



HAL
open science

Évaluation des pratiques et des difficultés rencontrées dans la prise en charge de la gale par les médecins généralistes : étude descriptive transversale auprès des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon

Mathieu Poncet

► To cite this version:

Mathieu Poncet. Évaluation des pratiques et des difficultés rencontrées dans la prise en charge de la gale par les médecins généralistes : étude descriptive transversale auprès des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03211299

HAL Id: dumas-03211299

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03211299>

Submitted on 28 Apr 2021

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 - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Mathieu PONCET

Le 04 Octobre 2018

**EVALUATION DES PRATIQUES ET DES DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA PRISE EN
CHARGE DE LA GALE PAR LES MEDECINS GENERALISTES**

**Étude descriptive transversale auprès des médecins généralistes du Languedoc-
Roussillon**

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Olivier DEREURE

JURY

Président :

-Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs :

-Monsieur le Professeur Olivier DEREURE

-Monsieur le Docteur Alain MAKINSON

-Madame le Docteur Marie-Catherine REBOUL

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DIMEGLIO Alain	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	DU CAILAR Jacques	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL Henri
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MION Henri
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
AYRAL Guy	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BALMES Jean-Louis	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
BALMES Pierre	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BAYLET René	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BILLIARD Michel	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BLARD Jean-Marie	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BLAYAC Jean Pierre	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLOTMAN Francis	JANBON François	RIEU Daniel
BONNEL François	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BOUDET Charles	JOYEUX Henri	ROCHEFORT Henri
BOURGEOIS Jean-Marie	LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LALLEMANT Jean Gabriel	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LAMARQUE Jean-Louis	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LAPEYRIE Henri	SANY Jacques
CALLIS Albert	LESBROS Daniel	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOPEZ François Michel	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	LORIOT Jean	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	LOUBATIERES Marie	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	Madeleine	THEVENET André
CLOT Jacques	MAGNAN DE BORNIER Bernard	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MARY Henri	VISIÉ Jean Pierre
DEMAILLE Jacques	MATHIEU-DAUDE Pierre	
DESCOMPS Bernard		

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude

BLANC François

BOULENGER Jean-Philippe

BOURREL Gérard

BRINGER Jacques

CLAUSTRES Mireille

DAURES Jean-Pierre

DAUZAT Michel

DEDET Jean-Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques

GUERRIER Bernard

JOURDAN Jacques

MAURY Michèle

MILLAT Bertrand

MARES Pierre

MONNIER Louis

PRAT Dominique

PRATLONG Francine

PREFAUT Christian

PUJOL Rémy

ROSSI Michel

SULTAN Charles

TOUCHON Jacques

VOISIN Michel

ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie

DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion

ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - (Dermato-vénérologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie

BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail

MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales

MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David

FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail, soyez assuré de mon respect et de ma gratitude.

Monsieur de Docteur Alain MAKINSON,

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce sujet en acceptant de juger mon travail, veuillez recevoir l'expression de ma profonde considération et de ma sincère gratitude.

Madame le Docteur Marie-Catherine REBOUL,

Vous avez accepté de faire partie du jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de tout mon respect.

Monsieur le Professeur Olivier DEREURE,

Je vous suis extrêmement reconnaissant d'avoir accepté de diriger ce travail avec une disponibilité et une bienveillance constante malgré un emploi du temps que je sais chargé.

Merci également de m'avoir accueilli en tant qu'interne au sein de votre service, l'ambiance y a été formidable et la formation optimale avec un réel intérêt pour ma pratique future.

J'espère que vous trouverez dans ce travail toute ma reconnaissance ainsi que ma grande estime.

Aux médecins qui ont participé à cette étude,

Merci du temps que vous avez consacré à répondre à cette étude, sans votre participation rien n'aurait été possible.

A Bastien, bientôt 5 ans que nous nous sommes rencontrés, autant d'années au cours desquelles nous avons accompli tant de choses et pourtant avons encore tant de projets à venir en grande partie grâce à toi, je te remercie du fond du cœur pour tout cela.

A ma famille :

Et avant tout à mes **Parents** qui ont toujours été là à me pousser à me surpasser, à m'encourager mais aussi à me soutenir et me rassurer dans les moments plus difficiles.

