HAL
open science

# Recherche de facteurs favorisants de furoncles à Maré en Nouvelle Calédonie

Laure Marie Caroline Boullet

## To cite this version:

Laure Marie Caroline Boullet. Recherche de facteurs favorisants de furoncles à Maré en Nouvelle Calédonie. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01664272

**HAL Id: dumas-01664272**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01664272**

Submitted on 14 Dec 2017

**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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017 N° 216

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

Par Laure Marie Caroline BOULLET

Née le 27 février 1989 à Abbeville

Le 11 Décembre 2017

# Recherche de Facteurs Favorisants de Furoncles à Maré en Nouvelle Calédonie

Directeur de thèse

Docteur Léa LESCURE

Jury

M. le Professeur Bernard GAY..... Président
M. le Professeur Didier NEAU.....Rapporteur
Mme le Docteur Linda WITTKOP.....Juré
M. le Docteur Jean Michel CLAUDE .....Juré

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017 N° 216

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

Par Laure Marie Caroline BOULLET

Née le 27 février 1989 à Abbeville

Le 11 Décembre 2017

# Recherche de Facteurs Favorisants de Furoncles à Maré en Nouvelle Calédonie

Directeur de thèse

Docteur Léa LESCURE

Jury

M. le Professeur Bernard GAY..... Président
M. le Professeur Didier NEAU.....Rapporteur
Mme le Docteur Linda WITTKOP.....Juré
M. le Docteur Jean Michel CLAUDE .....Juré

REMERCIEMENTS

A mes juges,

A monsieur le Professeur Bernard GAY

*Professeur des Université - Praticien Hospitalier*

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, merci d'avoir cru en ce travail, dès son ébauche sur une petite île du Pacifique.

A monsieur le Professeur Didier NEAU

*Professeur des Université - Praticien Hospitalier*

Merci d'avoir immédiatement accepté d'être le rapporteur de mon travail et de siéger à mon jury.

A madame le Docteur Linda WITTKOP

*Maitre de Conférence Universitaire – Praticien Hospitalier*

Merci d'avoir accepté si rapidement de juger mon travail, j'en suis très honorée.

A monsieur le Docteur Jean-Michel CLAUDE

*Médecin Généraliste*

Merci d'avoir accepté de siéger à mon jury, et surtout merci pour tout ce que vous m'avez appris et fait pour moi pendant ces 6 mois de stage chez vous.

A madame le Docteur Léa LESCURE

*Médecin Généraliste*

Merci Léa d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, tu as cru en moi et m'a soutenue, que ce soit pendant les 6 mois sur Maré, et pour tout le travail de thèse, malgré les 20 000km qui nous séparent. Ce travail c'est le nôtre et je t'en remercie*. Ci Oreone*

A tous les membres du dispensaire qui ont permis la réalisation de cette thèse ; vous avez acceptés de participer au recueil de données ce travail n'existerai pas là sans vous ! Merci beaucoup ; Tupau et Bernadette, pour vos précieux conseils, l'équipe avec qui ça a été un plaisir de travailler et de vivre une si belle expérience : Angèle, Alex, Apolline, Fanny, David, Jérôme, Yohan, Camille ma super coloc, Julie et Lionel, Benoit et Marine, Jean-Pierre et Nabila qui n'ont pas hésiter à m'héberger quand je suis arrivée. Merci à tous, sans vous les souvenirs de Maré n'auraient pas la même saveur.

Mais ces lignes c'est aussi l'occasion de remercier, la famille et les amis, pour leur indéfectible soutien pendant ce long parcours :

A mes parents,

Maman et Papa, vous m'avez soutenue toutes ces années sans jamais faillir, c'est grâce à vous que j'ai pu faire ces études et je ne pourrai jamais assez vous remercier, vous êtes les meilleurs parents qu'on puisse rêver, ce travail il est pour vous, je vous aime très fort.

A Nanou,

Merci pour ton soutien et pour ton aide précieuse avec les tableurs Excel ! Je suis très fière de toi Monsieur Le Chercheur, vivement la tienne, de Thèse !

Merci Joëlle pour ton aide en traduction !

Merci à ma famille, grand-mères, tantes, oncles, cousins et voisins d'enfance, merci pour ceux qui ont pu venir à la soutenance et ceux qui aurait voulu !

A mes amis depuis la Fac,

Axelle, Camille, Candice et Morgan ; Unis depuis le début des études, nous voilà maintenant tous loin, mais vous êtes toujours là pour moi ! Merci pour toutes ses années passées à vos côtés et pour celles en devenir.

Aux rencontres de l'internat :

L'équipe de Marmande, un premier semestre difficile qui restera gravé dans nos mémoires !

Stéphanie, merci pour ces souvenirs pleins de soleils, de vacances et de sushis.

Jen, tu m'as ouvert ta porte au pays basque pour ne jamais la refermer, merci d'être toi et d'être là.

La Team de Nouméa, Héléna, Daniel, Marie, Clotilde, Nicolas, Benjamin et Juliette, merci à tous pour ce beau semestre en votre compagnie !

A Flavie, tu m'as acceptée dans ta coloc sans même me connaitre, tu es devenue une amie sur laquelle on peut compter, merci pour ton soutien et ton brin de folie !

A Sam, il a fallu attendre la fin des études pour te rencontrer, nous avons maintenant toute la vie pour en profiter. Merci mon amour d'être toi, d'être là pour moi et de me soutenir dans cette dernière ligne droite. Je t'aime.

*Tout homme est tiraillé entre deux besoins, le besoin de la Pirogue,*
*c'est-à-dire du voyage, de l'arrachement à soi-même, et le besoin de l'Arbre,*
*c'est à dire de l'enracinement, de l'identité,*
*et les hommes errent constamment entre ces deux besoins en cédant tantôt à l'un, tantôt à l'autre ;*
*jusqu'au jour où ils comprennent que c'est avec l'Arbre qu'on fabrique la Pirogue.*

*Mythe mélanésien de l'île du Vanuatu*

*Avant-Propos :*

Lors de mon semestre d'internat au centre médico-social de Tadine, à Maré, en Nouvelle Calédonie j'ai constaté que beaucoup de patients consultaient pour des furoncles, tant aux consultations médicales, qu'avec les infirmiers pour des pansements.

Avec l'équipe soignante, nous avons cherché à mettre en place une démarche d'éducation à la santé pour prévenir l'apparition des furoncles, et pour apprendre à nos patients à quel moment il était important de consulter un médecin.

Il nous est apparu nécessaire de prendre en compte les croyances de la population locale, la culture kanake étant riche d'une médecine traditionnelle ancestrale, très fortement ancrée dans les esprits et les usages.

ABREVIATIONS

AINS :
Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

CAFAT :
Caisse de Compensation des Prestations Familiales, des Accidents du Travail et de Prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie

CMS :
Centre médico- social (aussi appelé Dispensaire)

INSERM :
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

ISEE :
L'Institut de la Statistique et des Etudes Economiques de Nouvelle Calédonie

PVL :
Leucocidine de Panton-Valentine

RAA :
Rhumatisme Articulaire Aigu

SHA :
Solution Hydroalcoolique

UNESCO :
*The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

# Table des matières


I. Introduction ..... 9
II. Généralités ..... 10
A. Le Lieu ..... 10
1. La Nouvelle Calédonie ..... 10
2. Maré ..... 11
B. La Population ..... 11
C. Le Furoncle ..... 12
1. Définition ..... 12
2. Etiologie et facteurs de risques ..... 13
3. Traitement ..... 13
4. Prévention ..... 14
III. Matériel et méthodes ..... 15
IV. Résultats ..... 16
A. Calcul du nombre de nouveaux cas ..... 16
B. La population ..... 16
C. Description du furoncle motivant la consultation. ..... 17
D. Facteurs favorisants connus d'apparition des furoncles. ..... 18
1. Antécédents ..... 18
2. Hygiène ..... 18
E. Recherche de pratiques délétères ..... 19
F. Utilisation de la médecine traditionnelle ..... 19
V. Discussion ..... 20
A. Analyse des résultats ..... 20
1. L'incidence ..... 20
2. La population ..... 21
3. Les furoncles ..... 22
4. Les facteurs favorisants ..... 23
5. Les pratiques délétères ..... 27
6. Utilisation de la médecine traditionnelle ..... 28
B. Forces et Faiblesses de l'étude ..... 29
C. Axes de Prévention ..... 30
1. Informer la population ..... 30
2. L'hygiène ..... 31
3. Eradication du portage cutané ..... 31
4. Formation des soignants ..... 32

VI. Conclusion ..... 33
VII. Bibliographie ..... 34
VIII. Annexes ..... 38
A. Annexe 1 ..... 38
B. Annexe 2 ..... 39

# I. Introduction

Le furoncle est une infection profonde du follicule pilo-sébacé, lié au staphylocoque doré. Si son évolution est souvent favorable, il peut entrainer des complications, parfois très graves. Des souches de staphylocoque doré productrices de leucocidine de Panton-Valentine (PVL) ont été retrouvées sur le territoire calédonien, touchant particulièrement une population mélanésienne jeune et sans comorbidités. Elles seraient responsables des infections les plus sévères, principalement d'ostéomyélites, de pyomyosites et de pneumopathies. (1)

Le furoncle est un motif de consultation très fréquent aux centres médicaux sociaux de Maré, en Nouvelle Calédonie.

Notre hypothèse de travail est qu'il existe des facteurs favorisants, modifiables, spécifiques à la population de Maré qui expliquent les raisons d'une telle endémie.

Pour les explorer nous nous sommes intéressés aux patients venant consulter pour un furoncle au dispensaire et les avons interrogés sur leurs antécédents, et leurs habitudes de vie.

L'objectif principal de cette étude est de rechercher des facteurs favorisants l'apparition et la complication des furoncles spécifiques à la population de Maré.

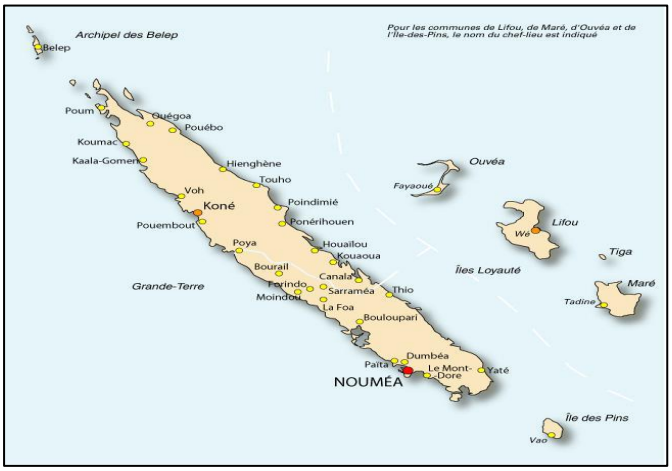
Les objectifs secondaires sont d'estimer l'incidence de cette maladie à Maré et de mettre en place une action de prévention adaptée, en accord avec le mode de vie et les croyances de la population.

