avec les différentes plateformes digitales, elles possèdent des clients et des prospects qui suivent le développement de leurs produits et l’actualité de la marque.

Fig 110 : Marques dermocosmétiques ethniques dans une pharmacie en Guadeloupe

Leur principal frein, auquel ces marques font face dans leur développement digital aux Antilles, est le prix exorbitant rattaché aux frais de livraison. Pour pallier cela, elles décident d'implanter leurs produits dans les pharmacies présentes aux Antilles. Elles se calquent alors sur l'organisation des marques généralistes afin de pouvoir elles aussi se développer et étendre leurs offres. Cependant, par manque d'expérience, il peut arriver que les prix à la vente soient majorés, du fait de certaines taxes liées à leur importation. Elles peuvent également avoir quelques difficultés associées au délai de transport et se retrouver ainsi en rupture de stock.

En comparaison aux marques généralistes, elles sont alors parfois considérées comme nouvelles et/ou plus coûteuses selon le produit sélectionné et comparé à d'autres références du même type. Cependant, le discours autour de la recherche spécifique aux peaux noires, la compréhension de leurs problématiques et la garantie d'une efficacité cliniquement prouvée permettent aux patients de se sentir compris, rassurés et ainsi passer à l'acte d'achat.

Alors que les marques dédiées à la peau se développent avec une croissance plus ou moins constante, le marché du capillaire ethnique est quant à lui en pleine extension et notamment aux Antilles. Il fait référence à des marques dédiées aux cheveux texturés telles que Les Secrets de Loly ou Kalia Nature.

Malgré leur positionnement et engagement centré sur le naturel et la transparence, ce sont des marques qui aujourd'hui, en métropole, sont majoritairement retrouvées dans des quartiers dit "Africains" (Noailles à Marseille ou Château Rouge à Paris) et sont vendues dans des boutiques exotiques. Or, aux Antilles et notamment en Guadeloupe, j'ai pu constater lors de mon expérience que ces marques sont intégrées au réseau pharmaceutique de l'île.

A.2.3 Des marques locales

Dans ce besoin d'être communautaire, les consommateurs antillais sont attachés à soutenir des marques originaires de leurs îles. Dans le domaine de la cosmétique, elles produisent des huiles ou du beurre de karité naturels mais aussi des soins à base d'actifs issus de la pharmacopée locale.



Appréciées par la population, ces marques locales sont la valeur ajoutée d'une officine. En choisissant de les référencer, elle participe au développement de l'économie locale et se différencie de ses concurrents.

Fig 111 : Marques locales présentes dans une pharmacie en Guadeloupe

A.3 La France Métropolitaine

Le marché de la parapharmacie en France est conventionné par les marques dermocosmétiques généralistes. Aujourd'hui, des marques plus naturelles, bio ou ethniques tentent elles aussi de se créer une place dans ce marché.

A.3.1 Les soins dermocosmétiques de marques généralistes

Les marques des grands groupes dermocosmétiques sont jugées comme généralistes. En effet, malgré leur mention "tous types de peaux", pendant des années, elles avaient un discours commercial et des visuels qui semblaient cibler uniquement la population à la peau de phototype I à III. De plus, les résultats d'études cliniques partagées ne communiquaient aucune information sur l'inclusion de personnes de phototype IV à VI. Pour finir, la garantie d'une efficacité sur peau noire est parfois remise en question notamment sur la problématique des taches d'hyperpigmentation.

Initialement et par manque de choix, la population à la peau pigmentée était habituée à consommer ce type de soins. En effet, en dehors des pharmacies, les marques qui se disaient spécifiques à la peau noire étaient très souvent présentes dans les boutiques ethniques exotiques

et avaient une action plus ou moins éclaircissante sur la peau. Aujourd'hui, cette même population prend conscience des spécificités de sa peau et des dangers rattachés à l'application des produits éclaircissants. Elle est donc en quête de produits efficaces et sans danger pour leur peau et ses problématiques.

Forcés de constater que cette patientèle à la peau pigmentée n'est plus réellement à considérer comme une minorité, depuis quelques années, ces lobbies pharmaceutiques adoptent la valeur d'inclusivité. Ainsi, leurs équipes scientifiques dédiées à la recherche et au développement des soins s'intéressent davantage aux spécificités et aux problématiques des peaux pigmentées. Ils les introduisent également dans leurs études cliniques. Les équipes marketing créent des campagnes publicitaires avec des profils de personnes de toutes origines (africaine, métissée, caucasienne, chinoise etc)



Fig 112 : Affiches publicitaires d'un sérum anti-taches, d'une marque dermocosmétiques généralistes, adaptées à tous les phototypes

Par ailleurs, il est important de spécifier que malgré les craintes plus ou moins persistantes sur l'efficacité des produits sur peau pigmentée selon les problématiques, elles restent leader dans le marché pharmaceutique. Prescrites par les dermatologues et recommandées par les pharmaciens, la notoriété associée à leur expertise est constante dans le temps.

A.3.2 Les soins cosmétiques de marques naturels et/ou bio

Les cosmétiques naturels et/ou bio se démocratisent et s'installent de plus en plus dans les routines beauté des Français. Autrefois considéré comme un marché de niche, il est désormais défini comme étant un marché de masse à saisir. En 2021 et en France, ce secteur valait 251 millions d'euros soit une augmentation de plus de 85% comparé à 2012.

Ce marché se divise grossièrement entre :

- Les grands groupes cosmétiques qui développent des marques naturelles et/ou bio afin de pouvoir satisfaire tous les profils de consommateurs
- Les marques indépendantes formulées par des personnes qui ont à cœur d'offrir des soins naturels et/ou bio aux personnes qui en font la demande et partagent leurs valeurs.

Chacun tient compte que le consommateur, toutes carnations confondues, évolue. Aujourd'hui celui-ci est soucieux de l'environnement. Il souhaite à son échelle pouvoir le protéger et ce choix se reflète également dans son hygiène quotidienne et son rapport avec la beauté. Il recherche par exemple des formulations aux actifs naturels et respectueux de l'environnement mais aussi des packagings éco-responsables.

Afin de suivre cette tendance, les pharmaciens introduisent de plus en plus des gammes de produits naturels et/ou bio. Cela peut être des marques pionnières telles que Melvita, Welada et Cattier ou des nouvelles marques telles que La Rosée, Krème, et Skin and Out

A.3.3 Les soins dermocosmétiques de marques ethniques

Le marché ethnique est perçu dans sa globalité comme un marché de niche. Dans l'ensemble, les pharmaciens s'adaptent à la clientèle majoritairement présente dans leur officine. En effet, leur objectif majeur est de répondre à la demande des consommateurs afin de pouvoir garantir leur chiffre d'affaires annuel et ainsi continuer de développer leur point de vente.

Partant de ce constat, les pharmacies qui font le choix d'implanter des gammes spécifiques aux peaux pigmentées sont celles qui sont présentes dans les villes, dans les quartiers ou dans des lieux stratégiques de passages où se regroupent la cible d'ascendance africaine.

Si nous prenons l'exemple de la France, il est constaté que la population d'immigrés est très concentrée en Ile de France. Après un zoom, on peut apercevoir une répartition non homogène au sein des différents départements de la région. [151]

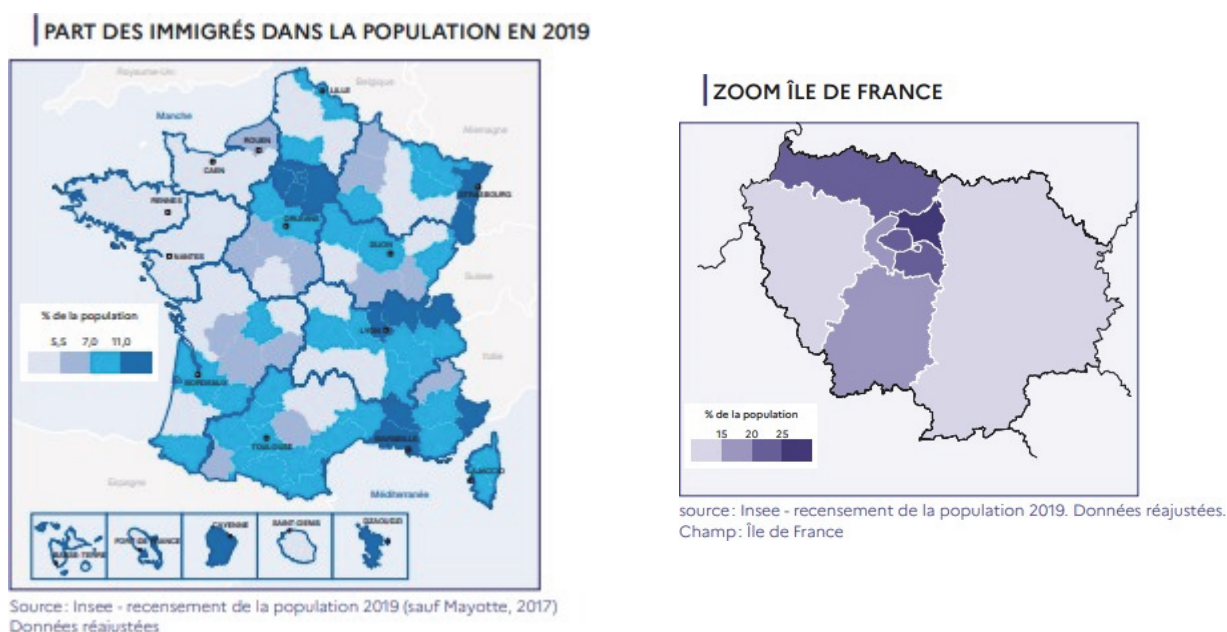


Fig 113 : Répartition des immigrés en France et en région de l'Ile de France

Il est démontré que la population à la peau noire et métissée est plus concentrée dans les départements Seine-Saint-Denis, Val-De-Marne, Val-D'oise et l'Essonne. Par conséquent, et ceci est une réalité terrain, les pharmaciens vont, par la localisation de leur officine dans ces départements, avoir une ouverture d'esprit positive à implanter plus facilement des gammes ethniques car la cible "peau noire" représente une grande partie de leur clientèle.

A juste titre et d'un point de vue économique, cette vision sera différente d'un pharmacien présent dans les Yvelines, en Seine et Marne ou encore à l'échelle régionale, en Bretagne par exemple. Le rapport entre les patients à la peau pigmentée et à la peau caucasienne étant faible, les marques ethniques ne seraient pas suffisamment vendues et donc jugées rentables pour le pharmacien.

Pour autant, la mixité sociale reste présente partout en France. Ainsi, dans les régions ou département où les personnes à la peau pigmentée sont considérées comme une minorité, la

difficulté de se procurer des soins dermocosmétiques ethniques est constante car leurs demandes restent ignorées par manque de profit envisageable.

Par ailleurs, au-delà de l'aspect économique, une autre réalité demeure également présente. Les pharmaciens ne sont pas formés dans leur cursus scolaire sur la dermatologie de la diversité. Il est donc difficile sans avoir eu une expérience dans une officine avec une cible fréquente à la peau noire ou métissée de concrétiser le besoin et l'impact réalisable d'inclure des marques ethniques adaptées aux spécificités de leurs peaux et de leurs problématiques. Ainsi, par manque de connaissances, beaucoup ne comprennent pas l'intérêt d'avoir des marques ethniques quand bien même les marques généralistes peuvent être efficaces.

B. Conseils pharmaceutiques adaptés

La pharmacie est un lieu d'accueil avec un accès libre et facile par sa proximité. Le pharmacien est donc un acteur important dans le parcours de soin. En France et selon l'article R. 4235-2 du Code de la santé publique, le pharmacien "doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale". Ainsi, la patientèle décide d'acheter ses soins en pharmacie car elle a confiance en l'expertise des marques que le pharmacien décide de référencer.

Par conséquent, quel que soit le territoire où celle-ci est implantée, le pharmacien doit être capable, en plus de ses missions telles que la délivrance d'ordonnance ou le dépistage de maladie infectieuse, de reconnaître une dermatose dite "classique" (acné, hyperpigmentation, eczéma etc). Par la suite, il doit pouvoir initier le diagnostic et conseiller au patient la prise d'un rendez-vous chez un médecin ou lui conseiller une routine dermocosmétique adaptée à sa problématique.

Afin de pouvoir respecter cette inclusivité :

- L'équipe du comptoir de l'officine et de la parapharmacie doit être davantage formée sur les dermatoses spécifiques aux peaux pigmentées mais aussi celles qui sont communes aux peaux caucasiennes. Tout comme pour les dermatologues, la connaissance est en partie liée à l'habitude de voir et analyser fréquemment ces

problématiques cutanées. Tout cela est retracé dans les trois premières parties de la thèse.

- La pharmacie doit pouvoir contenir au minimum une marque dermocosmétique ethnique ainsi que d'autres soins complémentaires adaptées aux problématiques spécifiques des peaux noires et métissées. Cette sous-partie "conseils pharmaceutiques adaptés" a donc pour objectif de présenter les différentes marques et produits disponibles sur le marché pharmaceutique. C'est une liste non exhaustive.

B.1 Marques dermocosmétiques spécialisées pour les peaux pigmentées

Fondées depuis une dizaine d'années, tous les fondateurs de ces marques ethniques ont une histoire commune : tous de carnation foncée, ils rencontraient plus jeunes, des difficultés à se procurer des soins avec des formulations saines et efficaces sur leurs problématiques. C'est alors que survient l'envie de créer sa propre marque dans le but d'étudier et développer des soins dermocosmétiques de qualité, spécifiquement formulés pour les peaux noires et métissées.