A **Thomas** (le geek de la famille), merci pour ton soutien informatique à la création de ce questionnaire, continue à me faire rire avec tes histoires de start-up parisienne ; et à **Elsa** (la littéraire de la famille) merci d'avoir proposé ton regard acéré sur les fautes d'orthographe de ce travail, promis je viendrais manger une gaufre à Liège un jour ;).

A mes Grand-Mères (Jeannine en France et Mahine en Iran) et Grands-Pères qui ne sont malheureusement plus de ce monde, à mes Oncle/Tantes, Cousins (et oui pas de cousines) merci à tous de votre soutien, des bons moments passés et d'avance à venir.

Aux Michels :

Les best friend ever, qu'auraient été toutes ces années de dur labeur (ou pas ?) sans vous, sans nos innombrables soirées au Korner, sans nos vacances et autres soirées michellerie, les souvenirs à vos côtés sont tellement nombreux à se bousculer dans ma tête que je ne sais pas par où commencer.

Marianne, je t'ais mise ici mais en réalité tu es tellement importante pour moi que tu pourrais apparaître sans toutes les catégories (même famille, #Poncet), ta présence permanente à mes côtés, ton soutien indéfectible (sans jamais aucune mauvaise foi ^^) sont un des ciments de ma vie. Vous êtes en train de construire avec mon **Raphou** d'amour une merveilleuse famille avec l'arrivée de **Chloé**, je vous souhaite à tous les 3 (pour le moment) plein de bonheur et serait je l'espère toujours là avec vous quoi qu'il arrive.

Mes autre Michou je vous aime aussi chacun pour votre singularité et la folie furieuse que vous dégagent une fois réunis : **Gaëlle** (alias Geeeeuuuuelle passée une certaine heure), **Gaëlle** (Miss B. pour les abonnés), **Jessico** (folle de rio et néanmoins chirurgien hors pair), **Martin** (euh dois-je faire mention ici de la photo dans la cheminée ?), **Marjo** (je t'adore et « point barre »), **Yoann** (ex-secrétaire à vie), **Marine et Renaud** (qui sont « kap » de partir vivre au bout du monde 2 ans pour mieux revenir dans leurs Alpes chéries), **Marine** (la gomur, l'appel des îles plus fort que tout mais qui sait...), **Eva et Umberto** (les « bo-bio » nantais, et leur Shoshana Bethsabée Michelle bouffeuse d'orteils), **Delphine et Joséphine** (nos deux naïades réunionnaises, votre simplicité et votre joie de vivre nous manquent, quand est-ce que vous rentrez ???) et bien sur **Robinou** (l'infatigable bouquetin des montagnes).

La Carca family :

Premier et best semestre EVER !!!!! Je n'aurais jamais imaginé en m'expatriant après l'internat rencontrer si vite une deuxième famille et quelle famille ; je ne pourrais pas dissenter sur tous (même si vous m'en savez capable) pour que les remerciements ne soient pas plus longs que la thèse.

Clément, oh mon clément, mon tout premier co-interne quelle joie ces 6 mois en huit clos de rhumato ou nous avons si bien mis à profit le peu de temps libre que nous avons (...) ; heureux pour toi que tu t'épanouisses dans ta vie professionnelle et personnelle grâce aussi à cette chère **Lauranne** (le Lanin maléfique) kisskiss bangbang à vous deux !

Lorène, dès le premier jour d'internat je savais que nous allions devoir nous supporter pour le meilleur et pour le pire jusqu'au bout et pour longtemps encore je l'espère (je ne peux par décence pas aller plus loin ici) !!

Marie et JBB : longue vie à nos aprèm coinche (et rosé bien plus souvent que la coinche d'ailleurs), je vous souhaite le meilleurs pour tous ces beaux projets que vous menez.

Marion ma briffette, quelle joie et que de souvenirs (aux urgences...), heureux de connaître ton **Paul** vous formez un très beau couple (#niais), je vous aime (ps : je réserve ma place dans la future piscine).