# II. Généralités

## A. Le lieu

### 1. La Nouvelle Calédonie

La Nouvelle Calédonie est un archipel d'outre-mer, situé à l'est des côtes australiennes, dans le pacifique sud. Elle est constituée d'une ile principale, la Grande Terre, une chaine de massif montagneux de 400km de long pour 50km de large, les quatre îles Loyauté (Ouvéa, Lifou, Tiga et Maré), l'archipel des îles Belep, l'île des Pins et quelques îlots lointains. Les îles sont entourées d'un lagon, classé depuis 2008 au patrimoine mondial de l'UNESCO. Le climat est dit « tropical océanique » tempéré et ensoleillé toute l'année, avec une saison plus chaude et humide de novembre à avril. (2)




Elle est découverte par les européens en 1774 par James Cook et devient française à partir du 24 septembre 1853. Initialement, elle était utilisée comme bagne, jusqu'en 1897. Depuis les accords de Nouméa en 1998, la Nouvelle Calédonie dispose d'une forme d'autonomie unique, avec un gouvernement, une monnaie locale (le Franc CFP), et une citoyenneté calédonienne. (3) En 2018, un referendum aura lieu pour proposer l'indépendance totale de la Calédonie. (4)

Administrativement, le territoire est divisé en trois provinces (Nord, Sud et Iles). Ces provinces sont des collectivités qui disposent d'un champ d'action conséquent. Ce sont elles qui sont chargées notamment de l'enseignement primaire, des actions sanitaires et sociales, de l'aide médicale gratuite, et des centres médico-sociaux. Ces provinces ne sont pas égales en poids et en financement. Les possibilités de soins sont différentes pour les patients bénéficiant de l'aide médicale en fonction de leur province d'origine (par exemple les soins en clinique ne sont pas pris en charge par l'aide médicale des îles). (5)

En effet la Calédonie dispose de son propre système de sécurité sociale. L'aide médicale est une aide sociale, destinée aux patients économiquement faibles, permettant d'accéder aux soins sans avance de frais (tiers payant). Pour les patients qui peuvent cotiser, (salariés ou libéral) la protection sociale est gérée par la CAFAT (Caisse de Compensation des Prestations Familiales, des Accidents du Travail et de Prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie). C'est un organisme qui gère à la fois la santé mais aussi le chômage, la retraite et les allocations familiales. Il s'agit d'un organisme privé chargé d'une mission de service public. Elle ne prend pas en charge en tiers payant et propose un remboursement partiel des soins, pouvant nécessiter une mutuelle complémentaire. (6)

## 2. Maré

Maré (*Nengone*) est l'une des quatre Îles Loyauté, d'une surface de 614 km², elle est considérée comme la plus secrète et coutumière, le tourisme y est peu développé, son économie principale étant l'agriculture et la pêche artisanale. Elle est reliée à Nouméa et à Lifou par avion ou par bateau. (7)

Il y a deux centres médicaux-sociaux (CMS) aussi appelés dispensaires ; l'un à Tadine l'autre à La Roche. Chacun d'eux possède des structures permettant les consultations et l'hospitalisation, ainsi que du matériel permettant de faire de la réanimation, et des radiographies. Le personnel comprend, une aide-soignante, six infirmiers, deux sages-femmes, un dentiste, une kinésithérapeute et trois médecins qui travaillent en étroite collaboration. Des intervenants venant ponctuellement de Nouméa sont également accueillis, tels qu'une orthophoniste, une diététicienne, un cardiologue, et un gynécologue. Il existe également un centre de dialyse de proximité, à Tadine. La seule pharmacie de l'île étant située à Tadine, chaque dispensaire dispose d'une petite pharmacie interne gérée par les soignants. Il existe un système de navette privé et payant qui permet aux patients n'ayant pas de véhicule mais vivant loin des dispensaires de venir consulter. Les équipes avaient mis en place également des visites en tribu, par une infirmière à temps plein, avec un passage médical hebdomadaire, néanmoins faute de moyens financiers, le projet a été annulé début 2016.

*Le dispensaire de Tadine*

# B. La population

En 2014 l'institut de la statistique et des études économiques de Nouvelle Calédonie (ISEE) recense 5648 habitants dont plus de la moitié ont moins de 30 ans. Il y a autant d'hommes que de femmes sur l'île. (8)

*Démographie (source ISEE recensement 2014)*

| **Ensemble** | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 à 9 ans | 10 à 19 ans | 20 à 29 ans | 30 à 39 ans | 40 à 49 ans | 50 à 59 ans | 60 à 69 ans | 70 à 79 ans | 80 ans et + | **Total** |
| 1 094 | 1 054 | 786 | 767 | 625 | 584 | 485 | 184 | 69 | **5 648** |

La grande majorité de la population locale est d'origine kanak, quelques expatriés travaillent dans les écoles, dispensaires et gendarmerie. Au niveau coutumier Maré est divisée en 8 districts, pour 28 tribus. Chaque district est régi par un grand chef, autorité coutumière, régalienne, transmise de père en fils, il détient l'autorité morale sur ses sujets.

Ses habitants parlent une langue qui leur est propre, le *Nengone*. Les enfants apprennent le français lors de l'entrée en primaire et la plupart des habitants sont bilingues.

Le recours à la médecine traditionnelle *Nengone* est difficile à déceler pour un observateur extérieur car cette médecine repose sur des savoirs gardés secrets et est de moins en moins utilisée depuis l'introduction de la médecine occidentale sur l'île. (9)

Elle repose sur deux grandes pratiques ; la première est magique et taboue, elle dépend des rêves et des guérisseurs, la deuxième est familiale et implique un savoir collectif en phytothérapie. (9)

La maladie (*uedre*) est vécue comme une rupture d'équilibre (conflit social ou relationnel, violation d'un tabou ou déséquilibre des températures). La maladie et son traitement font intervenir le monde spirituel. Dans le système traditionnel, le guérisseur tient une place très particulière car il intervient dans le règlement des conflits. Il détient un don de voyance et est capable de voir ce qui est à l'origine du mal. (9)

Parallèlement aux guérisseurs, une multitude de personnes se disent propriétaires de remèdes visant à soigner certaines maladies. Les connaissances sont intrafamiliales et le remède est secret. Le traitement perd toute efficacité s'il est utilisé par une autre personne ou divulgué. (9)

La plupart des remèdes sont issus de plantes, utilisées fraiches sans méthode de conservation. Elles peuvent être utilisées crue, macérée (eau froide ou eau de mer), en infusion ou en décoction. Pour une application locale, la plante peut être passée à la flamme pour être assouplie ou mâchée puis crachée sur la zone malade. (9)

## C. Le furoncle

### 1. Définition

Un furoncle est un abcès cutané, il correspond à une infection profonde du follicule pilosébacé. Il se situe le plus souvent sur le dos, les épaules, la nuque, les cuisses et les fesses. Son évolution est favorable la plupart du temps, et passe par une première phase de nécrose locale puis une évacuation du bourbillon. Les principales complications sont le passage à la chronicité (furonculose), une staphylococcie maligne du visage avec thrombophlébite du sinus caverneux (manipulation d'un furoncle centro-facial), rarement il permet une porte d'entrée sur une septicémie. (10)

La furonculose est la répétition d'épisodes de furoncles sur plusieurs mois. (10)

L'anthrax est un agglomérat de furoncles, réalisant un placard inflammatoire hyperalgique parsemé de pustules (avec parfois des fusées purulentes sous-jacentes). Il s'agit le plus souvent de l'évolution d'un furoncle manipulé mais il peut être d'emblée présent. Les signes généraux sont fièvre et adénopathies régionales. Ses sièges électifs sont le cou et le haut du dos. (10)

*Furoncles, évacuation du bourbillon*

## 2. Etiologie et facteurs de risques

Il est principalement dû au staphylocoque doré. (*Staphylococcus Aureus*), bactérie ubiquitaire dont le réservoir est principalement l'homme. Cette bactérie colonise facilement l'homme, au niveau de la muqueuse des fosses nasales antérieures (environ un tiers des sujets sont porteurs asymptomatiques), mais aussi fréquemment au niveau de la région axillaire, de la gorge, du périnée, du vagin, du rectum ou des lésions cutanées chroniques. (11) La colonisation nasale constitue un facteur de risque important de survenue d'une infection cutanée à répétition car ce type d'infection est auto-inoculable et non immunisante (10,12).

La colonisation est également une source potentielle de diffusion dans la population (13). Le germe peut se transmettre via un objet contaminé, mais un contact cutané de personne à personne avec un individu porteur d'une infection cutanée non ou mal protégée représente le mode de transmission prépondérant. La promiscuité constitue ainsi un environnement favorable expliquant la survenue fréquente de cas groupés d'infections cutanées à staphylocoque doré en milieu familial (14,15).

Les circonstances favorisantes connues de développer un furoncle sont le diabète, l'immunodépression, la carence martiale, une peau atopique, la dialyse, l'alcoolisme, et la présence d'une néoplasie. (10)

Localement, la macération dans un milieu humide et chaud est un facteur favorisant. (10)

On note également que la disparition de la couche de sébum protectrice (utilisation abusive des détergents), et la disparition de la flore commensale cutanée (usage abusif des antiseptiques locaux) favoriserait l'apparition des abcès cutanés. (10)

## 3. Traitement

Il ne faut pas manipuler ou inciser un furoncle, au risque de provoquer une dissémination des germes. (10) Il n'y pas d'intérêt à appliquer des antibiotiques ou des antiseptiques locaux (16). Les soins se résument à un lavage soigneux à l'eau et au savon (le savon décolle les bactéries, le rinçage les élimine) (16), suivi d'une protection par un pansement simple (10). Les antibiotiques *per os* sont à proscrire, sauf si le patient présente des facteurs de risques de complications (immunodépression, furoncle centro-facial) ou des signes généraux associés. (10)

## 4. Prévention

### *a) Pour éviter de développer un furoncle*

La prévention des furoncles passe par une hygiène rigoureuse. Il faut se laver les mains fréquemment, à l'eau et au savon ou à l'aide d'une solution hydroalcoolique et porter les ongles courts. (17,18)

La toilette du corps doit être quotidienne, de préférence avec un savon surgras et un rinçage soigneux et il est préférable d'éviter les vêtements qui engendrent des frottements. (17,18)

En cas de plaie, coupure ou lésions d'eczéma, il faut nettoyer soigneusement et protéger avec un pansement stérile. (17,18)

### *b) Pour éviter la dissémination en cas de furoncle*

Lorsqu'un furoncle se développe, pour éviter sa dissémination ou sa transmission à une autre personne, il faut poursuivre les règles d'hygiène citées précédemment (lavage des mains, hygiène du corps, protection des plaies par un pansement). Il faut également éviter de toucher ou gratter les lésions et jeter immédiatement à la poubelle les compresses utilisées pour le nettoyage des plaies. (17)

Il faut laver à haute température les tissus ayant été en contact avec le furoncle (90°C). Utiliser des vêtements et sous-vêtements personnels, en coton, propre et amples et ne pas partager les serviettes de toilette. (17,18)

Pour éviter toute transmission, il faut éviter les bains communs (piscine, sauna) et les sports de contact. De plus il faut le déclarer à la médecine du travail en cas de contact avec des produits alimentaires. (17)

### *c) En cas de furonculose*

Lors d'infections récidivantes, il faut détecter et décontaminer des gîtes de portage du staphylocoque doré. (10,18)

En cas de persistance malgré la décontamination du patient, il est possible de prélever et traiter les gîtes de contamination des proches. (10,16,18) Pour les formes hautement récidivantes on peut mettre en place une antibiothérapie *per os* 10 jours par mois en systématique. (10)

Le traitement des gîtes bactériens se fait par désinfection locale. En cas de portage uniquement nasal, la mupirocine est indiquée. (16,18,19). Si le portage concerne d'autres zones corporelles, on conseille l'application d'acide fusidique *(*16). Le traitement se fait sur un mode séquentiel, par cure de 5 à 7 jours tous les mois, à raison de 2 applications par jour. (16). Il est associé également par une désinfection pharyngée (bain de bouche à la chlorhexidine) et une toilette quotidienne du corps avec un savon antiseptique à la chlorhexidine. (18)

# III. Matériel et méthodes

Notre étude est une enquête épidémiologique, observationnelle, prospective transversale et descriptive de la population de Maré.