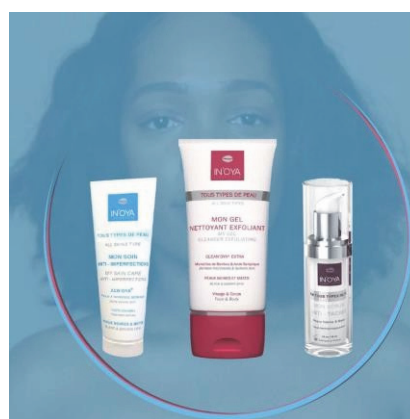
B.1.1 Focus sur les taches d'hyperpigmentation et les taches

L'apparition de taches d'hyperpigmentation est l'une des principales problématiques des peaux pigmentées. Ainsi, en tant que marques ethniques, leur premier challenge fût de formuler des gammes de soins anti-taches afin de les traiter efficacement sans éclaircir la peau.

- Le laboratoire IN'OYA

Il possède 14 produits catégorisés en 5 gammes : MEL'OYA (Anti-taches), ACN'OYA (anti-imperfections), REPAIR'OYA (réparatrice / anti-age), CLEAN'OYA (nettoyante) et SUN'OYA (solaire).

[Soins pour Peau Noire, Mate & Métissée - IN'OYA](http://soins.pour.Peau.Noire.Mate.&Métissée-IN'OYA)
(inoya-laboratoire.com)



- Le laboratoire Nubiance Paris



Il possède 10 produits catégorisés en 3 gammes : Anti-taches, Anti-imperfections et Anti-âges.

Leur distinction dans leurs efficacité anti-taches est liée à la présence d'acide de fruits dans leur sérum anti-taches HRB-3.

Soins Visage & Corps pour Peaux Noires, Mates & Métissées– Nubiance

- Le laboratoire Nuhamciam

Il possède 20 produits catégorisés en : Sérums & Concentrés, Crèmes & Fluides, Démaquillants & Nettoyants, Contour Des Yeux, Masques & Gommages, Huile de Soin et Gel Douche.



Gamme de Soins du Visage pour Peau Mate à Noire - Nuhamciam

- Le laboratoire Biolissime Paris



Il possède 11 produits catégorisés en : Nettoyants, Exfoliants, Sérums & crèmes, Corps et les Skinoxys.

La gamme skinoxys représentent des compléments alimentaires ayant une action anti-taches.

Biolissime paris

B.1.2 Un cœur d'expertise sur les bébés



- **Le laboratoire Aunea Cosmétique**

Leader sur le marché, ils sont spécialisés dans l'entretien de la peau et les cheveux des bébé à la peau noire ou métissée. Leurs gammes visage & corps et cheveux contiennent respectivement 4 produits. Ils possèdent également des accessoires comme un bonnet de nuit en wax doublé en satin mais aussi un guide routine capillaire

Par ailleurs, ils attendent aujourd'hui leur marque avec une version Aunéa Adulte composé à ce jour d'un lait de corps et d'un nettoyant corps.

[Accueil - Aunea Cosmétique \(aunea-cosmetique.fr\)](http://aunea-cosmetique.fr)

B.1.3 Marques dermocosmétiques avec positionnement d'inclusivité

Le Laboratoire Topicreme

Fondée dans les années 1909, la marque Topicrem est très utilisée par la cible à la peau noire et métissée.



Elle possède un très large choix de produits adaptés aux besoins et problématiques du visage, du corps :

- Visage : Hydratation, matification, le traitement des taches et des boutons
- Corps : Hydratation, sécheresse, eczéma, psoriasis
- Cheveux : Squame et pellicules

B.3 Focus protection solaire

Une des principales idées reçues des personnes à la peau pigmentée est qu'elles n'ont pas besoin de protection solaire. Que ce soit en Afrique, aux Antilles ou en France, une majorité des populations de phototype IV à VI ne se sentent pas concernées par les messages préventifs autour de la protection solaire. Pour elles, leur peau se suffit à elle-même car elles n'aperçoivent pas de coup de soleil sur leur peau comme il peut l'être observé sur une peau caucasienne.

Cependant, scientifiquement, malgré leur protection dite "naturelle" décrite en première partie "spécificités cutanées" de la thèse, elles sont, elles aussi, sensibles aux effets néfastes du soleil sur la peau. Des cas de rougeurs à brûlures, de dessèchement, de desquamation (peau qui pèle), déshydratation et d'apparition de mélanome ont été diagnostiqués sur des carnations foncées.

Il est donc important en tant que pharmacien de se positionner dans ce circuit en expliquant qu'elles ont besoin d'appliquer une protection solaire et de la renouveler au cours de la journée. D'autant plus quand elles achètent ou suivent un traitement anti-taches ou anti-acné.

Une fois sensibilisés, les patients comprennent l'intérêt d'appliquer une protection solaire et sont ouverts à la possibilité d'en inclure une à leur routine quotidienne. Leur principale crainte et c'est sur ce point que le pharmacien doit être vigilant concernant le choix de l'écran solaire. Il doit avoir un indice 50, protéger des UVA et des UVB au minimum et posséder des écrans solaires organiques et non minéraux. En effet, les filtres solaires minéraux procurent aux peaux pigmentées un teint grisâtre qu'elles n'apprécient pas. Leur garantir que la protection solaire choisie respectera leurs carnations et ne leur laissera aucune trace est le principal argument de vente pour les pousser à l'achat.

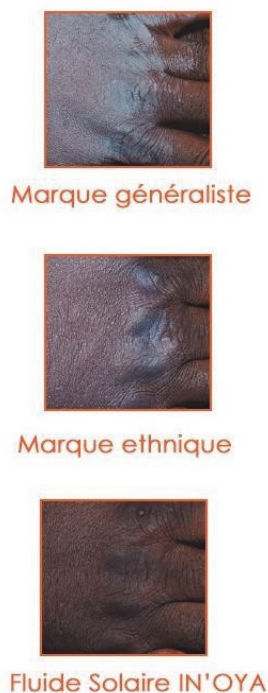


Fig 114 : Comparaison des applications de protections solaire sur une peau noire

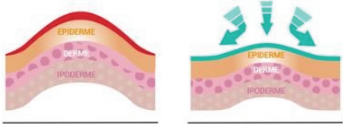
B.4 Pansements réducteurs de cicatrices chéloïdiennes

L'apparition de cicatrices chéloïdiennes est une problématique fréquente chez les personnes à la peau noire et métissée. Le pharmacien, à son échelle, peut recommander des pansements spécifiques pour tenter de la faire disparaître si celle-ci est récente ou limiter son développement en attendant une future consultation avec un dermatologue.

Il est en effet démontré que les pansements occlusifs à base de feuilles de silicone favorisent l'hydratation de l'épiderme. Cela provoque une amélioration progressive de l'inflammation et limite les interactions entre les kératinocytes et les fibroblastes. Cette homéostasie pourrait conduire à la réduction de la cicatrice chéloïdienne. Cependant, cela ne s'agirait que d'un traitement palliatif d'une chéloïde. Celle-ci aura besoin d'une intervention dermatologique telle qu'une injection de corticoïdes ou une chirurgie.

Différents laboratoires ont développé ce type de pansements :

- **Cicatrice chéloïde EPITACT®**

<p>AMÉLIORE L'ASPECT DES CICATRICES</p>  <p>CICATRICE RÉCENTE OU ANCIENNE</p> <p>OCCLUSIVITÉ DU GEL D'EPITHELIUM™</p>	<p>TESTÉ CLINIQUEMENT</p>  <p>AVANT</p> <p>APRÈS</p> <p><small>ÉTUDE CLINIQUE (N°10 400 34 PH) RÉALISÉE SUR 16 PATIENTS DE NOV À MARS 2006.</small></p>	<p>PROTECTION AUTO-ADHÉSIVE CONVIENT AUX DIABÉTIQUES</p>  <p>TISSU RÉSISTANT LAVABLE</p> <p>1mm DE GEL DE SILICONE AUTO-ADHÉSIF EPITHELIUM™</p> <p>PLAQUE À DÉCOUPER À LA DIMENSION SOUHAITÉE : 9,6 cm x 18 cm</p>
<p>AMÉLIORE L'ASPECT DES CICATRICES HYPERTROPHIQUES OU CHÉLOÏDES ET PRÉVIENT LEUR FORMATION APRÈS UNE INTERVENTION.</p>	<p>DIMINUTION SIGNIFICATIVE DE LA ROUGEUR, DE LA RUGOSITÉ ET DE LA SURFACE DE LA CICATRICE.</p>	<p>- GEL SILICONE VISCOÉLASTIQUE AUTO-ADHÉSIF - RETRAIT SANS DOULEUR MÊME SUR LES ZONES PILEUSES</p>

- **Elastoplast Reducteur de cicatrices**
- **Cica Care reducteur de cicatrices**

C. Interprétations

Lors de la présentation de l'environnement socio-culturel en partie 4, la population antillaise était surnommée la population créole. Elle était la plus représentative de la population "de demain" suite à l'accroissement du métissage mondial. Après analyse des différentes organisations des officines en Afrique, aux Antilles et en France, celle des Antilles semble être la plus inclusive et ainsi refléter l'organisation type des futures pharmacies. Les différents challenges seraient :

1. Interdire la vente de produits dépigmentants (surtout en Afrique)
2. Conserver les marques dermocosmétiques leaders sur le marché mais avec une vision plus inclusive.
3. Introduire davantage de laboratoires dermocosmétiques spécifiques aux peaux pigmentées.
4. Apporter une vision encore plus naturelle en référençant des marques dermocosmétiques connues mais également issues des laboratoires de proximités.

Cela permettrait de satisfaire tous les différents profils de patients.

Conclusion

Nous arrivons au terme de cette étude qui présente pour rappel « L'influence de l'environnement socio-culturel sur l'apparition des dermatoses spécifiques aux peaux noires en France, en Afrique et aux Antilles. Organisations et conseils officinaux adaptés ».

Ce sujet est plus que jamais dans l'actualité et j'espère qu'il contribuera à l'avancée de la dermatologie des peaux noires. Aujourd'hui, dermatologue, pharmacien, laboratoires cosmétiques et patients sont tous d'accord pour attester qu'il y a une prise de conscience mondiale et à toute échelle sur les spécificités des peaux pigmentées. Nous serions donc qu'au début de cette nouvelle air porteuse de diversité et d'inclusivité.

À partir d'un constat analysé sur un panel de sujets de phototypes IV à VI, les principales problématiques relevées sont le manque de confiance concernant l'expertise « peau noire » des pharmaciens et dermatologues mais aussi la recherche d'une routine cosmétique efficace, sans danger et adaptée aux spécificités des peaux pigmentées.

C'est pourquoi, l'objectif de cette thèse a été de présenter les spécificités cutanées des peaux noires et l'aspect clinique de ses dermatoses. Une comparaison des motifs de consultation entre l'Afrique, les Antilles et la France a ensuite été réalisée afin de pouvoir mettre en avant les principales problématiques auxquelles elles sont confrontées.

L'analyse de l'environnement socio-culturel a été réalisée dans le but de pouvoir comprendre le patient qui se présente lors d'une consultation dermatologique ou au comptoir d'une pharmacie. En effet, au-delà de sa carnation foncée, on comprend que la psychologie des patients originaires d'Afrique, des Antilles ou de France est différente. Connaître leur contexte socioculturel permet d'avoir les bons mots lors des échanges et ainsi restaurer un climat de confiance entre professionnels de santé et patients. Ils se sentent compris et cela est une valeur importante pour améliorer leur prise en charge médicale.

Enfin, nous évoluons dans un monde où le métissage est en constante croissance. Nous devons en tant que pharmaciens être davantage formés sur la dermatologie des peaux noires afin de pouvoir répondre à leurs demandes avec des conseils adaptés.

Bibliographie

- [1] Marie-Claude Martini, Introduction à la dermopharmacie et à la cosmétologie, 3^{ème} édition, Lavoisier Tec&Doc
- [2] Alexandre Mélissopoulos – Christine Levacher, La peau structure et physiologie, 2^{ème} édition, Lavoisier
- [3]https://commons.wikimedia.org/wiki/File%3AAnatomy_The_Skin_-_NCI_Visuals_Online.jpg
- [4] Susan C. Taylor, Andrew F. Alexis, April W. Armstrong, Zelma C. Chiesa Fuxench, Henry W. Lim, Misconceptions of photoprotection in skin of color, Journal of the American Academy of Dermatology, Volume 86, Issue 3, Supplement, 2022, Pages S9-S17, ISSN 0190-9622, <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.12.020>.
- [5] T. Passeron, R. Ballotti, J.-P. Ortonne, Mélanogenèse, EMC - Dermatologie-Cosmétologie, Volume 2, Issue 4, 2005, Pages 204-216, ISSN 1762-5696, <https://doi.org/10.1016/j.emcdc.2005.10.001>.
- [6] Vancoillie G, Lambert J, Mulder A, Koerten HK, Mommaas AM, Van Oostveldt P and Naeyaert JM: Kinesin and kinectin can associate with the melanosomal surface and form a link with microtubules in normal human melanocytes. J Invest Dermatol 114: 421-429, 2000
- [7] TY - THES AU - Bouboual, Abderrahmane PY - 2016/02/17 SP - T1 - Place et indications des rétinoïdes en dermatologie pédiatrique DO - 10.13140/RG.2.2.20895.87205 ER -
- [8] Asselineau D., Bernard B.A., & Darmon M., Three-dimensional culture of human keratinocytes on a dermal equivalent: A model system to study epidermal morphogenesis and differentiation in vitro. In Models in Dermatology, Eds Lowe, N. J. and Maibach, H. I.1987, 1-7.
- [9] [Collagène : caractéristiques et rôles biologiques - Nutrixreal Info \(nutrixreal-info.fr\)](http://nutrixreal-info.fr)
- [10] TY - THES AU - Twarog, Caroline PY - 2017/01/01 SP - T1 - Particules Janus pour des applications industrielles : stabilités et incorporation de principes actifs ER -
- [11] Susan C. Taylor, Skin of color: Biology, structure, function, and implications for dermatologic disease, Journal of the American Academy of Dermatology, Volume 46, Issue 2, Supplement 2, 2002, Pages S41-S62, ISSN 0190 9622, <https://doi.org/10.1067/mjd.2002.12790>.