Toto et Juliette toujours de bonne humeur et d'attaque pour une soirée ou tout simplement une aprèm pétanque #coincain. Pour rester dans le coincain n'oublions pas **Chakir** et sa princesse **Radia** nommés officiellement au classement du mariage de rêves ! La pinède, la bouriette (et consors) ma **Sarah** et son **Floflo** d'amours (sans oublier Nathanaël à présent) merveilleux troupe a présent, **Soso** l'infatigable gardoise (et sa main toujours prête à se saisir d'un verre de vin), **Steph** la pédiatre à « poches », **Pierrot** le cardiologue des îles, **Cathou**... je vous aime.

Je pense également à ceux qui ne sont plus sur Montpellier mais que l'on n'oublie pas pour autant bien au contraire, **BeneK et Mouanneau** mais aussi princesse **Chaisneau** (qui est allé faire sa morale à d'autre sous d'autres latitudes).

Les copains de Montpellier :

Dur dur de citer tout le monde mais je ne peux (sous peine de représailles) ne pas mentionner en premier **Marion** et **Chloé** respectivement co-interne et chef de dermato mais surtout et avant tout amies, que nos réunions mensuelles aux enfants rouges (avec guacamole) perdurent !!!

J'en profite pour remercier également le reste de la team dermato pour ce semestre incroyable, **Julie, Agathe, Mathilde, Elsa, Annelies**.

A toutes ces autres belles rencontres, parmi lesquelles **Ade, Coco et Clément (+1), Mathilde, Ibra, Camille, Yoann, Florence**.

Les médecins rencontrés durant ma formation :

A mes maitres de stage **Anne, François, Hélène** qui chacun à leur manière m'ont donné le gout de ce métier et m'ont conforté dans mon choix durant ce stage crucial.

Et pour terminer (« the last but not the least »), **Pauline** et **Marion**, quelle rencontre, quels projets, j'ai tellement hâte de travailler avec vous dans cette si bonne ambiance que nous avons réussi à créer mais aussi à **Patricia** pour sa gentillesse et son immense compétence. Merci à toutes les 3 de m'accueillir je tacherais d'être digne de l'honneur que vous me faites.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	18
1) DEFINITION ET RAPPELS SEMIOLOGIQUES SUR LA GALE	18
2) DIAGNOSTIC	21
3) TRAITEMENTS	23
a) <i>Recommandations en France</i>	23
b) <i>Dans le monde</i>	24
c) <i>Traitements disponibles</i>	24
d) <i>Mesures associées</i>	26
4) ÉPIDEMIOLOGIE	26
5) OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	27
MATERIEL ET METHODES	29
1) TYPE D'ÉTUDE	29
2) QUESTIONNAIRE	29
3) POPULATION CIBLE	30
4) METHODE D'ANALYSE	31
RESULTATS	32
1) DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET DE PRATIQUE GENERALE	32
2) PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE	33
3) PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE	36
4) SUIVI	40
5) DIFFICULTES RENCONTREES	44
DISCUSSION	51
1) ATOUTS ET LIMITES DE L'ÉTUDE	51
2) OBJECTIF PRINCIPAL : EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES MEDECINS GENERALISTES	52
a) <i>Prise en charge diagnostique</i>	52
b) <i>Prise en charge thérapeutique</i>	53
c) <i>Comparaison avec les autres études</i>	55
3) OBJECTIF SECONDAIRE : DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES MEDECINS GENERALISTES	57
a) <i>Liées à la pratique</i>	57
b) <i>Liées au traitement</i>	59
c) <i>Liées au contexte</i>	60
d) <i>Comparaisons aux autres études</i>	61
4) OUVERTURE DE LA DISCUSSION : PISTES POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DE LA GALE EN MEDECINE GENERALE ?	61

CONCLUSION.....	63
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXES	70
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE MEDICAL	70
ANNEXE 2 : FICHE D'INFORMATION PATIENT CONCERNANT LE TRAITEMENT DE LA GALE COMMUNE	76
ABREVIATIONS.....	78

INTRODUCTION

1) Définition et rappels sémiologiques sur la gale

La gale est une maladie dermatologique contagieuse de la famille des ectoparasitoses due à un acarien, le *Sarcoptes Scabiei Hominis* (**Figure 1**) qui se transmet par contact humain direct essentiellement (95% des cas) mais également parfois par contact indirect notamment via le linge.