Nos critères d'inclusions étaient que le patient vienne consulter pour un ou des furoncles au centre médico-social et que ce soit la consultation initiale.

Les critères d'exclusions retenus étaient que le patient ait déjà des soins en cours pour un furoncle, la présence d'un corps étranger dans la plaie et le refus du patient de participer à l'étude.

Le recrutement a été réalisé dans les deux centres médico-sociaux de Tadine et La Roche du 25 janvier au 31 mars 2016.

Des questionnaires (Cf. annexe 1) étaient disponibles sur le serveur interne de l'établissement. Ils ont été remplis lors des consultations par le soignant qui prenait en charge le patient (médecin ou infirmier).

Les évaluateurs ont été formés lors d'une réunion d'information auprès de l'équipe soignante (médecins et infirmiers). Les informations relatives à l'objectif de la thèse, les critères d'inclusion et d'exclusion ont été données. Les modalités pratiques de remplissage du questionnaire ont été expliquées (où trouver le formulaire et comment de remplir).

Des affiches de rappel ont également été placées dans chaque salle de soins.

Le questionnaire permettait d'explorer plusieurs variables :

- Calcul du nombre de nouveaux cas pendant la période étudiée.
- Analyse de la population sur le plan sociodémographique et recherche des difficultés d'accès aux soins.
- Description du furoncle motivant la consultation.
- Recherche de facteurs favorisants connus d'apparition des furoncles.
    - Antécédents médicaux
    - Hygiène
- Recherche de pratiques délétères
- Evaluation de l'utilisation de la médecine traditionnelle

Les données recueillies dans les questionnaires ont été compilées sous forme de classeur Excel, ce qui a permis de dégager des statistiques descriptives exprimées en pourcentages.

D'un point de vue éthique, il n'y a pas eu de distinction d'ethnie lors du recueil de données, conformément à la loi « informatique et liberté ». Les questionnaires étaient anonymes mais ont été enregistrés sur le serveur commun sous le nom du patient, pour éviter les doublons.

Ces données ont été complétées *a posteriori* par des entretiens semi-dirigés anonymes auprès de 11 patients. (*Cf.* Trame d'entretien *:* annexe 2). Le but était de comprendre la représentation de la maladie par les patients, d'évaluer leurs connaissances et leurs pratiques. J'ai interrogé et enregistré ces patients à la fin de leur consultation. Les interrogatoires se sont déroulés pendant une semaine, jusqu'à redondance des informations. Ces résultats n'ont pas été analysés, afin de conserver la clarté de la première étude, mais des éléments éclairants sont cités dans la discussion.

# IV. Résultats

## A. Calcul du nombre de nouveaux cas

Soixante et onze questionnaires ont été recueillis au dispensaire de Tadine du 25 janvier au 31 mars 2016.

Aucun résultat n'a pu être collecté au dispensaire de La Roche sur la même période.

Un patient a refusé de répondre au questionnaire à Tadine.

- L'incidence sur 67 jours, correspond à 71 cas pour 5648 habitants.
- Soit 6834 nouveaux cas par an pour 100 000 personnes.

Pour 35% des patients venus consulter, il s'agissait de leur premier furoncle.

## B. La population

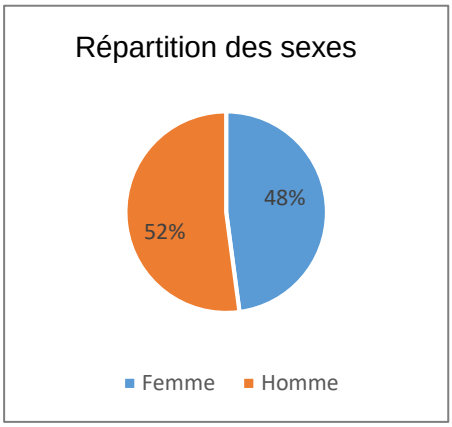



*Figure 1*

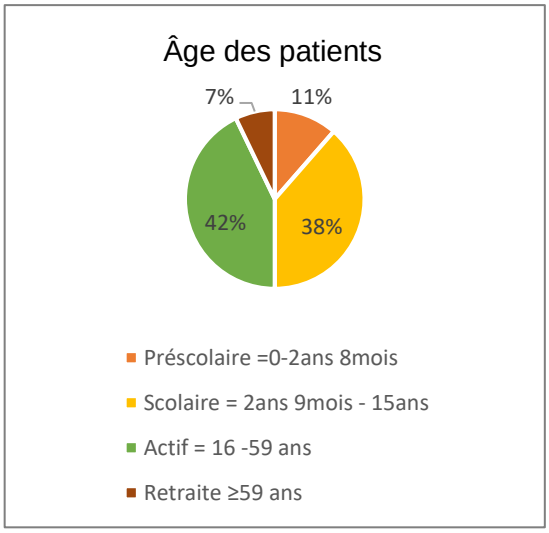



*Figure 2*

La répartition par genre montre que 48% des consultants étaient des femmes pour 52% d'hommes. (Cf. figure 1)

Les enfants de moins de 16 ans représentent 49% des consultants, et les retraités 7% (Cf. figure 2).

A la question de la profession, 72% n'en n'ont pas déclaré.

63% des patients ont déclaré avoir un véhicule au sein de la famille.

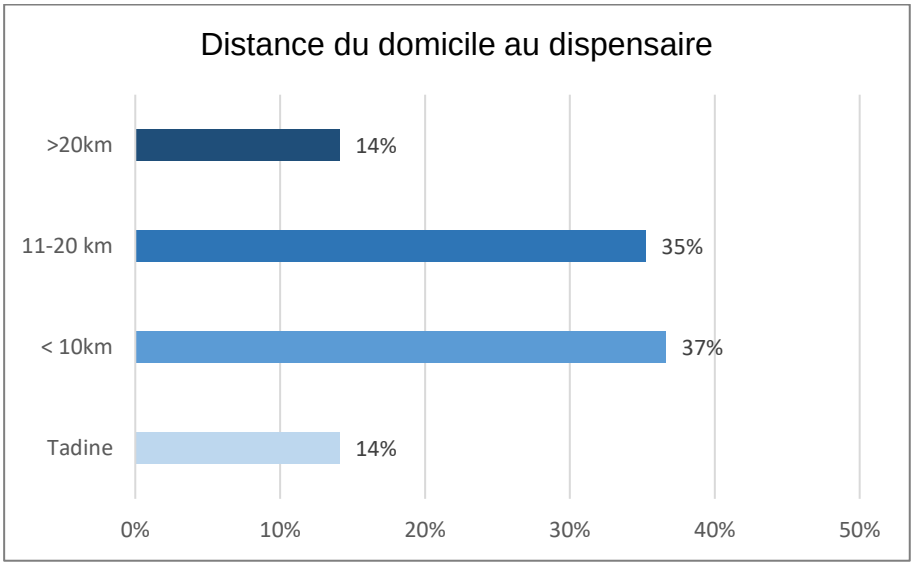



*Figure 3*

86% des patients n'habitaient pas à Tadine, et 14% étaient à plus de 20km du dispensaire. (Cf. figure 3)

## C. Description du furoncle motivant la consultation.

Les patients sont venus consulter au dispensaire pendant la première semaine d'apparition du furoncle dans 73 % des cas.

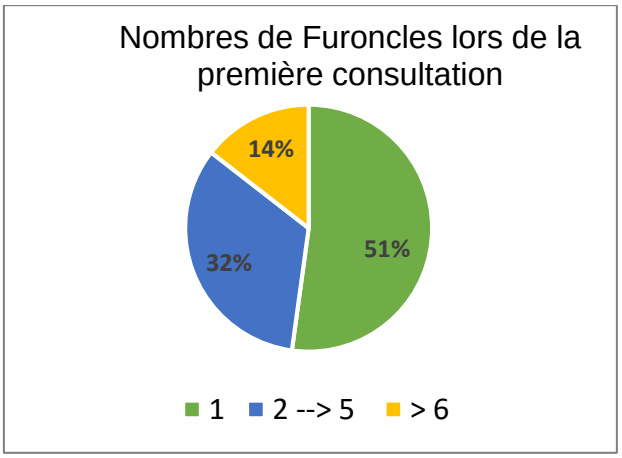



*Figure 4*

49% des patients ont consulté pour plus d'un furoncle (Cf. figure 4)

Lors de cette première consultation, le furoncle était fermé dans 48% des cas et 18% présentaient un anthrax.

Dans 69% des cas, le ou les furoncles se situaient sur le corps.

Aucun prélèvement, local ou de recherche de portage de staphylocoque doré n'a été effectué sur cette série de patients.