- [12] Batai K, Cui Z, Arora A, Shah-Williams E, Hernandez W, Ruden M, Hollowell CMP, Hooker SE, Bathina M, Murphy AB, Bonilla C, Kittles RA. Genetic loci associated with skin pigmentation in African Americans and their effects on vitamin D deficiency. *PLoS Genet.* 2021 Feb 18;17(2):e1009319. doi: 10.1371/journal.pgen.1009319. PMID: 33600456; PMCID: PMC7891745.
- [13] Rapport scientifique laboratoire dermocosmétique IN'OYA
- [14] Source : images L'Oréal et adapté de Thong et coll. (2003) *British. J. Dermatol.*
- [15] A. Ilina et al., The photoprotection mechanism in the black–brown pigment eumelanin. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 119, e2212343119 (2022).
- [16] A.Mahé et O.Fayé (2022) Photoprotection chez les personnes de phototype foncé. *Dermatologie de la diversité.* P 159
- [17] Norval M, Coussens AK, Wilkinson RJ, Bornman L, Lucas RM, Wright CY. Vitamin D Status and Its Consequences for Health in South Africa. *Int J Environ Res Public Health.* 2016 Oct 18;13(10):1019. doi: 10.3390/ijerph13101019. PMID: 27763570; PMCID: PMC5086758
- [18] Ames, B.N.; Grant, W.B.; Willett, W.C. Does the High Prevalence of Vitamin D Deficiency in African Americans Contribute to Health Disparities?. *Nutrients* 2021, 13, 499. <https://doi.org/10.3390/nu13020499>
- [19] Enechukwu, N.; Cockburn, M.; Ogun, G.; Ezejiofor, O.I.; George, A.; Ogunbiyi, A. Higher vitamin D levels in Nigerian albinos compared with pigmented controls. *Int. J. Dermatol.* 2019, 58, 1148–1152
- [20] Vearing, R.M.; Hart, K.H.; Charlton, K.; Probst, Y.; Blackbourn, D.J.; Ahmadi, K.R.; Lanham-New, S.A.; Darling, A.L. Vitamin D Status of the British African-Caribbean Residents: Analysis of the UK Biobank Cohort. *Nutrients* 2021, 13, 4104. <https://doi.org/10.3390/nu13114104>
- [21] Carlberg, C. Vitamin D and Pigmented Skin. *Nutrients* 2022, 14, 325. <https://doi.org/10.3390/nu14020325>
- [22] Rawlings AV. Ethnic skin types: are there differences in skin structure and function? *Int J Cosmet Sci.* 2006 Apr;28(2):79-93. doi: 10.1111/j.1467-2494.2006.00302.x. PMID: 18492142.
- [23] Muizzuddin N, Hellemans L, Van Overloop L, Corstjens H, Declercq L, Maes D. Structural and functional differences in barrier properties of African American, Caucasian and East Asian skin. *J Dermatol Sci.* 2010 Aug;59(2):123-8. doi: 10.1016/j.jdermsci.2010.06.003. Epub 2010 Jun 19. PMID: 20654785.

- [24] Proksch, E. (2018), pH in nature, humans and skin. *J Dermatol*, 45: 1044-1052
- [25] Ali, S. (2013). Skin pH: From Basic Science to Basic Skin Care. *Acta dermato-venereologica*. (93)3. p.261 - 267
- [26] McGovern, J.A., Meinert, C., de Veer, S.J., Hollier, B.G., Parker, T.J. and Upton, Z. (2017), Attenuated kallikrein-related peptidase activity disrupts desquamation and leads to stratum corneum thickening in human skin equivalent models. *Br J Dermatol*, 176: 145-158
- [27] Rawlings, AV, Voegeli, R. Stratum corneum protéases et affections cutanées sèches. *Cell Tissue Res* 351 , 217-235 (2013). <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.1007/s00441-012-1501-x>
- [28] Chu, M. and Kollias, N. (2011), Documentation of normal stratum corneum scaling in an average population: features of differences among age, ethnicity and body site. *British Journal of Dermatology*, 164: 497-507
- [29] Neelam Muizzuddin, Lieveke Hellemans, Luc Van Overloop, Hugo Corstjens, Lieve Declercq, Daniel Maes, Structural and functional differences in barrier properties of African American, Caucasian and East Asian skin, *Journal of Dermatological Science*, Volume 59, Issue 2, 2010, Pages 123-128, ISSN 0923-1811,
- [30] Jungersted, J.M., Høgh, J.K., Hellgren, L.I., Jemec, G.B.E. and Agner, T. (2010), Ethnicity and stratum corneum ceramides. *British Journal of Dermatology*, 163: 1169-1173
- [31] Girardeau-Hubert S, Deneuve C, Pigeon H, Abed K, Tacheau C, Cavusoglu N, Donovan M, Bernard D, Asselineau D. Reconstructed Skin Models Revealed Unexpected Differences in Epidermal African and Caucasian Skin. *Sci Rep*. 2019 May 15;9(1):7456. doi: 10.1038/s41598-019-43128-3. Erratum in: *Sci Rep*. 2020 Oct 21;10(1):18371. PMID: 31092846; PMCID: PMC6520399.
- [32] Girardeau-Hubert, S., Pigeon, H. and Asselineau, D. (2012), In vivo and in vitro approaches in understanding the differences between Caucasian and African skin types: specific involvement of the papillary dermis. *International Journal of Dermatology*, 51: 1-4. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2012.05553.x>
- [33] Langton AK, Sherratt MJ, Sellers WI, Griffiths CE, Watson RE. Geographical ancestry is a key determinant of epidermal morphology and dermal composition. *Br J Dermatol*. 2014 Aug;171(2):274-82. doi: 10.1111/bjd.12860. Epub 2014 Jun 18. PMID: 24484315.
- [34] Bigot, N., Gomez-Leduc, T., Hervieu, M., Gallienne, F., Oddos, T., Legendre, F., Demoor, M. and Galéra, P. (2016), Reduced NF-κB activity is observed in dermal fibroblasts

from black-skinned African individuals. *Exp Dermatol*, 25: 392-394. <https://doi.org.lama.univ-amu.fr/10.1111/exd.12970>

[35] J. Fantasia, C.B. Lin, C. Wiwi, S. Kaur, Y.P. Hu, J. Zhang, M.D. Southall, Differential levels of elastin fibers and TGF- β signaling in the skin of Caucasians and African Americans, *Journal of Dermatological Science*, Volume 70, Issue 3, 2013, Pages 159-165, ISSN 0923 1811, <https://doi.org/10.1016/j.jdermsci.2013.03.004>.

[36] Apostolos Pappas, Jared Fantasia & Theresa Chen (2013) Age and ethnic variations in sebaceous lipids, *Dermato-Endocrinology*, 5:2, 319-3

[37] Veraldi S, Faraci AG, Nazzaro G, Barbareschi M. Acne on pigmented skin. *J Egypt Womens Dermatol Soc* 2022;19:1-6

[38] Andrew Best, Daniel E. Lieberman, Jason M. Kamilar, Diversity and evolution of human eccrine sweat gland density, *Journal of Thermal Biology*, Volume 84, 2019, Pages 331-338, ISSN 0306-4565,

[39] Lee J, Shin Y. Comparison of density and output of sweat gland in tropical Africans and temperate Koreans. *Auton Neurosci*. 2017 Jul;205:67-71. doi: 10.1016/j.autneu.2017.05.004. Epub 2017 May 8. PMID: 28506659.

[40] Toshiki Kamiya, Sachiko Kodera, Kazuma Hasegawa, Ryusuke Egawa, Hiroshi Sasaki, Akimasa Hirata, Different thermoregulatory responses of people from tropical and temperate zones: A computational study, *Building and Environment*, Volume 159, 2019, 106152, ISSN 0360-1323,

[41] <https://inoya-laboratoire.com/fr/info/les-peaux-noires-mates-et-metissees-vieillissent-elles-moins-vite-.html>

[42] Kumar, P. and Kim, N. (2021), Age-based gaps between awareness of photoaging and photoprotective practices among African American adults. *Photodermatol. Photoimmunol. Photomed.*, 37: 428-430.

[43] Campiche, R, Trevisan, S, Séroul, P, et al. Appearance of aging signs in differently pigmented facial skin by a novel imaging system. *J Cosmet Dermatol*. 2019; 18: 614– 627. <https://doi.org/10.1111/jocd.12806>

[44] Faye, O., & Mahé, A. (2022). Dermoscopie sur les peaux fortement pigmentées. *Dermatologie de la diversité*. P46.

[45] Faye, O., & Mahé, A. (2022). L'ongle et sa pathologie chez les personnes de phototype foncé. *Dermatologie de la diversité*. P122

[46] <https://www.milkyawayblog.com/2018/06/dossier-les-ongles.html>

- [47] Zieleniewski, L, Schwartz, RA, Goldberg, DJ, Handler, MZ. Voigt-Futcher pigmentary demarcation lines. *J Cosmet Dermatol.* 2019; 18: 700– 702. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.1111/jocd.12884>
- [48] V. Kolbe, D. Boy, A. Büttner, Mongolian Spots – A challenging clinical sign, *Forensic Science International*, Volume 327,2021, 110964, ISSN 0379-0738, <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2021.110964>.
- [49] Zhong, CS, Huang, JT, Nambudiri, VE. Revisiting the history of the “Mongolian spot”: The background and implications of a medical term used today. *Pediatr Dermatol.* 2019; 36: 755– 757. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.1111/pde.13858>
- [50] V. Kolbe, D. Boy, A. Büttner, Mongolian Spots – A challenging clinical sign, *Forensic Science International*, Volume 327, 2021,110964,ISSN 0379-0738, <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2021.110964>.
- [51] A.Mahé O.Fayé (2022), Diagnostic dermatologique sur les peaux fortement pigmentées et/ou dites noires. *Dermatologie de la diversité.* P36
- [52] McDowell, A., McLaughlin, J. and Layton, A.M. (2021), Is Cutibacterium (previously Propionibacterium) acnes a potential pathogenic factor in the aetiology of the skin disease progressive macular hypomelanosis?. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 35: 338-344. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.1111/jdv.16789>
- [53] A.Mahé O.Fayé (2022), chap 18 Kératodermies acrales “africaines”. *Dermatologie de la diversité.* P 107
- [54] Maruis KF, Cédric SM, Mireille KZ, Felix MJ. Maladie d'Aïnhum (dactylolyse spontanée): à propos d'un cas clinique [Ainhum (spontaneous dactylolysis): about a clinical case]. *Pan Afr Med J.* 2014 Sep 23;19:60. French. doi: 10.11604/pamj.2014.19.60.4839. PMID: 25667722; PMCID: PMC4317076.
- [55] A. Castellani Observations on some diseases of Central America *J Trop Med Hyg*, 28 (1925), pp. 1-14
- [56] Xiao A, Muse ME, Etefagh L. Dermatose papuleuse noire. [Mise à jour le 22 septembre 2022]. Dans : StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 janvier-. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534205/>
- [57] Hafner, C., Landthaler, M., Mentzel, T. and Vogt, T. (2010), FGFR3 and PIK3CA mutations in stucco keratosis and dermatosis papulosa nigra. *British Journal of Dermatology*, 162: 508-512. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.1111/j.1365-2133.2009.09488.x>
- [58] Simon Arda Metin, Brian W. Lee, William Clark Lambert, Lawrence Charles Parish,

- Dermatosis papulosa nigra: a clinically and histopathologically distinct entity, *Clinics in Dermatology*, Volume 35, Issue 5, 2017, Pages 491-496, ISSN 0738-081X,
- [59]Uwakwe LN, Souza B, Subash J, McMichael AJ. Dermatitis Papulosa Nigra: A Quality of Life Survey Study. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2020 Feb;13(2):17-19. Epub 2020 Feb 1. PMID: 32308781; PMCID: PMC7158914.
- [60] Maghfour, J., Olayinka, J., Hamzavi, I. H., & Mohammad, T. F. (2022). A Focused review on the pathophysiology of post-inflammatory hyperpigmentation. *Pigment Cell & Melanoma Research*, 35, 320– 327. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.1111/pcmr.13038>
- [61] Khanna, R, Nowah, A, Morris, D, Desai, SR. Pathogenesis of melasma. *Dermatological Reviews*. 2023; 4: 12- 16. [doi:10.1002/der2.178](https://doi.org/10.1002/der2.178)
- [62] Pagan, AD, Mitchell, K, Yousif, J, Henry, M. Diagnostic tools for hyperpigmentation disorders in skin of color: an updated review. *Dermatological Reviews*. 2023; 4: 17- 29. [doi:10.1002/der2.146](https://doi.org/10.1002/der2.146)
- [63] A.Mahé O.Fayé (2022), Mélasma. *Dermatologie de la diversité*. P 93
- [64] K.C. Allah, S. Yéo, H. Kossoko, V. Assi Djè Bi Djè, M. Richard Kadio, Cicatrices chéloïdes sur peau noire : mythe ou réalité, *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, Volume 58, Issue 2, 2013, Pages 115-122, ISSN 0294-1260, <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2012.02.005>.
- [65] Shan M, Liu H, Song K, Liu S, Hao Y, Wang Y. Immune-related gene expression in skin, inflamed and keloid tissue from patients with keloids. *Oncol Lett*. 2022 Feb;23(2):72. doi: 10.3892/ol.2022.13192. Epub 2022 Jan 5. PMID: 35069881; PMCID: PMC8756427
- [66] <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/ifsiinfirmier/plaies,-cicatrisation-et-pansements>
- [67] Zhou, B, Gao, Z, Liu, W, Wu, X, Wang, W. Important role of mechanical microenvironment on macrophage dysfunction during keloid pathogenesis. *Exp Dermatol*. 2022; 31: 375– 380. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.1111/exd.14473>
- [68] Kassi K, Kouame K, Kouassi A, Allou A, Kouassi I, Kourouma S, Ecra E, Sangare A. Quality of life in black African patients with keloid scars. *Dermatol Reports*. 2020 Oct 22;12(2):8312. doi: 10.4081/dr.2020.8312. PMID: 33408828; PMCID: PMC7772769.
- [69] Hassan, HS , Masenga, EJ . Qualité de vie des patients atteints de chéloïdes au Centre régional de formation en dermatologie, nord de la Tanzanie . *Revue dermatologiques* . 2020 ; 1 : 173 - 176 . <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.1002/der2.37>
- [70] [Produits éclaircissants : conséquences et alternatives- IN'OYA \(inoya-laboratoire.com\)](https://www.inoya-laboratoire.com)
- [71] [Allégations "sans" dans les produits cosmétiques : précisions des autorités de contrôle | economie.gouv.fr](https://www.economie.gouv.fr)