Il s'agit d'une maladie endémique de l'espèce humaine qui peut atteindre tout individu sans distinction d'âge, de population ethnique ou de niveau socio-économique. [1]



Figure 1 : *Sarcoptes Scabiei* var *Hominis* (Source : Institut Pasteur)

Les symptômes de la maladie sont dominés par un prurit souvent intense à recrudescence nocturne associé de manière inconstante à diverses lésions cutanées notamment de grattage. Tous ces symptômes sont dus à la femelle sarcopte qui est le seul agent pathogène.

Après sa fécondation, celle-ci pénètre la couche cornée de l'épiderme et y creuse des galeries (sillons scabieux) ou elle pond ses œufs. On peut également parfois apercevoir la zone où loge l'acarien (vésicules perlées) ainsi que des lésions papuleuses dues à la réaction immunitaire (nodules scabieux).

La durée d'incubation avant l'apparition des manifestations cliniques est d'environ 3 semaines, mais peut être réduite à 3 jours notamment en cas de réinfestation.

Le cycle parasitaire dure environ 15 à 20 jours et ne nécessite pas de changement d'hôte, ce qui explique que l'on peut retrouver le parasite à tous ses stades de développement chez un même individu. Le mâle mourant 24 heures après l'accouplement, c'est la femelle qui creuse les galeries (sillons scabieux) dans lesquelles elle progresse de 2 à 3mm par jour tout en y déposant 2 à 3 œufs par jour. **(Figure 2).**