## D. Facteurs favorisants connus d'apparition des furoncles.

### 1. Antécédents

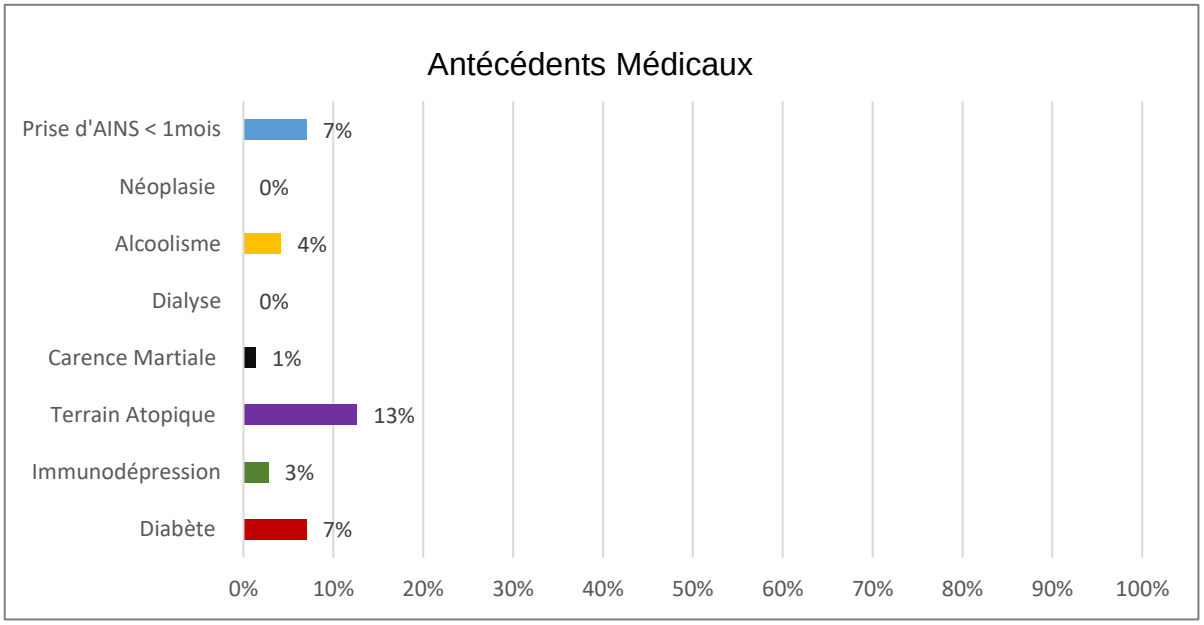



*Figure 5*

Aucun des patients consultants n'étaient traités pour un cancer ou une dialyse. 13% des patients présentaient un terrain atopique (eczéma), 7% étaient diabétiques et 7% ont déclaré une prise d'AINS dans le mois précédent la consultation. (Cf. figure 5)

### 2. Hygiène

94% des interrogés ont déclaré posséder l'eau courante, et 68% se douchent plus d'une fois par jour.

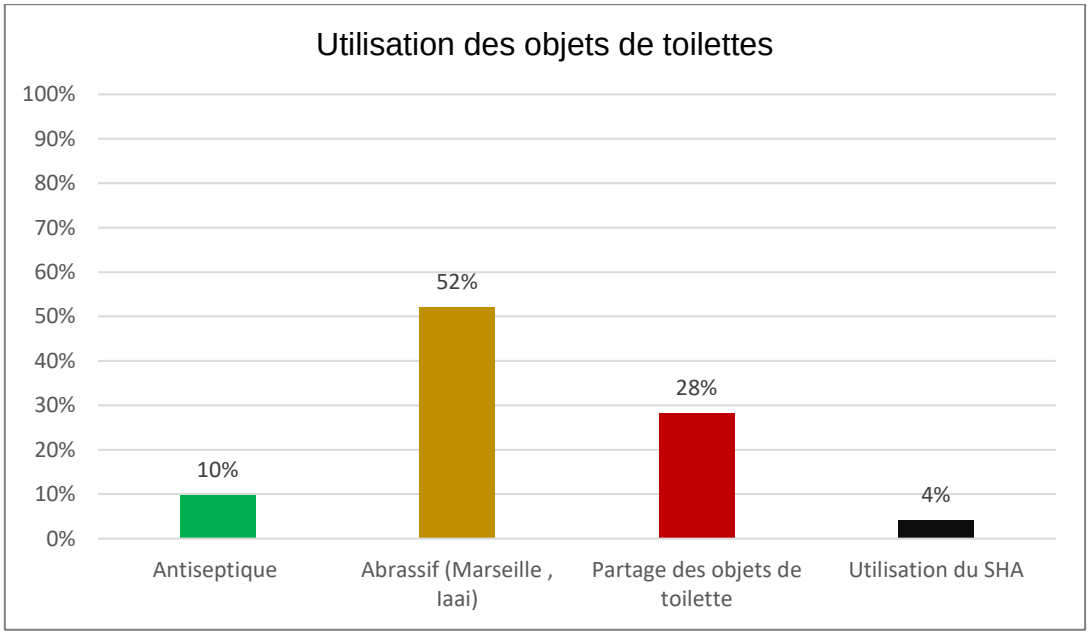



*Figure 6*

Lors de la douche, un savon antiseptique était utilisé dans 10% des cas, et un savon abrasif dans 52% des cas. Les objets de toilette étaient partagés dans 28% des cas. 4% des interrogés ont utilisé la solution hydroalcoolique (SHA). (Cf. figure 6)

Dans 72% des cas on observe une tendance familiale aux furoncles.

## E. Recherche de pratiques délétères

48% des sondés ont déclaré avoir manipulé le furoncle avant la consultation.

## F. Utilisation de la médecine traditionnelle

Parmi les 34% qui ont utilisé en premier lieu la médecine traditionnelle kanak, l'objectif était dans 71% des cas de faire mûrir le furoncle et en utilisant un traitement local dans 79% des cas.

L'utilisation des bains de mer concerne 39% des patients.

# V. Discussion

## A. Analyse des résultats

### 1. L'incidence

Cette étude nous montre qu'il y avait plus d'une consultation par jour pour un nouveau furoncle aux dispensaires, avec 71 nouveaux cas en 67 jours, dont 35% de nouveaux cas. Cela nous montre que le furoncle est un problème de santé publique à Maré.

L'observatoire de médecine générale (20), qui fournit des données épidémiologiques sur les pathologies prises en charge en ville, reporte pour 2009, 127 consultations pour furoncle ou anthrax, soit une moyenne de 2,5 patients par an et par médecin généraliste en France.

On peut estimer que l'incidence calédonienne est sous-évaluée par des biais de recrutement :

- Toutes les personnes qui ont un furoncle ne viennent pas forcément se faire soigner au dispensaire
- Tous les patients qui auraient pu correspondre au critère d'inclusion n'ont pas forcément été inclus (multiples évaluateurs, avec une implication variable)

Mais le biais de recrutement le plus important vient du fait qu'aucun questionnaire n'ait été rempli au centre médico-social de La Roche.

Cette étude avait pour force de pouvoir analyser la population d'une île complète, en ayant des résultats qui viennent des deux seuls centres d'accès au soin.

A Tadine l'étude a bénéficié d'une bonne acceptabilité de la part des soignants et des patients sur la durée et la méthode de recueil (il n'y a eu qu'un seul refus à participer à l'étude).

On peut expliquer le manque d'implication de l'équipe de La Roche par l'éloignement géographique. En effet j'étais localisée à Tadine, soit à 20km et sans moyen de transport à cette période. Même si les soignants étaient d'accord initialement et ont reçu la même réunion d'information, je ne faisais pas partie de l'équipe. De plus il existe une ancienne rivalité Tadine – La Roche entre les tribus, qui a abouti à de sanglants affrontements en 2011 (21), et qui se ressent même à travers les équipes des deux dispensaires qui se mélangent peu.

De plus, si ce chiffre nous indique une incidence de la maladie, il n'est pas représentatif du nombre de consultations pour furoncle par jour. En effet les patients qui consultaient étaient ensuite suivis pour des pansements, le plus souvent à refaire tous les deux jours, et les soins pouvaient s'étaler sur une à deux semaines.

Il est difficile d'extrapoler les résultats obtenus sur une année complète. En effet, la période de recueil correspond aux conditions climatiques les plus chaudes et humides de l'année (saison cyclonique, de mi-novembre à mi-avril), qui sont des facteurs favorisants connus d'infection cutanée.

## 2. La population

La répartition par genre est homogène sur notre échantillon, ce qui correspond aux données de la littérature, en effet le sexe n'est pas connu comme étant un facteur favorisant. (20,22)

Les furoncles touchent les patients de toutes les tranches d'âge, on peut le rapporter à la nature non immunisante de cette infection.

Les enfants de moins de 16 ans représentent à eux seuls 49% des consultations. Mais parmi les enfants qui ont consulté, 78% sont scolarisés. En milieu scolaire, le risque d'une transmission par contact direct entre les élèves est élevé, notamment lorsqu'ils mènent des activités en commun. De plus, les surfaces inertes présentes dans leur environnement immédiat (tables de classe, poignées de porte, rampes d'escalier, souris et claviers d'ordinateur, équipements sportifs…) peuvent servir de réservoir et entretenir la transmission des souches de staphylocoques dorés. (22)

La population de plus de 60 ans est peu représentée mais est également la moins nombreuse de l'île (13% de la population totale de l'île a plus de 60 ans). (8)

On peut émettre l'hypothèse que la décroissance des consultations en fonction de l'âge est liée à la maladie en elle-même. Sur Maré, le furoncle se nomme *wauedre,* la petite maladie. C'est une pathologie fréquente, considérée comme peu grave pour la population qui ne consulte pas systématiquement pour ça. (9) On peut penser que les adultes en bonne santé ne vont pas forcément aller consulter au dispensaire pour un furoncle, mais qu'à l'inverse les parents vont y amener leurs enfants, plus fragiles.

La distance est également un frein pour venir en consultation. Notre étude montre que 86% des patients venus consulter n'habitent pas à Tadine. Les transports en commun publics n'existent pas sur l'île, il existe un système de navette payante (1000CFP soit environ 8,40€ pour un aller-retour) mais si elle amène les patients aux premières heures de consultation, (7h) elle repart le matin vers 10h, et il n'est pas rare de voir repartir des patients qui n'ont pas encore pu bénéficier d'une consultation.

Même si 69% ont déclaré qu'un membre de leur famille possède une voiture, beaucoup viennent à pied ou en navette. En effet le terme famille a un sens plus élargi qu'en métropole. Les apparentés peuvent être oncles cousins ou grand parents, la possession d'un véhicule dans le cercle familial peut concerner beaucoup de personnes. La possibilité d'y avoir accès pour une personne spécifiquement, aux heures d'ouverture des consultations est réduite.

Il n'est pas possible d'interpréter les chiffres liés à la profession, 49% des patients étaient des enfants et parmi ceux qui ont déclaré travailler, plusieurs ont dit être agriculteur. Or le travail aux champs fait partie intégrante de la culture kanake et n'est pas un indicateur économique car il ne produit pas de revenu substantiel.

Il aurait été intéressant de connaitre le niveau socio-économique des patients touchés par les furoncles, car par exemple pour la cardiopathie rhumatismale liée au streptocoque (RAA) il a été démontré qu'un niveau socio-économique bas était un facteur favorisant en Nouvelle Calédonie. (23) Le régime de sécurité sociale affilié aurait pu être un meilleur indicateur.

## 3. Les furoncles

Les patients qui ont choisi de venir consulter au centre médico- social pour un furoncle venaient dans la majorité des cas lors de la première semaine d'évolution. Le dispensaire est un lieu de soin bien accepté par la population locale, qui trouve un intérêt à la médecine occidentale.