- [72] Nathalie MIGAN These Doctorat en pharmacie- Étude des agents dépigmentants et de leur utilisation détournée dans la dépigmentation volontaire (cnrs.fr)
- [73] Produits à visée éclaircissante | Santé.fr
- [74] Haute Autorité de Santé - Acné : quand et comment la traiter ? (has-sante.fr)
- [75] Dagnelie, M.-A., Poinas, A. and Dréno, B. (2022), What is new in adult acne for the last 2 years: focus on acne pathophysiology and treatments. *Int J Dermatol*, 61: 1205-1212. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.1111/jjd.16220>
- [76] Poli F. Acne on pigmented skin. *Int J Dermatol*. 2007 Oct;46 Suppl 1:39-41. doi: 10.1111/j.1365-4632.2007.03463.x. PMID: 17919206.
- [77] L'acné, pas une fatalité – Labo SVR TN (labo-svr.com)
- [78] Meixiong J, Ricco C, Vasavda C, Ho BK. Diet and acne: A systematic review. *JAAD Int*. 2022 Mar 29;7:95-112. doi: 10.1016/j.jdin.2022.02.012. PMID: 35373155; PMCID: PMC8971946.
- [79] Kostecka M, Kostecka J, Szwed-Gułaga O, Jackowska I, Kostecka-Jarecka J. The Impact of Common Acne on the Well-Being of Young People Aged 15-35 Years and the Influence of Nutrition Knowledge and Diet on Acne Development. *Nutrients*. 2022 Dec 13;14(24):5293. doi: 10.3390/nu14245293. PMID: 36558452; PMCID: PMC9784447.
- [80] Dire, YH , Sio, YY , Heng, AHS , et al. Le membre B de la famille Golgin A7 (GOLGA7B) est un nouveau gène plausible associant un régime alimentaire à index glycémique élevé à l' acné vulgaire . *Exp Dermatol* . 2022 ; 31 : 1208 – 1219 . doi : 10.1111/exd.14575
- [81] Lusignan, S, Alexander, H, Broderick, C, et al. The epidemiology of eczema in children and adults in England: A population-based study using primary care data. *Clin Exp Allergy*. 2021; 51: 471– 482. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.1111/cea.13784>
- [82] Sachdeva M, Joseph M. Dermatology: how to manage atopic dermatitis in patients with skin of colour. *Drugs Context*. 2022 May 31;11:2021-12-1. doi: 10.7573/dic.2021-12-1. PMID: 35720054; PMCID: PMC9165632.
- [83] Polcari, I., Becker, L., Stein, SL, Smith, MS et Paller, AS (2014), Mutations du gène de la filaggrine chez les Afro-Américains atteints d'ichtyose vulgaire et de dermatite atopique. *Pediatr Dermatol*, 31 : 489-492. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.1111/pde.12355>
- [84] Reiger, Matthias. (01.2020). The skin microbiome as a clinical biomarker in atopic eczema: Promises, navigation, and pitfalls. *Journal of allergy and clinical immunology*. (145)1. p.93 - 96. 10.1016/j.jaci.2019.11.004 mode_edit

- [85] Harm Wopereis, Kathleen Sim, Alexander Shaw, John O. Warner, Jan Knol, J. Simon Kroll,
Intestinal microbiota in infants at high risk for allergy: Effects of prebiotics and role in eczema development, *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, Volume 141, Issue 4, 2018, Pages 1334-1342.e5, ISSN 0091-6749, <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2017.05.054>.
- [86] <https://www.pierrefabreeczemaFOUNDATION.org/comprendre/types-eczema>
- [87] Faye, O., Meledie N'Djong, A.P., Diadie, S., Coniquet, S., Niamba, P.A., Atadokpede, F., Yao Yoboue, P., Thierno Dieng, M., Zkik, A., Castagne, C., Zumaglini, F. and Delarue, A. (2020), Validation of the Patient-Oriented SCORing for Atopic Dermatitis tool for black skin. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 34: 795-799. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.1111/jdv.15999>
- [88] Salava, A., Salo, V., Leppänen, J., Lauerma, A. et Remitz, A. (2022), Facteurs associés à la sévérité de la dermatite atopique - une étude transversale finlandaise. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 36 : 2130-2139. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.1111/jdv.18378>
- [89] Nakano-Tahara, M , Matsumoto, M , Yamauchi-Takihara, K , Iso, H , Katayama, I , Murota, H . Enquête rétrospective sur l'évolution clinique et les facteurs aggravants de la dermatite atopique de l'adolescent dans une étude de cohorte de deux ans sur des étudiants de première année universitaire . *J Cutan Immunol Allergy* . 2022 ; 5 : 47 – 55 . <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.1002/cia2.12226>
- [90] Treudler, R., Zeynalova, S., Riedel-Heller, S.G., Zuelke, A.E., Roehr, S., Hinz, A., Glaesmer, H., Kage, P., Loeffler, M. and Simon, J.C. (2020), Depression, anxiety and quality of life in subjects with atopic eczema in a population-based cross-sectional study in Germany. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 34: 810-816. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.1111/jdv.16148>
- [91] [Reconnaître un eczéma de contact | ameli.fr](https://www.ameli.fr) | Assuré
- [92] Anzi OE, Hassam B. [Le tatouage au henné noir : risque de développer un eczéma allergique de contact]. *La revue médicale panafricaine*. 2018 ;30:46. DOI : 10.11604/pamj.2018.30.46.15563. PMID : 30197737 ; PMID : PMC6125283.
- [93] Kaufman, BP, Alexis, AF Psoriasis dans la peau de couleur : aperçu de l'épidémiologie, de la présentation clinique, de la génétique, de l'impact sur la qualité de vie et du traitement du psoriasis dans les groupes raciaux/ethniques non blancs. *Am J Clin Dermatol* 19 , 405–423 (2018). <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.1007/s40257-017-0332-7>
- [94] Christopher E M Griffiths, April W Armstrong, Johann E Gudjonsson, Jonathan N W N Barker,

Psoriasis, The Lancet, Volume 397, Issue 10281, 2021, Pages 1301-1315, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32549-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32549-6).

[95] Jean-François Nicolas,

Psoriasis : physiopathologie. Comment l'épithélium peut orienter la réponse immunitaire ou un « ménage à trois » : épithélium, cellule dendritique et lymphocyte T, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, Volume 198, Issue 1, 2014, Pages 17-30, ISSN 0001-4079, [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)31371-8](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)31371-8).

[96]<https://francepsoriasis.org/la-maladie/comprendre/psoriasis/formes-et-localisations-du-psoriasis/#:~:text=On%20distingue%20actuellement%204%20formes,pustuleux%20et%20le%20psoriasis%20%C3%A9rythrodermique>.

[97]<https://www.google.com/url?q=https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-osseux,-articulaires-et-musculaires/maladies-articulaires/rhumatisme-psoriasique&sa=D&source=docs&ust=1678181945212851&usg=AOvVaw1WscjKLej0Vb62GmJDLiLi>

[98] [Arthrite psoriasique - Définition | MSD Santé Suisse \(msd-gesundheit.ch\)](#)

[99]<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/dermatite-seborrheique/definition-causes-facteurs-favorisants>

[100] <https://www.inserm.fr/dossier/vitiligo/>

[101] Dégboé, B., Atadokpèdé, F., Saka, B., Adégbidi, H., Koudoukpo, C., Yédomon, H. and do Ango-Padonou, F. (2017), Vitiligo on black skin: epidemiological and clinical aspects in dermatology, Cotonou (Benin). Int J Dermatol, 56: 92-96. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.1111/ijd.13366>

[102] Ghia, D, Mysore, V. Vitiligo: a black patch on white skin is a blessing—but a white patch on black skin is a curse. Dermatological Reviews. 2022; 3: 261- 268. doi:10.1002/der2.150

[103]<https://inoya-laboratoire.com/fr/oyamag/articles/albinisme-causes-specificites-africaines-prise-en-charge>

[104] Rapport situation économique et social du pays en 2019 [Microsoft Word - SES_2019.docx \(ansd.sn\)](#)

[105] <https://www.expatassure.com/fr/senegal/>

[106] [Les grandes dates de l'histoire du Sénégal - Sénégal Online \(senegal-online.com\)](#)

[107] Mamadou Badji, “L’abolition de l’esclavage au Sénégal : entre plasticité du droit colonial et respect de l’Etat de droit”, Droit et cultures [Online], 52 | 2006-2, Online since 10 April 2009, connection on 28 February 2023. URL:

<http://journals.openedition.org/droitcultures/729>; DOI:

<https://doi.org/10.4000/droitcultures.729>

[108] RØGE, Pernille. 1763 et la reconquête française du Sénégal In : Vers un nouveau monde atlantique : Les traités de Paris, 1763-1783 [en ligne]. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2016 (généré le 28 février 2023). Disponible sur Internet :

<<http://books.openedition.org/pur/47827>>. ISBN : 9782753556034. DOI :

<https://doi.org/10.4000/books.pur.47827>.

[109] BASSÈNE, Djiguatte Amédé. Gorée, casse-tête de la défense française des colonies en Sénégal, 1677-1817 In : Défense et colonies dans le mode atlantique : XVe-XXe siècle [en ligne]. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2014 (généré le 28 février 2023). Disponible sur Internet :

<<http://books.openedition.org/pur/61943>>. ISBN : 9782753564220.

DOI : <https://doi.org/10.4000/books.pur.61943>.

[110] L’Afrique-Occidentale française (AOF) était une fédération groupant, entre 1895 et 1958, huit colonies françaises d’Afrique de l’Ouest, avec l’objectif de coordonner, sous une même autorité, la colonisation française sur le continent africain (free.fr)

[111] HEITZ Kathrin, « Décolonisation et construction nationale au Sénégal », Relations internationales, 2008/1 (n° 133), p. 41-52. DOI : 10.3917/ri.133.0041. URL : <https://www.cairn.info/revue-relations-internationales-2008-1-page-41.htm>

[112] Les Tirailleurs Sénégalais - Sénégal Online (senegal-online.com)

[113] Relations bilatérales - SÉNÉGAL | Direction générale du Trésor (economie.gouv.fr)

[114] JACQUEMOT Pierre, « Comprendre la corruption des élites en Afrique subsaharienne », Revue internationale et stratégique, 2012/1 (n° 85), p. 125-130. DOI : 10.3917/ris.085.0125. URL : <https://www.cairn.info/revue-internationale-et-strategique-2012-1-page-125.htm>

[115] La communauté française à l’étranger en chiffres - Ministère de l’Europe et des Affaires étrangères (diplomatie.gouv.fr)

[116] <https://www.europe1.fr/societe/se-blanchir-la-peau-une-pratique-repandue-mais-dangereuse-3553184>

[117] DABO, F. (2020). LE CHEVEU CRÉPU: DE L'ALIÉNATION À L'ÉMANCIPATION IDENTITAIRE. LE CAS DU MOUVEMENT NAPPY AUX ÉTATS-UNIS.