Les patients consultaient autant pour un seul que pour plusieurs furoncles (51 vs. 49%). Lors de la première consultation, dans 48% des cas le furoncle était encore fermé, il n'y avait donc pas de soins spécifiques à faire, à part la mise en place d'un pansement protecteur. A *contrario*, pour 18% des consultations, le furoncle était déjà au stade d'anthrax, une consultation plus précoce aurait peut-être pu limiter son évolution.

Une localisation au visage, la plus dangereuse, qui comporte le risque de staphylococcie maligne du visage avec thrombophlébite du sinus caverneux ne motivait la consultation que dans 31% des cas.

On peut s'interroger sur les raisons qui poussent le patient à consulter, plutôt que de se soigner seul, et les connaissances de la population de cette maladie.

Il nous a été possible de poser des questions à plusieurs patients lors des consultations. Ces interrogatoires ont concerné 11 patients adultes. Si les réponses sont loin d'être exhaustives, elles permettent de nous orienter sur un mode de pensée qui nous est étranger.

Le furoncle est décrit comme une masse rouge et douloureuse, qui pousse sur la peau puis qui déverse du pus. Les motifs de consultation qui reviennent, sont la douleur et la mauvaise évolution. Il n'y a pas de consensus sur le stade de maturation du furoncle, certains préfèrent venir au début, lorsque la masse est douloureuse, d'autres vont attendre l'évacuation du pus pour faire les pansements.

L'origine des furoncles serait liée à une mauvaise alimentation, trop riche et trop sucrée. Les toxines s'accumulent et sortent par la peau. On peut les éviter en pratiquant régulièrement une purge (remède à base d'eau de mer et de plantes).

Peu en ont parlé mais il existe d'autres croyances, plus cachées. Les anciens pensent que les furoncles sortent de la peau lorsque l'igname sort de terre. L'igname est la plante alimentaire de base de la société de *Nengone.* C'est un tubercule considéré comme sacré. Sa culture rythme toutes les activités de l'année et est un pivot des relations sociales, notamment via la « coutume ». Il représente la richesse de la tribu, les pousses étant transmisses de génération en génération. Chaque famille se doit d'en posséder un champ. On la plante d'aout à octobre pour une récolte à partir de février / mars (période de la fête de l'Igname), la période de pousse correspond à la saison chaude et humide de la Nouvelle Calédonie. (9)

*Ignames*

De plus, les furoncles peuvent venir d'un sort. Il existe des « rochers à furoncles » qui permettent d'emboucaner les gens (jeter un sort). Au nord de l'île, près de la tribu de Tenane, une pierre à cette fonction *hna ato wauedre* (à l'endroit où on pose le furoncle) sur laquelle on place un petit caillou entouré d'une feuille, en prononçant le nom de la personne à qui on veut déclencher un furoncle. (9)

Ce qui ressort de ces interrogatoires c'est qu'il y a une méconnaissance de la nature bactérienne de cette maladie, et de ses critères de gravités. Il n'y a pas de notion de contagiosité, et donc de transmission interhumaine du staphylocoque doré.

Lors de notre étude, aucun résultat de prélèvement n'a été obtenu. Cela correspond à la pratique réelle dans le dispensaire. Dans la majorité des cas, le prélèvement n'aide ni au diagnostic de furoncle ni à son traitement.

On peut se poser la question de l'intérêt de tels prélèvements :

- Un prélèvement local aurait pu permettre d'identifier la bactérie responsable et d'obtenir un antibiogramme en cas de nécessité de mise en place d'antibiothérapie *per os.*

- Une recherche de portage narinaire de staphylocoque permettrait la mise en place d'une décontamination en cas de furonculose.

Il aurait été intéressant d'un point de vue épidémiologique de connaitre la fréquence des souches de staphylocoques doré porteurs de la leucocidine de Panton- Valentine (PVL), mais il aurait fallu prélever systématiquement nos patients et une telle démarche représenterait un coût important, et cela ne faisait pas partie de notre étude.

En effet la Nouvelle Calédonie est particulièrement touchée par ses souches de staphylocoques PVL, avec une prévalence estimée à 58% des infections sévères à staphylocoques doré en 2010. (1) Le staphylocoque doré PVL + est particulièrement responsable des furoncles et abcès sur peau saine. Ces infections cutanées sont souvent nécrosantes, responsables de douleurs et d'érythème disproportionné par rapport à l'apparente bénignité des lésions et sont le plus souvent récurrentes. (1,22)

## 4. Les facteurs favorisants

### a. Les antécédents médicaux

Les antécédents médicaux cumulés représentent 35% des patients. Ce qui signifie que 65% des patients qui ont consulté pour un furoncle ne présentent pas d'antécédent connu pour le favoriser.

- *Anti-inflammatoires non stéroïdien*

7% des consultants déclarent avoir consommés des AINS dans le mois qui précède l'infection cutanée. Ces résultats sont soumis au biais de mémorisation des patients. En effet ces médicaments sont en vente libre en pharmacie, ce qui pose le problème de l'automédication, de plus il n'est pas certain que les patients connaissent la classe thérapeutique d'un médicament fréquemment utilisé comme antalgique voire antipyrétique.

De nombreuses observations rapportent que la prise d'AINS pourrait être un facteur de risque possible de l'évolution d'une infection bactérienne vers une forme invasive ou choc septique avec défaillance multiple d'organes. (24,25,26) A ce jour aucune étude n'a confirmé ce risque de façon certaine et par conséquent, aucune contre-indication n'est mentionnée dans les monographies de cette classe thérapeutique. (27)

- *Néoplasie*

Aucun des patients consultants pour furoncle n'a de cancer en cours. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il n'est pas possible d'effectuer les soins nécessaires sur l'ile de Maré. Les prises en charges chirurgicales et les soins de chimiothérapie se déroulent à Nouméa voire en Australie, et il n'y avait pas, au moment de l'étude, de centre de radiothérapie sur le territoire.

- *Alcoolisme*

On peut facilement estimer que le chiffre de 4% est peu interprétable dans notre étude. En premier lieu près de la moitié des interrogés sont des enfants, donc en théorie non exposés. Ensuite il y a clairement un biais de mesure, les patients peuvent ne pas répondre favorablement à une question considérée comme gênante. L'alcoolisme est rarement considéré comme une maladie par les patients et les limites entre une consommation modérée et excessive sont assez floues.

Selon les enquêtes, 26% à 30% de la population adulte de Nouvelle-Calédonie a une consommation nocive, responsable de complications sociales ou sanitaires. (28) Sur le territoire des lois limitent l'achat d'alcool certains jours de la semaine. (29)

- *Dialyse*

Aucun patient dialysé ne fait partie de notre étude. Treize patients étaient dialysés au centre de proximité de Tadine, au moment de l'étude. Il aurait certainement fallu une période d'observation plus longue pour réussir à obtenir des résultats plus probants.

- *Carence martiale*

Seuls 1% des patients qui ont consulté ont déclaré avoir une carence martiale. Il peut également ici y avoir un biais de mémorisation de la part des patients. De plus pour avoir connaissance d'une carence, il faut l'avoir recherchée au préalable.

La carence en fer est le trouble nutritionnel le plus commun et le plus répandu dans le monde, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 2 milliards de personnes – soit plus de 30% de la population mondiale – souffrent d'anémie, principalement en raison d'une carence en fer. (30)

La carence martiale peut être responsable de troubles trophiques des phanères (31) mais la relation entre un manque de fer et les furoncles n'est pas encore prouvée. (32)

- *Terrain atopique*

13% des patients ont déclaré avoir un terrain atopique soit de l'eczéma. C'est le facteur favorisant le plus retrouvé parmi les antécédents de notre étude. L'eczéma atopique touche majoritairement les enfants (33) or 49% des sujets de notre étude avaient moins de 16 ans. On peut tout de même mettre en évidence un biais lié au mode d'évaluation, car l'eczéma n'est pas forcément atopique et c'est un terme qui peut être mal compris par les patients.

Néanmoins l'eczéma atopique est connu pour être associé à la colonisation par staphylocoque doré, (33,34,35) bactérie elle-même responsable d'infections telles que les furoncles.

- *Immunodépression*

La question immunodépression comporte comme indicateur de remplissage les mentions : chimiothérapie, cirrhose, SIDA, greffe, corticoïdes au long cours. 3% des patients ont répondu favorablement à cet item.

Si les infections sexuellement transmissibles ont une forte prévalence sur le territoire (36) il y avait en 2016, 250 personnes vivant avec le SIDA en Nouvelle Calédonie. (37)

- *Diabète*

Dans notre étude, 7% des patients présentent un diabète. Comme le diabète touche majoritairement les adultes, ce chiffre nous montre un facteur favorisant à prendre en compte. On peut raisonnablement avancer qu'il n'y a pas de biais de mémorisation important, les patients qui ont un diabète sont généralement suivis et sont au courant de leur maladie. Cependant il faut que le diabète ait été dépisté.

Le diabète est connu pour être un facteur favorisant d'infection. Cette sensibilité aux infections serait liée à une sous-représentation et une diminution d'efficacité de lymphocytes *natural killer* (NK), un sous-type de lymphocytes impliqué dans l'élimination des agents infectieux et des cellules tumorales. Par ailleurs, il est apparu que plus la glycémie est élevée, plus la quantité de ces cellules immunitaires est diminuée, suggérant un lien de cause à effet entre la maladie et l'altération du système immunitaire. (38)

Le diabète est un problème de santé publique en Nouvelle Calédonie. L'étude INSERM réalisée sur 9390 sujets en 1992-94 sur l'ensemble du territoire a permis d'estimer la prévalence du diabète à 10,2 % dans la classe d'âge 30-60 ans, dont 8,4% de mélanésiens. (39)

Au 31 décembre 2011, la CAFAT dénombrait 11 098 personnes prises en charge en longue maladie pour pathologie diabétique. (40) Mais la Fédération Internationale du Diabète estime qu'à peu près un tiers des patients ignorerait son état en Nouvelle-Calédonie. (41)

b. L'hygiène

- *L'eau courante*

L'eau courante est largement répandue à Maré, 94% des patients ont déclaré y avoir accès. Elle est considérée comme buvable mais non potable. Il n'y a pas de nappe phréatique, mais une lentille d'eau douce flottant dans l'océan, sous l'île, qui est pompée à travers le massif corallien pour être mise à disposition. (42)

- *Les douches*

La grande majorité des patients (68%) a déclaré prendre au moins 2 douches par jour. La période de l'étude correspond au moment de l'année le plus chaud et le plus humide, ce qui peut expliquer ces résultats. Ce chiffre va à l'encontre de l'*a priori* des soignants sur l'hygiène locale. On peut s'interroger sur sa fiabilité. En effet les soignants qui ont rempli le questionnaire ont reporté avoir été gênés de poser la question, ils avaient l'impression d'émettre un jugement. On peut avancer l'hypothèse que le patient donnait la réponse qu'il pensait attendue par le soignant.

Pour le savon, 10% utilisent régulièrement un savon antiseptique et plus de la moitié (52%) utilise régulièrement des savons abrasifs de type savon de Marseille ou savon Iaaï (savon local à base de coco fabriqué à Ouvéa). L'hypothèse principale d'une telle utilisation est d'ordre économique. En effet les savons antiseptiques type Cytéal© prisés par la population avaient l'avantage d'être pris en charge financièrement par la caisse de sécurité sociale (aide médicale ou CAFAT). Le savon de Marseille était le savon le moins cher et revenait a moins de 100CFP (0,84€) par savonnette, contrairement à un gel douche (entre 600 et 800CFP soit 5 à 6,70€).

L'hyper hygiène pourrait être un facteur de risque d'apparition des furoncles, par élimination du film hydrolipidique et bactérien protecteur. Suite au lavage, les communautés bactériennes se rétablissent rapidement (43). Une limitation du nombre de lavage n'augmente pas le taux de bactéries pathogènes de la flore commensale cutanée. (44) A l'opposé une fréquence excessive de lavage peut avoir un effet négatif sur l'état de la peau. La dégradation cutanée en résultant peut entraîner une diminution de la fonction barrière et une augmentation de la desquamation. L'irritation cutanée provoquée par ces lavages fréquents peut aussi être associée à des changements de la flore microbienne, tels une augmentation de la quantité des micro-organismes et/ou une plus grande présence d'agents pathogènes (45,46).

Le pH naturel de la peau est acide, le lavage avec un savon très alcalin comme le savon de Marseille modifie le pH et la flore commensale. (47,48)

- *Partage des objets de toilette*

Les patients qui ont déclaré partager leurs objets de toilette représentent 28% des consultations. Il serait néanmoins intéressant de savoir quel objet de toilette est partagé, la serviette ou le savon (liquide ou en pain de savon).

Les objets de toilette peuvent être un vecteur de transmission de staphylocoque doré (14,15,18) et entretenir une contamination intra-familiale.

En effet 72% des sondés ont déclaré une tendance familiale aux furoncles. Cela pose la question du portage chronique de staphylocoque, et de sa transmission familiale.

La promiscuité est un facteur favorisant connu pour les furoncles. (14,15,18) En Nouvelle Calédonie elle est aussi reconnue comme un facteur de risque de cardiopathie rhumatismale liée au streptocoque (RAA) (23). Il aurait été intéressant de connaitre le nombre de personnes présentes dans le foyer familial pour explorer cet item.

- *Utilisation de la solution hydroalcoolique (SHA)*

L'utilisation du SHA est peu répandue dans les foyers de notre étude puisqu'elle représente seulement 4% des sondés.

Le SHA était disponible à la pharmacie de Tadine, mais peu utilisé par la population. Néanmoins lors d'une épidémie de conjonctivite, du SHA avait été mis en libre-service au dispensaire de Tadine, associé à une notice explicative (traduite en Nengone). Plusieurs patients s'étaient montrés réceptifs et désireux de savoir où s'en procurer.

L'utilisation de la solution hydroalcoolique pose en fait la question de la fréquence du lavage des mains. Notre étude n'a pas exploré cet item.

## 5. Les pratiques délétères

- *Manipulation*

Près de la moitié des patients (48%) ont déclaré avoir manipulé le furoncle avant la consultation. Une telle fréquence montre une méconnaissance de la maladie et du risque de dissémination lié à la manipulation (cellulite, anthrax, staphylococcie maligne de la face).

Les patients peuvent penser que manipuler le furoncle va aider le pus à s'évacuer. Malheureusement c'est le cas aussi des soignants, nous avons pu constater au dispensaire que l'incision et la manipulation étaient une pratique courante. C'est un geste douloureux, qui peut être délétère, et qui constitue pour certains patients un frein à consulter, par peur de souffrir.

### 6. Utilisation de la médecine traditionnelle

Un peu plus d'un tiers des consultants (34 %) ont déclaré avoir utilisé de la médecine traditionnelle pour se soigner. On peut estimer que ce chiffre est probablement sous-évalué par un biais de mesure. En effet, la médecine traditionnelle kanak est relativement secrète et ce secret est garant de son efficacité (Cf. II B) et il est possible que des patients n'aient pas dit qu'ils l'avaient utilisée.

Dans la grande majorité des cas, les soins consistent à l'application d'un traitement local pour faire mûrir le furoncle, mais ce questionnaire ne s'attache pas à rechercher la nature du soin ou si son utilisation précède ou est concomitante des soins occidentaux.

En interrogeant des patients, nous avons pu recueillir quelques principes de médecine kanak. Elle est le plus souvent utilisée en premier recours. Les plantes utilisées sont soit connues par le patient (transmission du savoir par les parents) soit demandées à une personne de la tribu qui connait le remède.

Le remède est appliqué sur la peau fermée, pour faire mûrir la masse et permettre l'évacuation du pus. Il s'agit de plantes mâchées, bouillies ou passées à la flamme appliquée en cataplasme. La bonne évolution avec le traitement traditionnel va constituer un frein pour consulter au dispensaire.

Il est difficile d'identifier des pratiques délétères car ce type de médecine est secret. Néanmoins une étude ayant eu lieu à l'Île des Pins (Nouvelle Calédonie) montrait l'impact aggravant de l'utilisation de la médecine traditionnelle dans le traitement de l'impétigo. (49)

- *Les bains de mer*

Selon la croyance locale, la mer guérit tout. Elle est considérée comme un médicament et rentre souvent dans la préparation des remèdes. La question a été posée car certains patients nous ont expliqués qu'ils lavaient leurs furoncles dans la mer, pour faire sortir le pus. Cette technique est utilisée lorsque le furoncle est ouvert, pour aider à nettoyer la plaie. Les résultats montrent que plus d'un tiers des sondés (39%) y avaient recours. Ces résultats sont à corréler au fait que seuls les patients des tribus ayant un accès direct à la mer pouvaient le faire.

On peut considérer ces bains comme une pratique délétère car il n'y a pas forcément de rinçage au savon et à l'eau douce après, l'eau de mer étant déjà considérée comme un lavage.

De plus il convient de tenir compte de la pudeur de la population, qui à l'exception des très jeunes enfants, se baigne avec les habits de la journée, sans se changer ensuite pour des vêtements secs, or la chaleur, l'humidité et les frottements sont des facteurs favorisant les furoncles.

## B. Forces et Faiblesses de l'étude

- *Forces*

Cette étude est pertinente car la fréquence des consultations pour furoncles aux dispensaires de Maré est élevée, contrairement aux statistiques métropolitaines. De plus le furoncle a des conséquences sanitaires et socio-économiques importantes.

La faisabilité de l'étude est facilitée par l'accès direct à la majorité de la population, les dispensaires étant les seuls centres d'accès aux soins de l'île.

La méthode a présenté une bonne acceptabilité de la part des patients et des soignants.

La démarche prospective a permis d'établir un panorama de la réalité des soins en dispensaire, il s'agissait de la méthode la plus adaptée pour décrire la population qui consultait pour des furoncles.

Il s'agit de la première étude médicale réalisée sur l'île de Maré, et la seule étude portant sur les furoncles en Nouvelle Calédonie.

Cette étude a été effectuée en respectant l'identité culturelle des patients.

- *Faiblesses et biais*

Il n'y a pas eu de calcul du nombre de sujets nécessaires effectué au préalable, car l'incidence de la pathologie sur l'île n'était pas connue. On ne peut donc pas estimer la représentativité de l'échantillon.

- <u>Facteur de confusion</u> :

L'étude a été effectuée pendant la période la plus chaude et humide de l'année. Ce qui est un facteur favorisant les furoncles mais aussi qui peut modifier le niveau d'hygiène (augmentation du nombre de douches)

- <u>Biais de sélection</u> :

Le mode de recrutement ne permettait pas d'étudier les patients qui ne consultent pas au dispensaire.

## C. Axes de prévention

Les centres qui semblent les plus adaptés pour diffuser l'information :

- *Les dispensaires :*

C'est le lieu de choix en matière de santé, l'information peut être prodiguée par les soignants lors des consultations. On peut également produire des affiches pour les salles d'attentes, et des dépliants mis à disposition des patients pour des informations plus complètes. Il serait intéressant de les traduire dans l'idiome local, pour une meilleure compréhension. Ces moyens d'information pourraient être financés par la province des Îles.

- *Les écoles :*

Les enfants pourraient être des agents déterminants pour introduire et maintenir des changements importants sur les habitudes d'hygiène. Dans les maisons, ils communiquent des messages de sante et peuvent transmettre aux parents leur connaissance sur l'hygiène des mains, sur les maladies manuportées et ainsi changer leurs habitudes (50).

Les informations d'hygiène et de santé pourraient être transmises aux enfants *via* les enseignants, l'infirmière scolaire, voire par les soignants lors d'un cours dédié.

### 1. Informer la population

L'apprentissage de la nature bactérienne des furoncles pourrait se faire dans les dispensaires, mais aussi à l'école, par exemple à partir du collège. Les informations de base pourraient comprendre :

- *Définition d'un furoncle* :

Infection cutanée, liée à une bactérie, qui peut se transmettre entre les personnes. Une infection bénigne qui peut se compliquer gravement si elle n'est pas bien prise en charge.

- *Que faire quand on a un furoncle ?*

Ne pas manipuler ou inciser au risque d'aggraver la situation. Ne pas prendre d'AINS.

Laver à l'eau et au savon et couvrir avec un pansement propre.

Ne pas rester avec des habits mouillés.

Respecter les règles d'hygiène de base, ne pas partager ses objets de toilette, dormir seul, désinfecter le linge de la personne touchée, pour éviter la propagation.

- *A quel moment consulter au dispensaire ?*

En cas d'atteinte au visage, d'âges extrêmes, d'antécédents médicaux fragilisant (diabète, immunodépression), si la masse est très douloureuse ou évolue vite et s'il y a une difficulté à faire les pansements.

## 2. L'hygiène

Ces informations de bases sont à diffuser largement à toute la population, car elles préviennent nombre de maladies transmissibles. La cible serait bien évidement le dispensaire mais aussi les milieux scolaires, et ce depuis le plus jeune âge. On peut aussi imaginer des spots publicitaires à la télévision pour ces messages de santé publique.

Les règles d'hygiène à diffuser pour éviter les infections cutanées pourraient être :

- Qu'il faut se doucher avec du savon doux une fois par jour. En cas de douches supplémentaires, ne faire qu'un rinçage.
- Ne pas partager ses objets de toilette (serviette, savon)
- Porter des habits propres et secs, éviter les frottements.
- Se laver les mains plusieurs fois par jour à l'eau et au savon ou avec une solution hydroalcoolique.

**Intérêt du lavage des mains :**

De nombreuses études montrent que le lavage des mains au savon sauve des millions de vies chaque année (51).

Il serait intéressant d'éduquer les enfants, en particulier les plus jeunes, sur l'intérêt et les modalités du lavage des mains, à l'eau et au savon.

L'utilisation de la solution hydroalcoolique pourrait être généralisée dans les salles d'attente des dispensaires, associée à une notice explicative afin de faire connaitre son utilité à la population.