[118] Zoom sur le Nappy, ce mouvement de libération des cheveux frisés et/ou crépus ! - Madmoizelle

[119] Rapport sur le marché de la beauté et des cosmétiques en Afrique francophone subsaharienne (setalmaa.com)

- [120] [Histoire de la Martinique | AZ Martinique](#)
- [121] COTTIAS Myriam, « Ces « hommes dangereux » de 1848. L'amnistie à l'épreuve de l'abolition de l'esclavage », *Genèses*, 2007/1 (n° 66), p. 30-50. DOI : 10.3917/gen.066.0030. URL : <https://www.cairn.info/revue-geneses-2007-1-page-30.htm>
- [122] DUMONT Jacques, « La quête de l'égalité aux Antilles : la départementalisation et les manifestations des années 1950 », *Le Mouvement Social*, 2010/1 (n° 230), p. 79-98. DOI : 10.3917/lms.230.0079. URL : <https://www.cairn.info/revue-le-mouvement-social1-2010-1-page-79.htm>
- [123] [Aux Antilles, la grève générale de 2009 a laissé un goût amer - Outre-mer la 1ère \(francetvinfo.fr\)](#)
- [124] [Grève générale: en 2009, Guadeloupe et Martinique à l'arrêt \(lepoint.fr\)](#)
- [125] [Novembre 2021, une grève générale dégénère durant plusieurs jours en Martinique : où en sommes-nous 1 an après ? - Martinique la 1ère \(francetvinfo.fr\)](#)
- [126] Ulrike Zander, "La hiérarchie « socio-raciale » en Martinique Entre persistances postcoloniales et évolution vers un désir de vivre ensemble ", *REVUE Asylon(s)*, N°11, mai 2013, Quel colonialisme dans la France d'outre-mer ? , url de référence: <http://www.reseau-terra.eu/article1288.html>
- [127] [27,4 % des Martiniquais vivent sous le seuil de pauvreté en 2019 - Insee Analyses Martinique - 54](#)
- [128] [Hausse des prix de 1,1 % en février et de 3,9 % sur un an - Insee Flash Martinique - 162](#)
- [128] [Synthèse régionale - Contexte national – Bilan économique 2021 - Martinique | Insee](#)
- [129] [En Martinique, l'accès à l'emploi est toujours plus difficile qu'au niveau national - Insee Flash Martinique - 171](#)
- [130] [Le Plan de relance 2022-2024 est adopté ! – Collectivité Territoriale de Martinique \(collectivitedemartinique.mq\)](#)
- [131] [Liste des événements en Martinique | AZ Martinique](#)
- [132] [Noirs en France - Replay et vidéos en streaming - France tv](#)
- [133] <https://www.unidivers.fr/zoos-humains-village-negre-place-hoche-rennes/>
- [134] <https://masterccs.hypotheses.org/9824>
- [135] <https://monument.palais-portedoree.fr/le-contexte-colonial/l-exposition-coloniale-de-1931>
- [136] [L'exposition coloniale internationale de 1931 - Archives départementales du Puy-de-Dôme \(puy-de-dome.fr\)](#)

- [137] <https://www.contretemps.eu/lamine-senghor-communisme-panafricanisme/>
- [138] <https://journals.openedition.org/chrhc/4122>
- [139] <https://memoire-esclavage.org/biographies/aime-cesaire>
- [140] [Les congrès internationaux des écrivains et artistes noirs \(1956 et 1959\) – HistoireEngagée.ca \(histoireengagee.ca\)](#)
- [141] [Au coeur de la marche des Beurs | INA](#)
- [142] https://www.huffingtonpost.fr/actualites/article/l-enquete-de-sos-racisme-sur-les-discriminations-au-logement-est-accablante_144715.html
- [143] https://www.huffingtonpost.fr/actualites/article/discrimination-a-l-embauche-une-agence-d-interim-sur-deux-testee-par-sos-racisme-epinglee_187073.html
- [144] [Air France, Renault, Accor et d'autres entreprises accusées de discrimination à l'embauche \(lemonde.fr\)](#)
- [145] [Présentation du Plan national de lutte contre le racisme, l'antisémitisme et les discriminations liées à l'origine | Gouvernement.fr](#)
- [146] <https://www.facebook.com/france2/videos/noirs-en-france-le-test-de-la-poup%C3%A9e/512242943415187/>
- [147] FALL, Mariane, 2022. Éclaircir sa peau : L'utilisation des produits de dépigmentation comme conséquence du colorisme. Esquisses | Les Afriques dans le monde [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://elam.hypotheses.org/4472>.
- [148] [#MyHairMyPower – Les Secrets de Loly](#)
- [149] [L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers | Insee](#)
- [150] [Les chiffres 2021 \(publication annuelle parue le 20 juin 2022\) / Archives / Chiffres-clés, séjour, visas, éloignements, asile, accès à la nationalité / Études et statistiques / Info-ressources - Direction générale des étrangers en France - Ministère de l'Intérieur \(interieur.gouv.fr\)](#)
- [151] <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Chiffres-cles-sejour-visas-eloignements-asile-acces-a-la-nationalite/Les-chiffres-cles-de-l-immigration-2021>
- [152] <https://www.ouest-france.fr/societe/immigration/sans-papiers/la-france-compte-600-000-a-700-000-sans-papiers-selon-gerald-darmanin-20882024-4af3-11ec-8a6b-582d17cbe42b>
- [153] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2656612#graphique-Figure2a>
- [154] https://www.insee.fr/fr/statistiques/6468640#figure2_radio21

[155]<https://www.marianne.net/societe/les-immigres-majoritaires-en-france-en-2050-une-affirmation-fantasmee-de-marion-marechal>

[156] A.Mahé O.Fayé (2022), Diagnostic dermatologique sur les peaux fortement pigmentées et/ou dites “noires” P36

Annexes

ANNEXE 1 : Questionnaire “Évaluation de l'expertise "peau noire" d'un point de vue des sujets à la peau pigmentée”

Objectifs :

La dermatologie des peaux noires et métissées est depuis des années catégorisée comme une spécialité de niche. Une réalité de moins en moins acceptable face au développement des mouvements migratoires des populations et à l'extension mondiale du métissage. Par mon expérience personnelle, j'ai pu constater un manque général de connaissance sur les spécificités cutanées et problématiques des peaux pigmentées, à toutes les échelles du parcours de soin : patients, pharmaciens et médecins.

Afin d'avoir une vision plus large, j'ai souhaité réaliser une enquête terrain afin d'évaluer le point de vue des personnes questionnées sur ce sujet.

L'objectif du questionnaire est d'analyser les connaissances du grand public sur les spécificités cutanées de sa peau pigmentée et ses habitudes de consommations beauté. Je souhaitais également recueillir leurs expériences et la perception de l'expertise “peaux noires” des dermatologues et pharmaciens auxquels ils ont été confrontés.

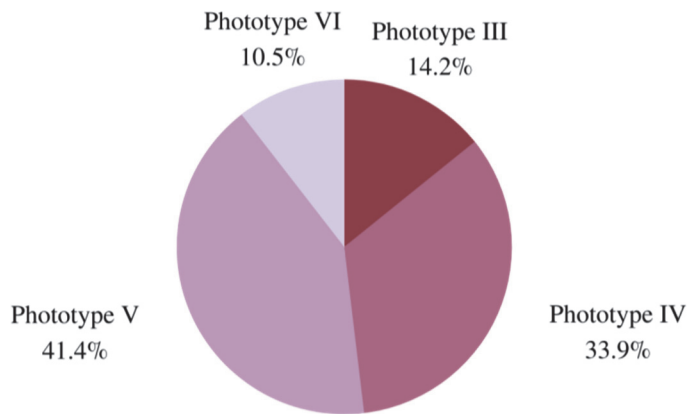
Méthode :

Ce questionnaire d'évaluation est réalisé par le biais de la plateforme google form. Les questions sont de types ouvertes et fermées et ont une vision rétrospective ou prospective selon le sujet abordé.

Partagé sur différents réseaux sociaux tels qu'Instagram, Tiktok et LinkedIn, 239 personnes ont pu le remplir au cours d'une période de 10 jours.

Résultats & Interprétations :

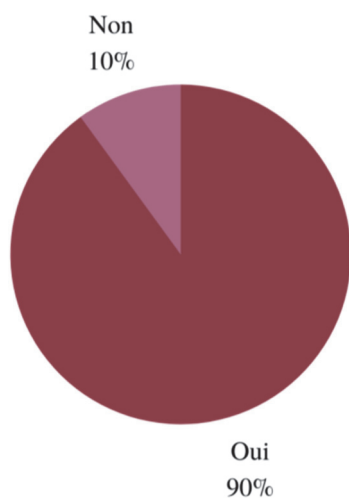
1. Quel est ton phototype cutané ? (Ta carnation ?)



Du fait de son caractère digital, ce questionnaire a eu une visibilité internationale (réponse en Afrique, Europe et au Canada). De ce fait, introduire une question sur le choix de sa carnation de peau après la lecture de l'introduction permet de cibler spécifiquement les personnes à la peau pigmentée.

2. Penses-tu que ta peau pigmentée a des caractéristiques différentes d'une peau blanche ? (hydratation, typologie de peau, fermeté etc)

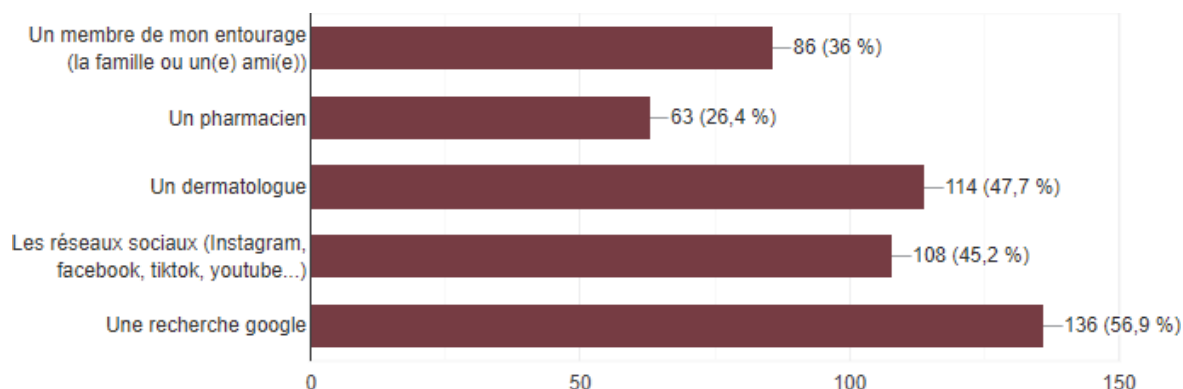
Un des objectifs de cette étude est d'évaluer les connaissances des personnes sur leurs peaux noires et métissées.



90% attestent que celle-ci est différente d'une peau caucasienne. La question suivante les questionne sur cette différenciation.

Les sujets évoquent majoritairement : la pigmentation plus intense, une fermeté cutanée plus importante, la cicatrisation plus lente, la sécheresse cutanée, l'hydratation cutanée, l'hyperséborrhée.

3. Face à une question sur ta peau, vers qui ou quoi te diriges-tu ?



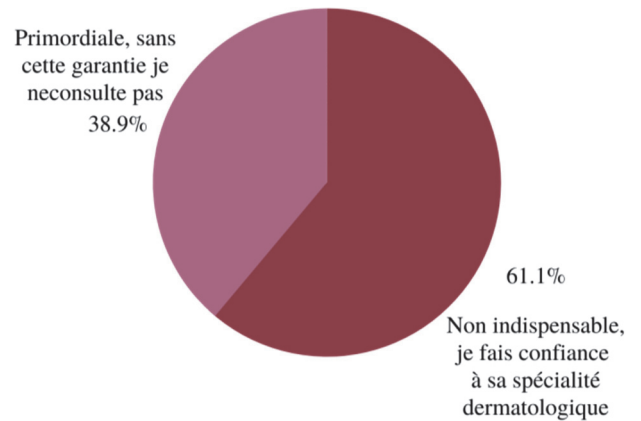
Il est intéressant de constater que la recherche google est la principale source d'informations des sujets. Cependant, il est important de rester vigilant face aux multitudes d'informations présentes dans les différentes pages web car tous les rédacteurs de contenus ne sont pas tous experts sur le sujet. Le référencement naturel de google (SEO) analyse et classe chaque page selon le nombre de mots utilisés et les mots sélectionnés en fonction du sujet de l'article. Ainsi, l'exactitude des données ne sont pas toujours justes.

En seconde position, le dermatologue prend sa place en tant que médecin spécialisé pour la peau. Par conséquent, les longs délais d'obtention de rendez-vous peuvent être problématiques pour ces personnes car elles se redirigeront en attendant vers d'autres sources d'informations plus ou moins certifiées comme du contenu sur les réseaux sociaux à 45,2% ou un membre de l'entourage à 36%.

La place du pharmacien, en toute dernière position soulève des interrogations sur son rôle en tant que professionnel de santé accessible librement et à tout moment grâce à son officine.

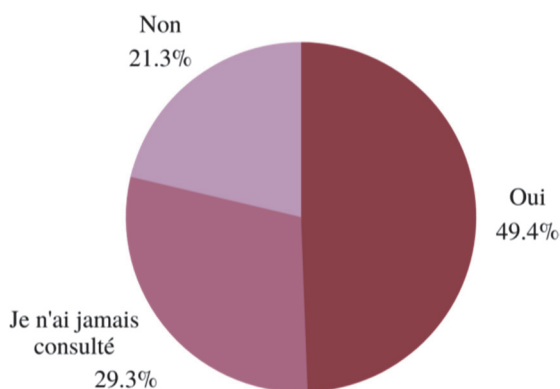
4. Lorsque tu recherches un dermatologue, l'expertise peau pigmentée est pour toi ?

Il existe une vraie dualité sur cette question qui met en avant l'expertise dermatologique spécifique sur les peaux noires. Il existe en effet, deux catégories de personnes :



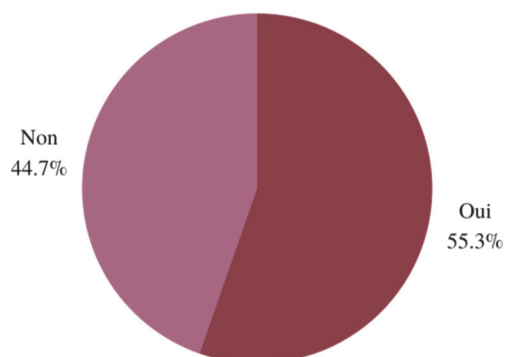
- 38,9 % recherchent un dermatologue spécialisé dans les peaux noires. Celui-ci devrait connaître les spécificités et les problématiques des peaux pigmentées mais également leur contexte socioculturel. La confiance est alors instaurée
- 61,1% font confiance à la spécialité dermatologique enseignée au médecin lors de ses études. Ce qui sous-entend que celui-ci devrait connaître aussi bien la peau caucasienne que la peau pigmentée

5. Face à une problématique cutanée, as-tu déjà été confronté à un dermatologue qui n'a pas su la diagnostiquer ou te prescrire un traitement adapté ?



Suite à la question précédente, il est constaté la déception de 49,4% de personnes à avoir reçu le mauvais diagnostic ou traitement pour sa dermatose. Pour aller plus loin, il serait judicieux de savoir si ces erreurs sont liées à un dermatologue qui connaissait ou non les spécificités des peaux noires.