**L'école, un lieu où montrer l'exemple :**

Si l'école est un lieu d'apprentissage, où les enfants vont acquérir des connaissances sur l'hygiène, elle est également une zone d'échange qui facilite la transmission des maladies. Les locaux se doivent d'être propres, avec des sanitaires comprenant des distributeurs de savon et de serviettes à usage unique.

Une étude ayant eu lieu dans les écoles de l'île des Pins en Nouvelle Calédonie, montrait que ces mesures d'hygiène étaient peu respectées. (49)

## 3. Eradication du portage cutané

Puisque les furoncles sont liés au staphylocoque doré qui colonise les patients, on pourrait penser que l'éradication des foyers de portage diminuerait l'incidence des furoncles.

Néanmoins, si la décolonisation participe à la maitrise des infections à staphylocoque doré, elle est souvent limitée et transitoire. (18) Lors d'une étude effectuée dans le val d'Oise suite à une épidémie d'infection cutanées liée au staphylocoque doré, malgré la prescription d'un traitement par la mupirocine par voie nasale, la colonisation nasale persistait chez un tiers des patients, dans les semaines suivant ce traitement. (22) Une étude réalisée sur des militaires aux Etats-Unis, retrouvait une diminution de la colonisation de 3,8% à 1,9% avec la mupirocine par rapport au placebo mais qu'il n'y avait pas de différence en termes de survenue d'infection ou de nouvelles colonisations. (52)

De plus l'utilisation prolongée et/ou répétée de mupirocine, constitue un facteur de risque d'émergence de résistance à la mupirocine et doivent être évitées au maximum. (18)

En Nouvelle Calédonie, se pose également le problème de l'observance thérapeutique. La décontamination se fait à répétition sur de longues périodes et peut être très contraignante. La maladie représente pour la médecine kanak une rupture d'équilibre. La notion de chronicité ou de traitement au long cours n'existe pas dans ce contexte. (9)

Pour améliorer l'observance on pourrait proposer une décontamination dans les familles qui ont déjà eu des furoncles, et dont un membre présente des facteurs favorisants (diabète, dialyse, immunodépression ou eczéma atopique).

## 4. Formation des soignants

Une formation proposée aux soignants sur le territoire, et notamment dans les dispensaires, permettrait une meilleure prise en charge des patients. Le fait d'unifier les pratiques permet au patient de bénéficier d'un discours cohérent et homogène lorsqu'il a plusieurs interlocuteurs.

Il conviendrait de rappeler les bases physiologiques du furoncle ainsi que ses facteurs favorisants.

La prise en charge ne doit pas comporter de manipulation, d'incision ou de traitement antibiotique local. Il convient d'utiliser les antibiotiques *per os* en cas de nécessité uniquement.

Le soignant doit être capable de repérer les facteurs de risques de complication.

Il a un rôle d'information auprès des patients, notamment en matière d'hygiène.

Il convient d'éduquer les patients fragiles (diabétiques, dialysés, immunodéprimés) à consulter lorsqu'ils développent un furoncle.

# VI. Conclusion

L'objectif principal de cette étude était de rechercher des facteurs favorisants l'apparition et les complications des furoncles dans la population de Maré.

Il apparait que le furoncle touche majoritairement les patients sans antécédents connus pour le favoriser.

Les furoncles sont dû au staphylocoque doré qui colonise le patient. La tendance familiale aux furoncles pose le problème d'une transmission intra-familiale de ce germe, favorisée par le partage des objets de toilette.

Les autres facteurs favorisants pourraient être un excès hygiène corporelle, et les complications peuvent s'expliquer par des pratiques délétères telles que la manipulation et les bains de mer.

Un des objectifs secondaires était le calcul de l'incidence de la maladie, ici un nouveau furoncle représentait un peu plus d'une consultation par jour. Une telle fréquence de consultation nous montre l'intérêt de mettre en place de la prévention auprès de la population concernée.

Définir les modalités d'une action de prévention était l'autre objectif secondaire. Elle est d'autant plus nécessaire que l'étude nous montre une méconnaissance de la maladie et de ses complications par la population. Les patients ne savent pas à quel moment consulter ou quels sont les gestes délétères à éviter, notamment la manipulation. Il semble nécessaire d'informer la population sur cette maladie et d'éduquer à l'hygiène.

Cette étude descriptive est préliminaire, et on ne peut conclure quant à sa représentativité. Les résultats de cette étude restent pertinents, puisqu'ils se basent sur des facteurs favorisants connus. Ils pourraient être complétés par une étude cas-témoins. Il serait intéressant de savoir si les facteurs favorisants sont significativement différents entre les groupes ayant déjà eu des furoncles et ceux qui n'en ont jamais eu.

# VII. Bibliographie


1. Merlet A. Implication de la leucocidine de Panton et Valentine dans les infections sévères à Staphylococcus aureus en Nouvelle Calédonie - 117p – Th. d'exercice, Médecine générale: Bordeaux; 2010.

2. Ministère des Outre-Mer. Nouvelle-Calédonie - Géographie [Internet]. 2016 [cité 9 avr 2017]. Disponible sur: http://outre-mer.gouv.fr/nouvelle-caledonie-geographie

3. Ministère des Outre-Mer. Nouvelle-Calédonie - Histoire [Internet]. 2016 [cité 9 avr 2017]. Disponible sur: http://outre-mer.gouv.fr/nouvelle-caledonie-histoire

4. Les services de l'état en Nouvelle-Calédonie. Organisation du référendum [Internet]. 2016. [cité 9 avr 2017]. Disponible sur: http://www.nouvelle-caledonie.gouv.fr/Politiques-publiques/Referendum-2018/Le-referendum-de-2018/Organisation-du-referendum

5. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Les provinces [Internet]. [cité 9 avr 2017]. Disponible sur: https://gouv.nc/gouvernement-et-institutions-les-autres-institutions/les-provinces

6. Service-public. Aide médicale [Internet]. [cité 9 avr 2017]. Disponible sur: https://service-public.nc/particuliers/sante-social/aides-sociales-et-medicales/aide-medicale

7. Province des îles Loyauté. Maré [Internet]. [cité 9 avr 2017]. Disponible sur: http://www.province-iles.nc/decouvrir-les-iles/mare

8. Isee. Recensement [Internet]. [cité 9 avr 2017]. Disponible sur: http://www.isee.nc/population/recensement

9. Lormée N, Cabalion P, Hnawia É, Bonnet de Laborgne L, Patissou J. Hommes et plantes de Maré Nodei ngom ne yeserei ri node nengone: Îles Loyauté, Nouvelle-Calédonie. Marseille: IRD, Institut de recherche pour le développement; 2011.

10. Transdisciplinaire IM. Item 87 Infections cutanéo-muqueuses bactériennes. In: Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2008; p. F35–F41.

11. Kluytmans J, Van Belkum A, Verbrugh H. Nasal carriage of Staphylococcus aureus: epidemiology, underlying mechanisms, and associated risks. Clin Microbiol Rev. 1997;10(3):505-20.

12. Safdar N, Bradley EA. The risk of infection after nasal colonization with Staphylococcus aureus. Am J Med 2008;121:310-5.

13. Miller LG, Diep BA. Colonization, fomites, and virulence: rethinking the pathogenesis of community-associted mathicillin-resistant Staphylococcus aureus infection. Clin Infect Dis. 2008;46:752-60.

14. Fritz SA, Epplin EK, Garbutt J, Stroch GA. Skin infection in children colonized with community-associated methicillinresistant Staphylococcus aureus. J Infect. 2009;59:394-401.

15. Miller M, Cook HA, Furuya EY, Bhat M, Lee M-H, Vavagiakis P, et al. Staphylococcus aureus in the community: colonization versus infection. PLoS ONE. 20 août 2009;4(8):e6708.

16. Philippe PPB, Bénédicte RDL-V, Nathalie PDD, Selim APA, Samir PDB, Delphine AMA, et al. Prescription des antibiotiques par voie locale dans les infections cutanées bactériennes primitives et secondaires. Médecine thérapeutique. 2004;10(5):365–368.

17. Ameli. Prévenir l'apparition de furoncles [Internet]. [cité 24 avr 2017]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/bayonne/assure/sante/themes/furoncle/prevention

18. Baud O, Gillet Y, Grandbastien B, Le Goaster C, Lesens olivier, Lucet J-C, et al. Recommandations sur la conduite à tenir lors d'épisodes de cas groupés d'infections cutanées suppuratives liées aux souches de Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM Co). [Internet]. Haut Conseil de la Santé Publique; 2014 [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20140710_infectionscutaneesSarmCo.pdf

19. Van Rijen M, Bonten M, Wenzel R, Kluytmans J. Mupirocin ointment for preventing Staphylococcus aureus infections in nasal carriers. Cochrane Database Syst Rev. 8 oct 2008;(4):CD006216.

20. Observatoire de la médecine générale. Furoncle – Anthrax. [Internet]. [cité 20 sept 2017] Disponible sur : http://omg.sfmg.org/content/donnees/donnees.php?sid=18e4f87447f8801b2be0289ab4

21. Le Figaro. Calédonie/affrontements: 4 morts [Internet]. FIGARO. 2011 [cité 26 sept 2017]. Disponible sur: http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2011/08/06/97001-20110806FILWWW00277-caledonie-4-morts-dans-des-affrontements.php

22. Carré N. Épidémie d'infections cutanées à Staphylococcus aureus porteur des gènes codant la leucocidine de Panton-Valentine en milieu scolaire et familial, Val-d'Oise, 2006-2008 – Bilan de l'investigation après deux années de suivi. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; décembre 2010. 20 p.

23. D'Ortenzio E, Baroux N, Germain A, Bourat MB, Robillard C, Honda K, Roucho B. Facteurs de risque environnementaux de cardiopathie rhumatismale chez des enfants en Nouvelle-Calédonie. [Internet] ASS-NC, Institut Pasteur de NC, 2010 [cité 26 sept 2017]. Disponible sur: http://www.ass.nc/publication/doc_download/675-facteurs-de-risque-environnementauxde-cardiopathie-rhumatismale-chez-des-enfants.

24. Legras A, Autret-Leca E, et al. L'exposition à un anti-inflammatoire non stéroïdien augmente-telle la gravité des infections bactériennes : étude cas-témoin chez l'adulte. PHRC, mai 2003.

25. Lesko SM, O'Brien KL, Schwartz B, Vezina R, Mitchell AA. Invasive group A streptococcal infection and nonsteroidal antiinflammatory drug use among children with primary varicella. Pediatrics. mai 2001;107(5):1108-15.

26. Lainé-Cessac P, Jonville-Béra AP. Anti-inflammatoires non stéroïdiens et pleurésies purulentes : il faut limiter, voire proscrire leur prescription. [Internet]. Info respiration. N° 136. déc 2016 [cité 28 sept 2017]; Disponible sur: https://splf.fr/anti-inflammatoires-non-steroidiens-et-pleuresies-purulentes-il-faut-limiter-voire-proscrire-leur-prescription/

27. Agence Nationale de Sécurité des Médicaments. Rappel des règles de bon usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) [Internet]. 2013 [cité 28 sept 2017]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/53960970b52f1b0c30da77518e8c86d7.pdf

28. Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie. Alcoologie- Quelques chiffres [Internet]. [cité 28 sept 2017]. Disponible sur: http://www.ass.nc/themes/addictologie/alcoologie/quelques-chiffres

29. Les services de l'État en Nouvelle-Calédonie. Réglementation vente d'alcool [Internet]. [cité 28 sept 2017]. Disponible sur: http://www.nouvelle-caledonie.gouv.fr/Politiques-publiques/Alimentation-consommation-et-concurrence/Vente-d-alcool/Reglementation-vente-d-alcool

30. OMS. Carences en micronutriments [Internet]. WHO. [cité 28 sept 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/nutrition/topics/ida/fr/

31. Sato S. Iron deficiency: structural and microchemical changes in hair, nails, and skin. Semin Dermatol. déc 1991;10(4):313-9.

32. Weijmer MC, Neering H, Welten C. Preliminary report: furunculosis and hypoferraemia. Lancet. 25 août 1990;336(8713):464-6.

33. Institut National de la Santé et de la recherche Médicale. Dermatite atopique ou eczéma atopique [Internet]. 2016 [cité 28 sept 2017]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/dermatite-atopique

34. Kanzaki H, Ueda M, Morishita Y, Akiyama H, Arata J, Kanzaki S. Producibility of exfoliative toxin and staphylococcal coagulase types of Staphylococcus aureus strains isolated from skin infections and atopic dermatitis. Dermatology (Basel). 1997;195(1):6-9.

35. Meylan P, Lang C, Mermoud S, Johannsen A, Norrenberg S, Hohl D, et al. Skin Colonization by Staphylococcus Aureus Precedes the Clinical Diagnosis of Atopic Dermatitis in Infancy. J Invest Dermatol. 22 août 2017;

36. Corsenac P, Noel M, Rouchon B, Hoy D, Roth A. Enquête IST 2012 en Nouvelle - Calédonie : prévalences et facteurs socio démographiques associés aux infections à Neisseria gonorrheae, à Chlamydia trachomatis et à Treponema pallidum. BEH du 18 mars 2014.

37. Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie - VIH / SIDA [Internet]. [cité 29 sept 2017]. Disponible sur: http://www.ass.nc/themes/sexe/vih-sida

38. Berrou J, Fougeray S, Venot M, Chardiny V, Gautier J-F, Dulphy N, et al. Natural killer cell function, an important target for infection and tumor protection, is impaired in type 2 diabetes. PLoS ONE. 2013;8(4):e62418

39. Papoz L, Barny S, Simon D and the CALDIA Study Group. Prevalence of diabetes mellitus in New-Caledonia: ethnic and urban-rural differences. Am J Epidemiol 1996;143:1018-1024

40. Wolf P, Petit S. Prise en charge de la longue maladie par le RUAMM. CAFAT. Août 2012.

41 Diabetes Atlas 5° ed. International Diabetes Federation/2011

42. Province des îles Loyauté. L'eau dans les îles [Internet]. [cité 29 sept 2017]. Disponible sur: http://www.province-iles.nc/environnement/leau-dans-les-iles

43. Hartmann AA. [Daily bath and its effect on the normal human skin flora quantitative and qualitative investigations of the aerobic skin flora (author's transl)]. Arch Dermatol Res. 25 juin 1979;265(2):153-64.

44.Hartmann AA. Restriction of washing and its effect to the normal human skin flora. Quantitative and qualitative investigations of the aerobic skin flora. Arch Dermatol Res. 28 sept 1978;263(1):105-14.

45. Rocha LA, Ferreira de Almeida E Borges L, Gontijo Filho PP. Changes in hands microbiota associated with skin damage because of hand hygiene procedures on the health care workers. Am J Infect Control. mars 2009;37(2):155-9.

46. De Almeida e Borges LF, Silva BL, Gontijo Filho PP. Hand washing : changes in the skin flora. Am J Infect Control. août 2007;35(6):417-20.

47. Gfatter R, Hackl P, Braun F. Effects of soap and detergents on skin surface pH, stratum corneum hydration and fat content in infants. Dermatology (Basel). 1997;195(3):258-62.

48. Korting HC, Kober M, Mueller M, Braun-Falco O. Influence of repeated washings with soap and synthetic detergents on pH and resident flora of the skin of forehead and forearm. Results of a cross-over trial in health probationers. Acta Derm Venereol. 1987;67(1):41-7.

49. Tonda D. Facteurs favorisants modifiables d'apparition d'impétigo chez les enfants de 6 mois à 12 ans de l'Île Des Pins, Nouvelle-Calédonie – 85p – Th. d'exercice, Médecine générale: Montpellier; 2017.

50. O'Reilly CE, Freeman MC, Ravani M, Migele J, Mwaki A, Ayalo M, et al. The impact of a school-based safe water and hygiene programme on knowledge and practices of students and their parents: Nyanza Province, western Kenya, 2006. Epidemiol Infect. janv 2008;136(1):80-91.

51.Curtis V, Cairncross S. Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review. Lancet Infect Dis. mai 2003;3(5):275-81.

52. Ellis MW, Griffith ME, Dooley DP, McLean JC, Jorgensen JH, Patterson JE, et al. Targeted intranasal mupirocin to prevent colonization and infection by community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus strains in soldiers: a cluster randomized controlled trial. Antimicrob Agents Chemother. 2007 Oct;51(10):3591-8.

# VIII. Annexes

## A. Annexe 1

**QUESTIONNAIRE**

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

*Habitus*

Age Cliquez ici pour entrer du texte.
Sexe Choisissez un élément.
Tribu Cliquez ici pour entrer du texte.
Profession  Cliquez ici pour entrer du texte.
Véhicule (au sein de la famille) ☐
Eau courante☐
Fréquence des douches Choisissez un élément.
Usage régulier de savons antiseptiques☐
Usage régulier de savon de Marseille☐
Partage des objets de toilette ☐
Solution hydro- alcoolique au domicile ☐

*Pathologies en cours*

Diabète ☐
Immunodépression ☐  (ex : chimiothérapie, cirrhose, SIDA, greffe, corticoïdes au long cours)
Terrain Atopique ☐ (eczéma)
Carence martiale ☐
Dialyse ☐
Alcoolisme ☐
Néoplasie ☐
Prise d'AINS < 1 mois ☐

*Furoncles*

Durée Cliquez ici pour entrer du texte.
Nombre au moment de la première consultation Cliquez ici pour entrer du texte.
Stade Choisissez un élément.
Anthrax ☐
Localisation corps
Manipulation du furoncle ☐
Médecine traditionnelle ☐

- ➔ Si oui
  Pourquoi=  Choisissez un élément.
  Quel type= Choisissez un élément.

Bain de mer ☐
1er épisode ☐
Tendance familiale ☐ (au moins une personne de l'entourage familial en a déjà eu)

Prélèvement local ☐

➔ Si oui
Germe Choisissez un élément.
Toxine de Panton-Valentine ☐

Portage

Prélèvement ☐
Traitement ☐

## B. Annexe 2

<u>Trame d'entretien semi-dirigé</u> :

- Pour vous c'est quoi un Furoncle ?

- Est-ce que vous pensez qu'il y a des raisons d'en avoir ?

- A quel moment il faut consulter au dispensaire ?

- Quels freins empêchent de consulter ?

- Est-ce que vous utilisez la médecine traditionnelle ?

  ➔ Si oui
  - A quel moment (1er recours ? fermé ou ouvert ?)
  - Qui donne le traitement
  - Quel type de traitement
    - ✓ Feuilles mâchées (sur peau ouverte ou fermée)
    - ✓ Scarifications / incisions
    - ✓ Manipulation
    - ✓ Bains de mer (pourquoi et à quel moment)

## *SERMENT MEDICAL*

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

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

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

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

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

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

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

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.*

RESUME :

*Introduction* : Le furoncle est une infection profonde du follicule pilo-sébacé dûe au staphylocoque doré. C'est une infection fréquente sur l'île de Maré en Nouvelle Calédonie, mais la raison d'une telle fréquence n'est pas étudiée. L'objectif de cette étude est d'étudier la population qui présente des furoncles à Maré, afin de rechercher des facteurs favorisants spécifiques à la population locale.
*Méthodes :* Une étude épidémiologique, observationnelle, transversale et descriptive des patients consultants pour des furoncles, du 25 janvier au 31 mars 2016, aux dispensaires de Maré.
*Résultats* : 71 nouveaux cas ont été enregistrés. Les furoncles touchent les patients sans distinction de sexe ou d'âge. Les patients consultaient dans 51% des cas pour un seul furoncle et la localisation au visage ne concernait que 31% des cas. 65% des patients ne présentaient pas d'antécédents connus pour favoriser les furoncles mais on observe une tendance familiale aux furoncles dans 72% des cas. Les critères d'hygiène montrent que 28% partagent leurs objets de toilette et que 68% des patients se douchent plusieurs fois par jour. La solution hydroalcoolique n'est utilisée que dans 4% des cas. L'étude des pratiques délétères montre que le furoncle a été manipulé dans 48% des cas, et que la médecine traditionnelle est utilisée dans 34% des cas.
*Conclusion* : Les facteurs favorisant de furoncle ne sont pas ceux habituellement retrouvés. L'hypothèse principale est celle d'une transmission intra-familiale de staphylocoque doré par des mesures d'hygiène inadaptées. Une campagne d'information pourrait être une mesure de prévention utile à Maré.

---

## Research of contributing factors for Furuncles, at Maré, New Caledonia.

*Introduction:* The furuncle is a deep infection of the pilosebaceous follicle caused by Staphylococcus aureus. It is a frequent infection on the island of Maré in New Caledonia, but the reason for such a frequency is not studied. This study aims to monitor the population presenting Furuncles in Maré, in order to look for factors conducting to furuncles specific to the local population.
*Methods:* An epidemiological, observational, transversal and descriptive study of patients consulting for boils, from January 25 to March 31, 2016, at the Maré clinics.
*Results*: 71 new cases were recorded. The boils affect patients regardless of gender or age. Patients were consulting for a single boil in 51% of the cases and only 31% affected the face. 65% of patients did not have a known history of boils, but there was a family trend in boils in 72% of cases. The hygiene criteria show that 28% share their toiletries and that 68% of the patients shower several times a day. The hydroalcoholic solution is only used in 4% of the cases. The study of deleterious practices shows that the furuncle was manipulated in 48% of cases, and that traditional medicine is used in 34% of cases.
*Conclusion*: Factors conducting to boils are not the ones usually found. The main hypothesis is the intra-familial transmission of Staphylococcus aureus due to hygiene measures. An information campaign could be a useful preventive measure at Maré.

DISCIPLINE : Médecine Générale

MOTS-CLES : Furoncle, Facteur favorisant, Nouvelle Calédonie, Prevention, Staphylocoque Doré

UNIVERSITE DE BORDEAUX