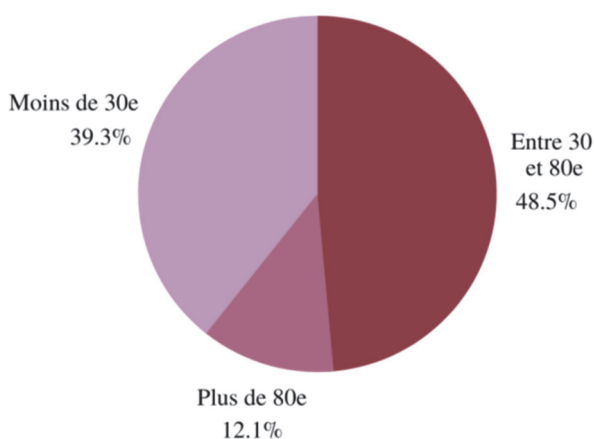
6. Face à une problématique, ou une question spécifique sur ta peau, as-tu déjà été confronté à un pharmacien qui n'as pas su te conseiller ou qui t'as mal orienté ?



Après l'expertise rattachée aux dermatologues, il était intéressant de questionner notre panel de sujets sur celui du pharmacien. 55,3% annoncent avoir été mal conseillés ou mal orientés.

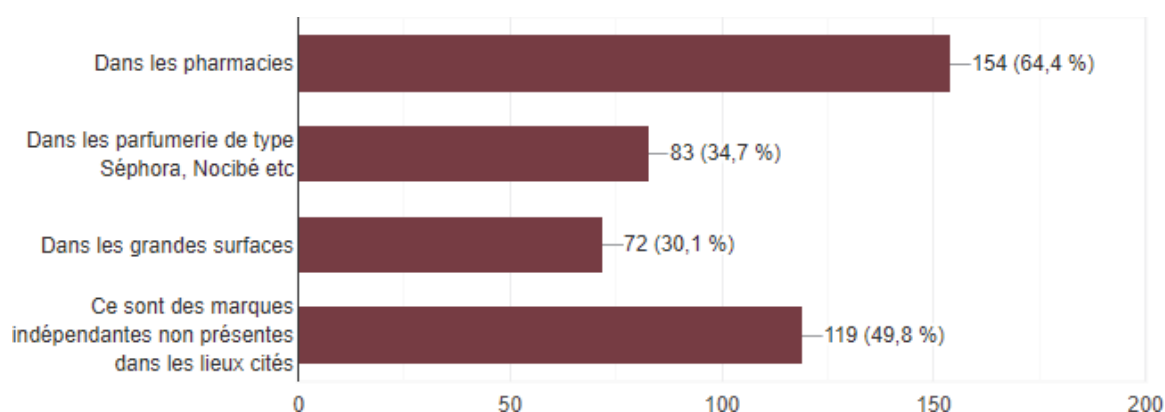
Ce résultat remet alors en question les connaissances des pharmaciens sur les dermatologiques des peaux pigmentées mais aussi le rapport de confiance entre pharmacien - patient

7. Quel est en moyenne ton budget cosmétique mensuel ? (Skincare, haircare, maquillage)



Concernant les habitudes de consommation des sujets à la peau noire ou métissée, il est révélé que 48,5% dépensent entre 30 et 80 euros dans la cosmétique (skincare, haircare et maquillage). 12%, plus de 80 euros. Cela suggère que la cible des sujets à la peau pigmentée n'est pas à considérer comme une niche au vu du pouvoir d'achat qu'ils représentent.

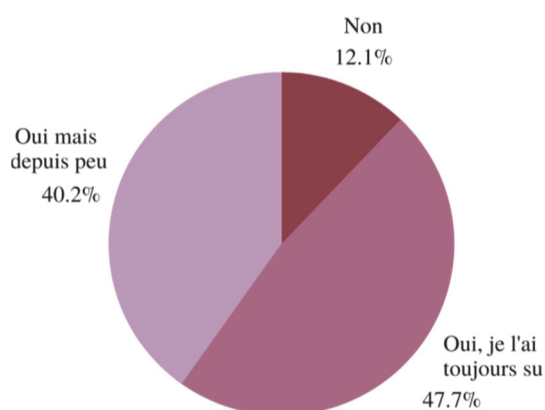
8. Où achètes-tu tes soins cosmétiques ? (En physique ou en ligne)



Après avoir défini le budget cosmétique mensuel de notre panel, il est intéressant de pouvoir analyser où les dépenses sont effectuées. Il est constaté qu'à 64,4%, les sujets à la peau pigmentées achètent leurs soins dans les pharmacies. Cela peut être relaté au climat de confiance instauré par le choix des marques dermocosmétiques référencés dans l'officine. En effet, face à une problématique ou une peau sensible, le public se dirige favorablement vers une routine skincare qui garantit généralement sans parfum et avec un bon rapport efficacité / innocuité.

Il est observé cependant que le marché de la cosmétique de grande surface ou des parfumeries est attractif. Pour autant, les marques indépendantes plaisent à 49,8%. Elles font référence à de nouvelles marques qui se distribuent en ligne ou dans leurs propres boutiques.

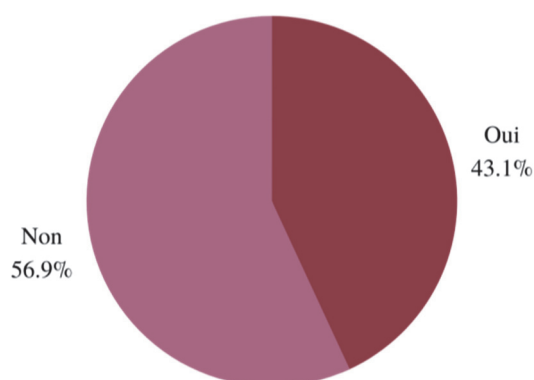
9. Savais-tu qu'il existait des marques spécifiques à la peau pigmentée ?



Depuis une dizaine d'années, des marques dermocosmétiques spécialisées pour les peaux noires et métissées s'implante sur le marché de la cosmétique.

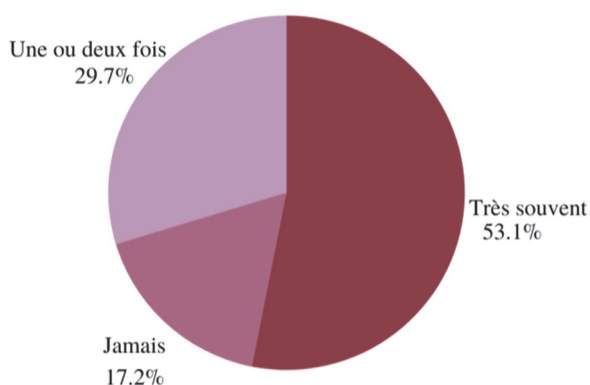
87,9% en connaissent leur existence mais 40,2% affirment "depuis peu". Il serait pertinent d'analyser comment ils ont découvert ces marques : lors d'une problématique, par plaisir ?

10. Aujourd'hui ou dans le passé, as-tu déjà utilisé un soin spécifique pour les peaux pigmentées ?



Sur ce même panel, 43,1% des personnes affirment avoir déjà utilisé un soin spécifique pour les peaux pigmentées. Pareillement, il serait intéressant de connaître dans quel cadre : le traitement d'une problématique, l'entretien de sa peau etc

11. Face à une problématique (tache, acné ou eczéma par exemple), as-tu déjà été déçu(e) de l'efficacité d'un soin d'une marque classique généraliste ?



Cette question est relative aux marques non spécifiques à la peau pigmenté mais dites "généralistes". Elle permet de visualiser si celles-ci sont efficaces sur les problématiques des phototypes foncés.

53,1% annoncent avoir été très souvent déçus et 29,7% une à deux fois.

Ce résultat questionne sur le caractère inclusif de ces marques lors de l'étude de la formulation des soins ou lors des essais cliniques.

Discussion :

Pour rappel l'objectif de cette enquête était d'analyser sur un panel de 239 personnes à la carnation foncée :

- Leurs connaissances sur les spécificités cutanées et les problématiques de leurs peaux.
- Leurs pouvoirs d'achats dans la beauté et leurs habitudes de consommations relatives aux soins cosmétiques.
- Leurs perceptions sur l'expertise peaux noires des pharmaciens et dermatologues.

Suite à l'interprétation des résultats question après question, plusieurs points importants sont relevés sur les connaissances des patients, des pharmaciens, des dermatologues mais aussi des marques cosmétiques présentes sur le marché.

Tout d'abord, il est démontré qu'une grande majorité des personnes constituant ce panel ont conscience que leur peau pigmentée possède des spécificités cutanées vis-à-vis d'une peau caucasienne. Cela suggère qu'elle devient une patientèle plus attentive à l'expertise dermatologique "peaux noires" communiquée par son environnement personnel ou médical. En effet, aujourd'hui, celle-ci s'auto-informe de plus en plus par le bien d'internet ce qui lui permet de remettre en doute, dans certaines situations, l'expertise du professionnel de santé. Une problématique quand ce dernier dit vrai mais qu'il doit se justifier face à une information trouvée sur google ou sur les réseaux sociaux.

Cette étude soulève également un questionnement sur le rapport de confiance qu'ont les personnes sur l'expertise du pharmacien. En effet, l'officine s'avère être le principal lieu où les sujets achètent leurs soins cosmétiques. Pour autant, face à une question, ces mêmes personnes se dirigent favorablement sur du contenu digital (recherche google ou réseaux sociaux). Le pharmacien devrait-il alors avoir une prise de conscience sur sa place dans le circuit en tant que professionnel de santé. Au-delà de l'acte d'achat, il est important que celui-ci puisse avoir le bon diagnostic et les bons conseils à partager sur une problématique présente sur une peau pigmentée.

Par ailleurs, celui-ci remet aussi en question l'expertise "peaux noires" des dermatologues. En réalité, tous les dermatologues devraient être formés sur cette sous-spécialité de leur métier.

Cependant, tout comme pour la dermatologie pédiatrique, cela ne représente qu'un très faible volume de cours, parfois même inexistant, dans leur cursus scolaire.

Les connaissances sur la peau pigmentée sont à l'initiative du médecin. Elles peuvent être acquises :

- Par la réalisation du diplôme universitaire "Dermatologie de la diversité" fondé par le Professeur Mahé
- En assistant à des conférences dédiées à la peau pigmentée notamment lors des Journées Dermatologiques de Paris
- Par la lecture de nombreux livres abordant ces spécificités
- Par ses expériences professionnelles en choisissant des lieux (cabinets ou hôpitaux) où la cible est présente

Par conséquent, consulter un dermatologue et "faire confiance à sa spécialisation dermatologie" peut représenter un risque de tomber sur un médecin qui n'a pas les connaissances ou qui n'est pas à l'aise sur le sujet des peaux pigmentées. Comme le montre le questionnaire, certains sujets ont été confrontés à ce type d'expérience défini par la réalisation d'un mauvais diagnostic ou d'un traitement inefficace.

C'est en partie pour cela que naît ce besoin jugé primordial pour certains de consulter un dermatologue spécialisé pour les peaux pigmentées. C'est ainsi que du bouche-à-oreille ou par des recherches google via les mots-clés "dermatologues peaux noires" que certains médecins ayant une expertise peau noire consultent des patients qui parfois viennent de très loin.

Pour revenir au questionnaire, celui-ci met aussi en avant le manque d'efficacité ressenti sur les marques généralistes concernant des problématiques cutanées présentes sur une peau pigmentée. Cela questionne sur la recherche peau noire effectuée lors du choix des actifs lors des formulations ou encore sur l'inclusivité des testeurs de phototype IV à VI.

Pour conclure, le but de ce questionnaire était de réaliser un état des lieux de la place de la dermatologie peau noire dans la société actuelle. Ainsi, les réponses ont permis d'établir les objectifs de la thèse.

Elle doit pouvoir présenter les spécificités cutanées des peaux pigmentées mais aussi les problématiques et aspects cliniques de leurs dermatoses. Ainsi, chacun pourra acquérir et/ou approfondir ses connaissances sur le sujet.

Par la suite, il est primordial de dépasser la vision dermatologique et de développer une partie culturelle et sociologique. En effet, il est important de pouvoir aussi comprendre en tant que professionnel de santé, l'environnement du patient car celui-ci a un impact sur la survenue de ses problématiques cutanées et sur le choix de ses produits cosmétiques.








ANNEXE 2 : Questionnaire de la classification Fitzpatrick

Nombres de points à additionner	0	1	2	3	4
Couleur naturelle des cheveux	Blond-roux	Blond	Châtain, blond foncé	Brun foncé	Noir
Couleur naturelle des yeux	Bleu clair, gris, vert	Bleu, gris, vert	Marron	Marron foncé	Marron-noir
Couleur des parties de la peau non exposées au soleil	Rougeâtre	Très pâle	Pâle avec une nuance de brun	Brun clair	Brun foncé
Taches de rousseur sur les parties de la peau non exposées au soleil	Nombreuses	Quelques-unes	Peu	Rares	Aucune
Conséquences d'une exposition prolongée sans écran solaire	Rougeurs douloureuses, cloques, exfoliation	Cloques suivies d'exfoliation	Coup de soleil parfois suivi d'exfoliation	Rares coups de soleil	Jamais de problème
Aptitude à bronzer	Peu ou pas de bronzage	Bronzage léger	Bronzage moyen	Bronzage facile	Bronzage très rapide
Une exposition d'un jour au soleil provoque un bronzage	Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Toujours
Réaction de la peau du visage au soleil	Très sensible	Sensible	Normale	Peu sensible	Jamais de problème
Dernière exposition au soleil ou à une lampe solaire	Plus de 3 mois	2 ou 3 mois	1 ou 2 mois	Moins d'1 mois	Moins de 2 semaines
La zone de traitement est parfois exposée au soleil	Jamais	Très rarement	Quelquefois	Souvent	Toujours

ANNEXE 3 : Classification de Fitzpatrick

Phototype	Caractéristiques
I	<p>Réaction au soleil : ne bronze pas, attrape systématiquement des coups de soleil.</p> <p>Type : peau très claire, taches de rousseur, cheveux blonds ou roux.</p> <p>Géolocalisation : Celtes – Irlande, Écosse, Pays de Galles, Bretagne</p>
II	<p>Réaction au soleil : bronze difficilement, attrape souvent des coups de soleil.</p> <p>Type : peau très clair, cheveux blonds ou châtain, des taches de rousseur apparaissent au soleil, yeux clairs.</p> <p>Géolocalisation : Nord de l'Europe - Suède, Norvège, Danemark, Finlande</p>
III	<p>Réaction au soleil : attrape parfois des coups de soleil, bronze progressivement.</p> <p>Type : peau claire, cheveux blonds ou châtain.</p> <p>Géolocalisation : Caucasoïdes – Russie, Géorgie, Arménie, Turquie</p>
IV	<p>Réaction au soleil : attrape peu de coups de soleil, bronze rapidement.</p> <p>Type : peau mate, cheveux châtain, bruns ou noirs, yeux foncés.</p> <p>Géolocalisation : Méditerranéens – France, Italie, Espagne, Afrique du Nord</p>
V	<p>Réaction au soleil : attrape rarement des coups de soleil, bronze rapidement.</p> <p>Type : peau foncée, yeux foncés, cheveux foncés.</p> <p>Géolocalisation : Indien, Moyen-Orient</p>
VI	<p>Réaction au soleil : n'attrape jamais de coups de soleil, bronze très rapidement.</p> <p>Type : peau noire, cheveux noirs.</p> <p>Géolocalisation : Afrique subsaharienne</p>

ANNEXE 4 : Illustration des lignes de Voigt

LPD	Région	Description anatomique	Illustration
UN	Corps	Aspects antérolatéraux des bras supérieurs s'étendant sur les régions pectorales	
B	Corps	Aspects postéro-médiaux des jambes s'étendant du périnée aux chevilles	
C	Corps	Lignes verticales dans les zones pré- et parasternales de la poitrine	
E	Corps	Bandes hypopigmentées bilatérales sur la poitrine depuis le tiers moyen des clavicules jusqu'à la région périaréolaire	
F	Affronter	Plaques en V sur les joues latérales entre les tempes et les zones malaïres	
g	Affronter	Plaques en forme de W sur les joues latérales entre les tempes et les zones malaïres	
H	Affronter	Bandes linéaires s'étendant des commissures orales aux zones latérales du menton	

ANNEXE 5 : Liste de produits éclaircissants interdits en France selon l'AFSSAPS



Important : l'absence de mention de lots autres que ceux précisés sur cette liste ne préjuge pas de leur conformité au regard de la réglementation des produits cosmétiques.

Liste des produits éclaircissants de la peau non conformes et dangereux identifiés en France, contenant de l'hydroquinone

Société et/ou pays d'origine identifiés sur le conditionnement du produit	Nom du produit	N° de lot(s)
Laboratoire Novafrica/ France	AMI WHITE Gel éclaircissant	7C05
Société non mentionnée/ États-Unis	ADVANCED COMPLEX FADE GEL Gel d'éclaircissement cutané	071016
NP Gandour / Côte d'Ivoire	BIO CLAIRE - Crème corporelle éclaircissante sans hydroquinone Activateur Bio-Végétal Naturel	D101229 « S1 »
Société non mentionnée / France	BELLE FACE Lotion tonique éclaircissante	Absence de numéro de lot
Angel cosmétiques / République Démocratique du Congo	CARO LIGHT Crème éclaircissante	Absence du numéro de lot
	CARO LIGHT Crème de beauté éclaircissante – 500 ml	7A04490
	CARO LIGHT Crème de beauté éclaircissante – Soins intensifs – 500 ml	7A03649
	CARO LIGHT Crème de beauté éclaircissante – 120 ml	11C04326
	CARO LIGHT Crème de beauté éclaircissante – 30 ml – FAB 10/2009	Absence du numéro de lot
	CARO LIGHT Crème de beauté	7A06791

	CARO LIGHT Huile éclaircissante– 50 ml	4C04553 5A03749 5A03204
	CARO LIGHT Lait de beauté éclaircissant– 300 ml	8B04026
Mentions absentes	CLAIRE LADY , Lotion éclaircissante	Absence de numéro de lot
Sénégal	DAWMY , Crème éclaircissante	Cb : 3582960103091
Mentions absentes	DOCTOR Z & C , Crème éclaircissante intense	Absence de numéro de lot
Mentions absentes	EDGUARD Lait éclaircissant - FAB 10/03/2008	Absence de numéro de lot
Société non mentionnée / France	EVA CLAIRENCE , Sérum éclaircissant	919
GHANDOUR Industrie / Congo (ex-Zaïre)	EXTRA CLAIR , Crème de beauté éclaircissante EXP 2013	Absence de numéro de lot
	EXTRA CLAIR , Lait éclaircissant à l'hydroquinone et aux plantes naturelles	Absence de numéro de lot
	EXTRA CLAIR Huile éclaircissante à l'hydroquinone et aux plantes naturelles Exp : 09/2013	Absence de numéro de lot
Société non mentionnée / Congo (ex Zaïre)	Huile éclaircissante Hydroquinone Marque EXTRA CLAIR	CB26708786219 6
Labo DERMA Pays non mentionné	FAIR & WHITE Crème éclaircissante - 50 ml	1FW07165
Société non mentionnée / France	FK33+ Huile éclaircissante	Absence de numéro de lot

Mentions absentes	GIGY Lotion éclaircissante	796210NE
	GIGY Lotion éclaircissante	Absence de numéro de lot
Mentions absentes	MAKARI de Suisse Crème éclaircissante de jour	Absence de numéro de lot
Labo FARMAX / France	MAXI WHITE 51 Gel crème éclaircissant	3B24
Société non mentionnée / France	MOVATE CREAM Crème éclaircissante	42241-1106
	MOVATE CREAM Crème éclaircissante pour le corps	60263
Laboratoire Pharmaplus Fabriqué en Community European	QEI+ Paris Crème éclaircissante extrême, Teint clair, net et sans tache Qualité extrême intense	Absence de numéro de lot
Société non mentionnée / Côte d'Ivoire	RAPID CLAIR Sérum éclaircissant	91778432001
	RAPID CLAIR Super éclaircissant	3328H
Mentions absentes	REINE D'AMOUR Lait éclaircissant	Absence de numéro de lot
Société non mentionnée / France	REVOLUTION NUIT HP 25 Crème éclaircissante	Absence de numéro de lot
	REVOLUTION ULTRA RAPIDE HP 25 Crème éclaircissante	Absence du numéro de lot
	REVOLUTION HP 25 , Sérum éclaircissant	Absence du numéro de lot
Société non mentionnée / France	ROSANCE R X 18 Lait éclaircissant – 500 ml	54866

**Liste des produits éclaircissants de la peau non conformes et dangereux identifiés en France
à base de dérivé du mercure**

Société non mentionnée / France	ENVI 42 Savon éclaircissant - ENVI A2	C6F13M
------------------------------------	---	--------

**Liste des produits éclaircissants de la peau non conformes et dangereux identifiés en France
contenant des glucocorticoïdes**

Société et/ou pays d'origine identifiés sur le conditionnement du produit	Nom du produit	N° de lot(s)
Société non mentionnée / Côte d'Ivoire	BIO CLAIRE , Huile corporelle sans hydroquinone	D101229 « S1 » et D97770 « N »
NP GANDOUR / Côte d'Ivoire	DAWMY Huile de beauté éclaircissante – Anti-taches	FSHP100531C
NP GANDOUR / Côte d'Ivoire	G & G – DYNAMICLAIR Crème éclaircissante de beauté aux acides de fruits – Tous types de peau – avec filtres solaires	FSHP100315A et FSHP100527A
NP GANDOUR Côte d'Ivoire	G & G – DYNAMICLAIR Huile de beauté éclaircissante aux acides de fruits – Anti-taches avec filtres solaires	FSHP100511A
Mentions absentes	DPCI+ Crème Esapharma Movate – 30Gr	601 55

Liste des produits éclaircissants de la peau non conformes et dangereux identifiés en Europe

Société et/ou pays d'origine mentionnés dans la notification RAPEX	Nom du produit	N° de lot(s)	Pays notificateur
A.S Cosmetics – A project of arche Gold Cosmetics – Mingora - Swat / Pays non mentionné	ARCHE GOLD Fairness Cream	1000 000 052	Pays-Bas
NP GANDOUR / Côte d'Ivoire	BIO CLAIRE Crème corporelle éclaircissante sans hydroquinone – Activateur Bio-Végétal Naturel	081179 « K1 »	Allemagne
Parfumerie GANDOUR CI/ Inde	BIO CLAIRE Crème corporelle éclaircissante, Sans hydroquinone - Activateur Bio-Végétal Naturel	P13/02/03 NFI 011285 E	Pays-Bas
Picos / Côte d'Ivoire	BODY CLEAR Lait corporel éclaircissant	0000305	Allemagne
Bluefield Associates Made in USA	CLEAR ESSENCE Maxi Tone, Lait corporel éclaircissant	080930-1	Allemagne
Bluefield Associates Made in USA	CLEAR ESSENCE Sérum éclaircissant pour le contour des yeux	080805-2	Allemagne
Oriental House / Belgium	CLEAR TOUCH Number one Lait de toilette traitant	0616090	Pays-Bas
Labo DERMA France	FAIR & WHITE Crème éclaircissante	Absence de numéro de lot	Autriche
Labo DERMA France	FAIR & WHITE Crème éclaircissante	1FW06047	Pays-Bas
Garo Hasbanian Made in Côte d'Ivoire	G & G – DYNAMICLAIR Crème de beauté éclaircissante, aux acides de fruits – Tous types de peaux – Avec filtres solaires	081015 « K »	Allemagne
NP GANDOUR / Côte d'Ivoire	MAXI LIGHT Lait éclaircissant et purifiant, Peau nette, uniforme et sans tache, Vitamines A et E, Oligoéléments	FSHP 090228 B	Allemagne

N.P. GANDOUR Côte d'Ivoire	MAXI LIGHT Peau nette, uniforme et sans tache, Vitamines A et E, Oligoéléments, Crème éclaircissante et purifiante pour le corps	Absence de numéro de lot	Autriche
N.P. GANDOUR Côte d'Ivoire	MAXI LIGHT Peau nette, uniforme et sans tache, Vitamines A et E, Oligoéléments, Huile éclaircissante et purifiante	Absence de numéro de lot	Autriche
Caring Chemistry Ltd / Nigeria	MAXI TONER Body Treat, Clarifying Skin Beautifying Milk	10019653-001	Autriche
Beauty plus Ltd/ Made in England	MIC Médicinale Crème éclaircissante, nouvelle formule améliorée	Absence de numéro de lot	Pays-Bas
Société non mentionnée/ Royaume-Uni	MILILO Crème pour le visage	1006	Autriche
E.T. Browne Drug CO., Inc/ États-Unis	PALMER'S Crème pour le visage	66032A MFG	Pays-Bas
Sivop / Côte d'Ivoire	PEAU CLAIRE Huile corporelle à la vitamine E pour une peau jeune et éclatante	469	Autriche
Mentions absentes	POP Popular Facial Cream with AHA	Absence de numéro de lot	Pays-Bas
Labo Cosmetic France	Pr Françoise Bedon Paris Lait éclaircissant Soins Hydratant Nourrissant à base de plantes, d'huile de carotte et de vitamine E	Absence de numéro de lot	Pays-Bas
Manufactured by Shirley Chemical Corp / Taipei, Taiwan	SHIRLEY Crème médicamentée dermique	Absence de numéro de lot	Autriche
Sivop / Côte d'Ivoire	SIVOCLAIR Lait éclaircissant à l'extrait de carotte – Pour un teint clair et éclatant	1701	Autriche
Rodis / Côte d'Ivoire	SKIN LIGHT Crème traitante éclaircissante à l'extrait de carotte et à la vitamine E – Sans bouton et sans tache noire	CSLD15	Autriche

Rodis / Côte d'Ivoire	SKIN LIGHT Lait super éclaircissant et traitant au beurre de cacao et à la vitamine E	LCBSL E 31	Allemagne
Rodis / Côte d'Ivoire	SKIN LIGHT Crème éclaircissante traitante à l'extrait de carotte et à la vitamine E – Sans bouton et sans tache noire	CSL D15	Pays-Bas
Société non mentionnée/ Pakistan	ZERO MARK NATURAL FAIRNESS Crème de beauté pour le visage	001	Royaume- Uni
Universal Cosmetics, Paris Universal Cosmetics Inc, USA	55 H+Paris Harmonie Réparateur, Crème Eclaircissant Extrême	Absence de numéro de lot	Irlande

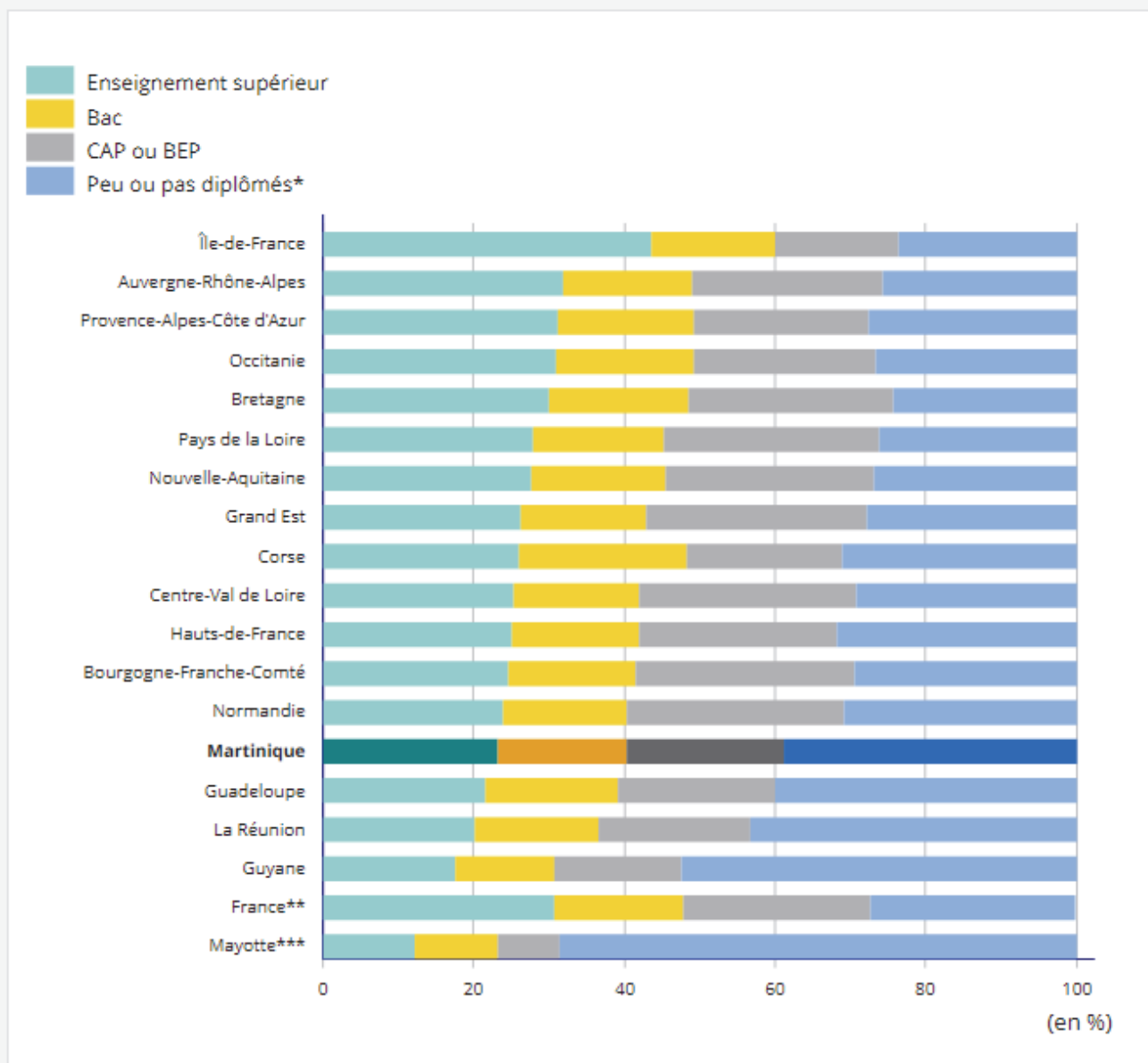
ANNEXE 6 : Description des stades de l'acné selon l'HAS

Degré de sévérité	Manifestation
0. Pas de lésion	Une pigmentation résiduelle et des rougeurs (érythèmes) peuvent être présentes
1. Pratiquement pas de lésion	Rares points noirs ou blancs (comédons) dispersés et rares « boutons » non purulents (papules)
2. Légère	Moins de la moitié du visage est atteinte Quelques points noirs ou blancs (comédons) et quelques « boutons » (papulo-pustules)
3. Moyenne	Plus de la moitié de la surface du visage est atteinte Nombreux « boutons » (papulo-pustules) et points noirs ou blancs (comédons). Un « bouton » de plus grande taille ancré sous la peau (nodule) peut être présent
4. Sévère	Tout le visage est atteint Il est couvert de nombreuses lésions (papulo-pustules), avec des points noirs ou blancs (comédons) et de rares « boutons » de plus grande taille ancrés sous la peau (nodules)
5. Très sévère	Acné très inflammatoire recouvrant le visage avec des « boutons » de plus grande taille ancrés sous la peau (nodules)

ANNEXE 7 : Niveau d'étude de la population Martiniquaise

Moins de diplômés du supérieur en Martinique qu'en France mais plus que dans les DOM

Diplôme le plus élevé des 15 ans ou plus non scolarisés en 2019



* sans diplôme ou détenant au plus le brevet des collèges

** Pour la comparaison nationale, la France correspond à la France hors Mayotte

*** Pour Mayotte, données du Recensement de la Population de 2017

Pour cartographier ces données, cliquer ici : [Carte](#)

Définition : niveau de diplôme

Champ : personnes de 15 ans ou plus.

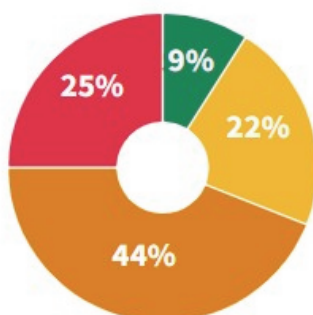
Source : Insee, recensement de la population.

ANNEXE 8 : Baromètre sur les discriminations des populations noires de France selon le CRAN en 2023 publié par France info

Question : "Diriez-vous que dans votre vie de tous les jours, vous personnellement, vous êtes victime de discrimination raciale... ?"

base : Ensemble des personnes noires ou métisses d'ascendance noire

● ... jamais ● ... rarement ● ... de temps en temps ● ... souvent



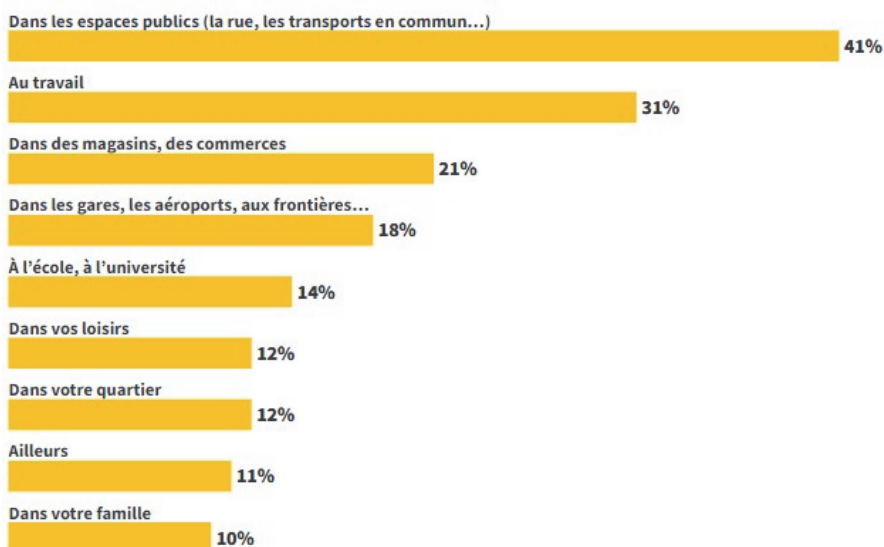
Ipsos – Enquête sur la perception et le vécu des discriminations à l'encontre des personnes noires – Cran • Décembre 2022

franceinfo:

Les lieux dans lesquels les discriminations liées à sa couleur ont été rencontrées

Question : "Où rencontrez-vous le plus souvent ces discriminations liées à votre couleur de peau ?"

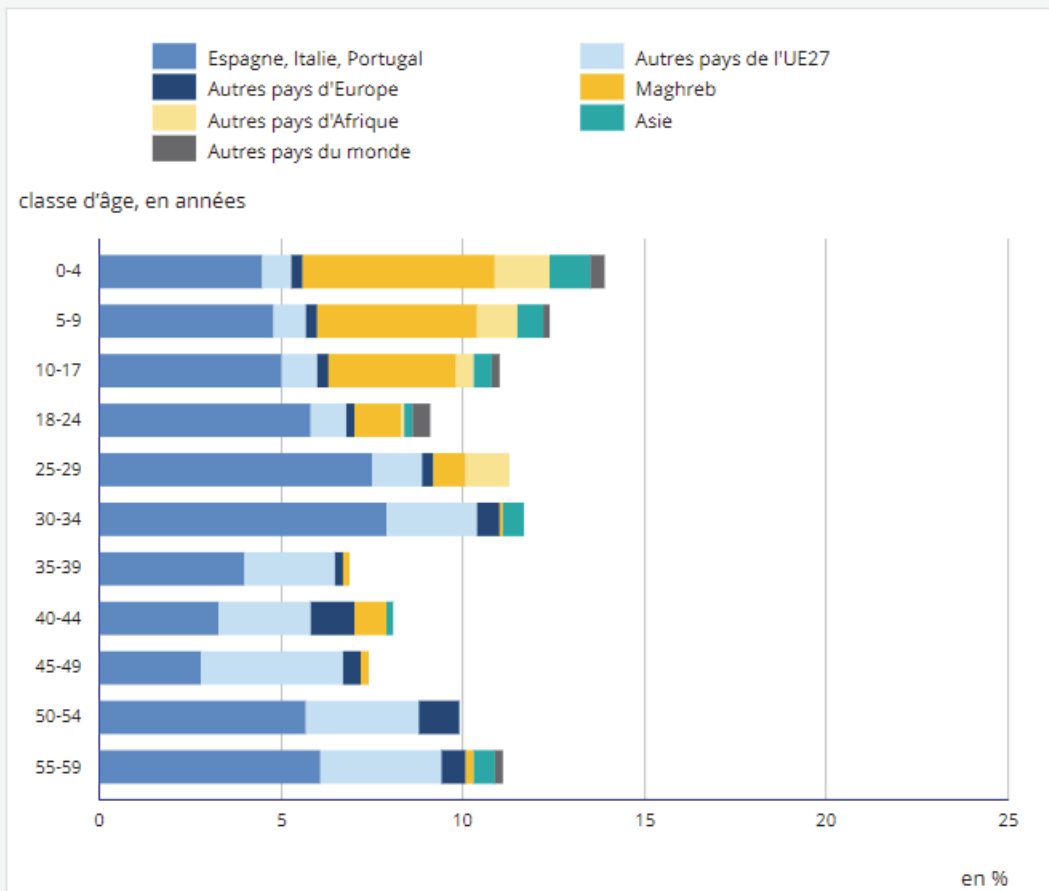
base : Personnes noires ou métisses d'ascendance noire ayant été victimes de discriminations en raison de leur couleur de peau – Total supérieur à 100 car deux réponses possibles



Ipsos – Enquête sur la perception et le vécu des discriminations à l'encontre des personnes noires – Cran • Décembre 2022

franceinfo:

Figure 2c – Origine géographique des descendants de 3^e génération (G3), par classe d'âge



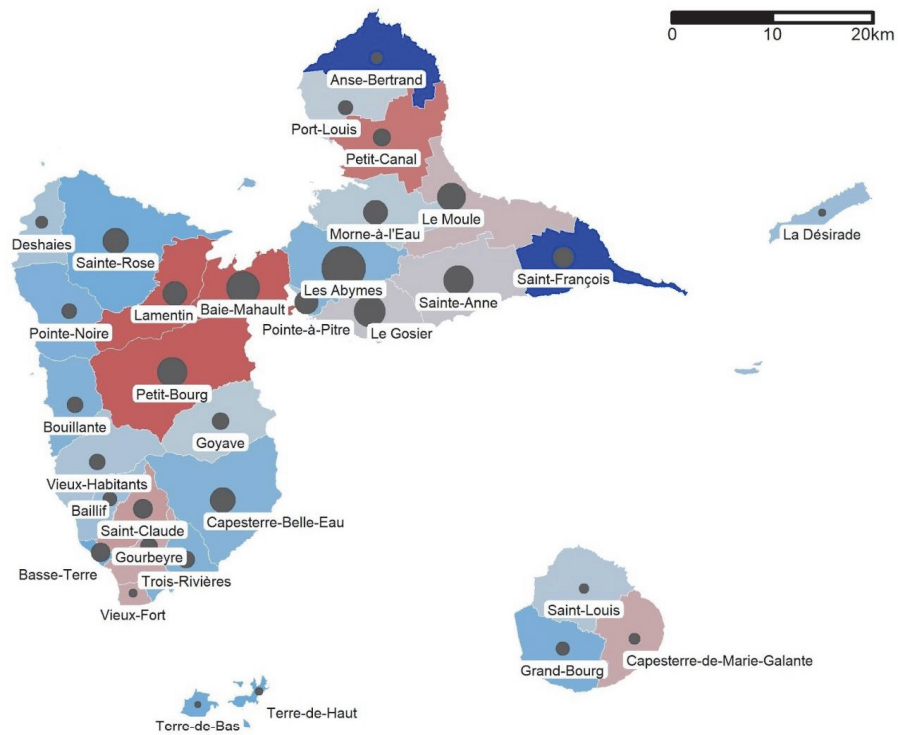
Note : l'enquête Emploi est utilisée de 0 à 17 ans et l'enquête TeO2 de 18 à 59 ans. Au-delà de 59 ans, les descendants de 3^e génération (G3) ne sont plus repérables. Pour déterminer l'origine géographique, une méthodologie similaire à celle des descendants de 2^e génération est utilisée. L'origine d'un individu G3 est déterminée par celle du parent G2 s'il n'y en a qu'un, ou si les deux parents sont G2, l'origine du père est retenue. Les cas où le pays d'origine est inconnu sont classés dans les autres pays du monde.

Lecture : les descendants d'immigrés de 3^e génération représentent 13,9 % des personnes de 0 à 4 ans. Parmi elles, 5,3 % sont originaires du Maghreb.

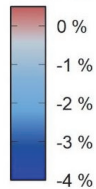
Champ : France métropolitaine, personnes vivant en logement ordinaire.

Sources : Insee, enquête Emploi 2019-2020 ; Ined-Insee, enquête Trajectoires et Origines 2 (2019-2020).

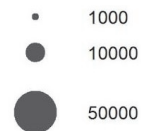
ANNEXE 10 : Recensement de la population Guadeloupéenne entre 2013 et 2019



Taux de croissance annuel entre 2013 et 2019



Population au 1er janvier 2019



Sources : Insee, recensements de la population 2013 et 2019

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- *D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- *D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- *De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- *En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque