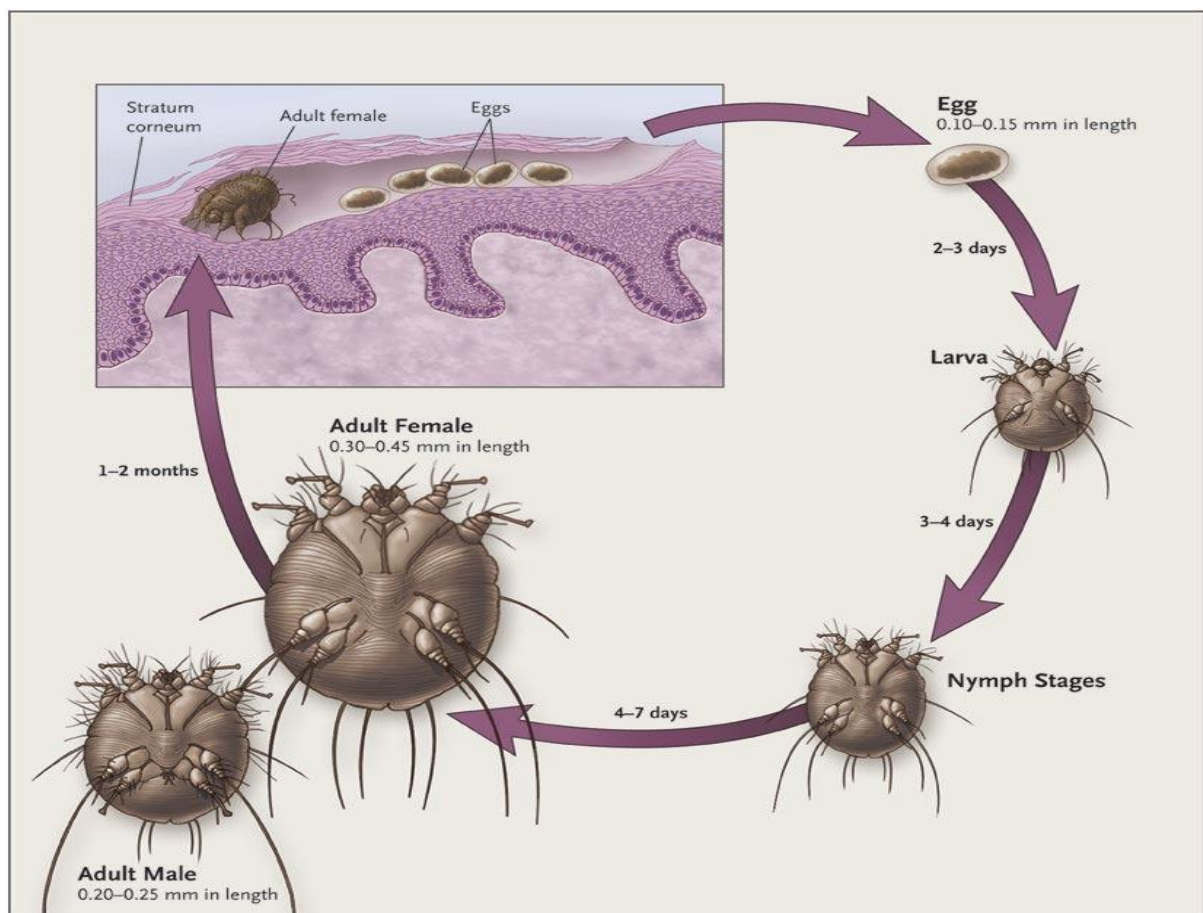


Figure 2 : Cycle parasitaire de la gale (Currie BJ, et al, NEJM. 2012 ; 362(8) : 717-25)

Il est décrit classiquement 3 variants sémiologiques différents dus à l'infestation cutanée par le *Sarcoptes Scabiei Hominis* :

-La gale commune : Forme la plus classique et la plus fréquente. La symptomatologie est largement dominée par un prurit à recrudescence vespérale et nocturne (lié à une réaction immunologique déclenchée par les déjections et les œufs du sarcopte). On retrouve peu de parasites (environ une dizaine) sur le corps de l'hôte.

-La gale du nourrisson : La symptomatologie est plus trompeuse, rendant le diagnostic moins évident avec notamment des lésions de topographie assez spécifique (atteinte du visage) et la possibilité de vésiculo-pustules palmo-plantaires.

-La gale profuse hyperkératosique : L'atteinte est alors diffuse (pouvant aller jusqu'à une érythrodermie) et les lésions sont volontiers hyperkératosiques et peu ou non prurigineuses. Elle est souvent liée à un contexte particulier : trisomie 21, immunodépression (patient atteint par le VIH par exemple), sujet âgé en collectivité etc. Cette forme est caractérisée par la présence d'un grand nombre de parasites (des milliers voir des millions) et est par conséquent extrêmement contagieuse et doit faire l'objet d'une déclaration obligatoire.

Il faut par ailleurs mentionner la possibilité de complications dont la principale est l'impétiginisation due au grattage ouvrant une porte d'entrée bactérienne (*Staphylococcus aureus* ; *Streptococcus Pyogenes* principalement). [2] Cette surinfection est fréquente, surtout parmi les populations ayant un faible niveau d'hygiène et elle peut atteindre dans certaines situations plus de la moitié des personnes infectées par la gale [3].

2) Diagnostic

Dans le cas de la gale commune, qui est la situation la plus fréquemment rencontrée en médecine générale, le diagnostic repose essentiellement sur l'examen clinique et notamment sur l'association de :

-un **prurit** à recrudescence vespérale et nocturne

-**lésions typiques** (nodules scabieux, vésicules perlées, sillons scabieux, « chancres » scabieux des OGE) (**Figure 3**) et/ou de **localisations préférentielles** (espaces interdigitaux des mains, faces antérieures des poignets, plis du coude, aisselles, ombilic, organes génitaux, ceinture, fesses et mamelons). (**Figure 4**)

-la notion de **contagiosité** par le caractère conjugal ou familial des lésions et/ou des symptômes notamment

-l'absence de **diagnostic différentiel** évident.



Figure 3 : Sillons scabieux interdigitaux (*Source : Hôpitaux universitaires de Genève*)

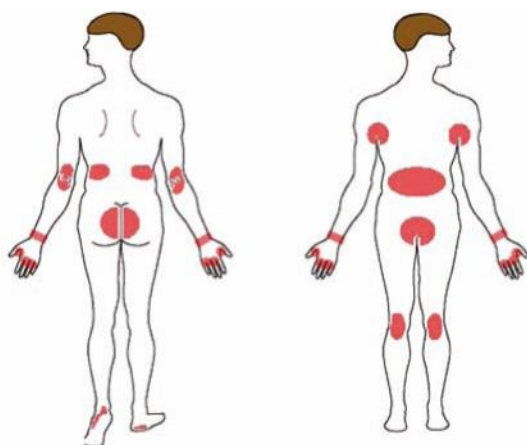


Figure 4 : Localisations des lésions de gale chez l'adulte (*Source : INVS*)

En cas de doute diagnostique, différentes méthodes permettent d'obtenir un diagnostic de certitude :

-la **dermoscopie** réalisée en consultation par le dermatologue à l'aide d'un dermoscope avec notamment la visualisation du « signe du deltaplane » (qui correspond à la visualisation du rostre du sarcopte au bout d'un sillon scabieux). (**Figure 4**)

Aspect en dermoscopie (X 20) Signe du deltaplane

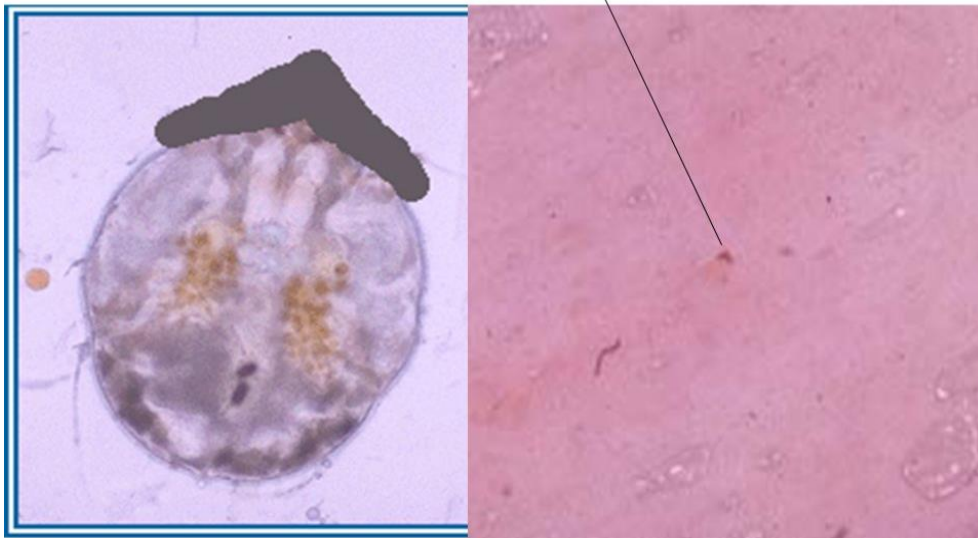


Figure 4 : Aspect en dermoscopie (Source : HCSP)

-le **scotch test cutané** : consiste au recueil de sarcoptes sur une bande adhésive placée sur les lésions cutanées mais il s'agit d'une méthode peu sensible.

- le **prélèvement parasitologique** : réalisé par grattage de plusieurs lésions cutanées, sa mise en pratique est plus complexe et est en réalité le plus souvent réservée aux cas de gale profuse hyperkératosique (où il est en principe obligatoire).

Il n'existe pas d'obligation de déclaration en cas de suspicion de gale hormis les cas particuliers de gale profuse ou d'épidémie de gale en collectivité (école, EHPAD...). La prise en charge de cette dernière situation est d'ailleurs résumée dans un guide d'investigation et d'aide à la gestion édité par l'INVS (institut national de veille sanitaire)

[4]

La gale est par ailleurs considérée comme une maladie nosocomiale et inscrite au tableau n°76 des maladies professionnelles (en tant que maladie liée à un agent infectieux ou parasitaire contracté en milieu hospitalier et en hospitalisation à domicile. [5]

3) Traitements

Le traitement de la gale peut se faire par voie locale (Benzoate de Benzyle, Permethrine, Esdepallethrine) ou par voie générale (Ivermectine). Plusieurs études évoquent une supériorité de la Permethrine appliquée en crème (notamment par rapport à l'Ivermectine per os) dans le traitement de la gale [6 ;7] sans toutefois en apporter la preuve formelle.

Cependant il faut prendre en considération que la simplicité d'administration et la faible prévalence d'effets secondaires du traitement oral (par Ivermectine) le rendent plus adapté notamment lors de traitements « de masse » en cas d'épidémie. [8 ;9]

a) Recommandations en France

En France, les dernières recommandations concernant la prise en charge thérapeutique d'un cas de gale commune en consultation sont résumées dans le rapport du HCSP (haut conseil de santé publique) daté du 09 Novembre 2012. Celles-ci laissent le **choix au prescripteur entre un traitement local ou per-os** (détaillés ci-dessous) avec toutefois de nombreux arguments en faveur du traitement par voie générale (simplicité d'administration, bonne tolérance, absence de contre-indication majeure) même s'il présente le danger de faire souvent omettre (par sa simplicité même) le traitement « local » des vêtements et de la literie. [10]

Ce rapport préconise également malgré un faible niveau de preuve une **deuxième administration du traitement** entre 7 et 14 jours plus tard (qu'il soit local ou général) devant la très probable inefficacité des traitements scabicides sur les œufs ou les formes larvaires immatures du parasite.

b) Dans le monde

Dans les pays anglo-saxons (USA, Canada, Royaume-Uni), le traitement de référence de première intention est le traitement local avec notamment la Permethrine, le traitement général n'intervenant qu'en deuxième intention par exemple en cas d'échec thérapeutique (l'Ivermectine n'a pas encore l'autorisation de la Food And Drug Administration aux USA pour le traitement de la gale). [11 ; 12]

On peut également mentionner le Japon qui dispose de recommandations sur la prise en charge de la gale ; celles-ci laissent le choix du traitement de première intention (topique ou per os) mais mentionnent toutefois la Permethrine comme étant le traitement topique de référence en première intention. [13]

c) Traitements disponibles

En France, les différents traitements disponibles et leur schéma thérapeutique sont détaillés ci-après puis résumés dans le **Tableau 1** :

-Le **Benzoate de Benzyle** (Ascabiol®) : il s'agit d'un traitement local présenté sous forme de lotion en émulsion qui s'applique sur tout le corps (hormis le visage) après nettoyage et séchage en deux couches successives à 10-15 minutes d'intervalle suivi d'un temps de contact de 24h avant rinçage ; traitement utilisable à partir de l'âge de 1 mois et chez la femme enceinte ; remboursé à hauteur de 65% par la sécurité sociale.

-La **Permethrine** (Topiscab®) : traitement local sous forme de crème appliqué en couche mince sur la peau avec un temps de contact de 8h avant rinçage ; traitement utilisable à partir de l'âge de 2 mois et chez la femme enceinte ; remboursé à hauteur de 65% par la sécurité sociale.

-L'**Esdepallethrine** (Spregal®) : traitement local sous forme de lotion en spray dont l'application nécessite d'être dans un endroit aéré éloigné de tout objet incandescent en obstruant les voies aériennes, permet toutefois un traitement du visage si atteint (rare) suivi d'un temps de contact de 12h avant rinçage ; non recommandé en première

intention chez l'enfant, le sujet asthmatique et pendant la grossesse ; remboursé à 65% par la sécurité sociale.

-L'**Ivermectine** (Stromectol®) : il s'agit du seul traitement per os, la dose est dépendante du poids du sujet atteint en une prise unique ; utilisable à partir de 15kg et non recommandé en première intention chez la femme enceinte ; remboursé à 65% par la sécurité sociale.

Tableau 1 : Récapitulatif des différents traitements disponibles en France.

NOM	GALENIQUE	AMM	REMBOURSEMENT
Benzoate de Benzyle (Ascabiol®)	Lotion en émulsion	Dès l'âge de 1 mois et chez la femme enceinte.	A 65% par la sécurité sociale
Perméthrine (Topiscab®)	Crème	Dès l'âge de 2 mois et chez la femme enceinte	A 65% par la sécurité sociale
Esdepallethrine (Spregal®)	Lotion en spray	Non recommandé chez l'enfant et le sujet asthmatique	A 65% par la sécurité sociale
Ivermectine (Stromectol®)	Per os en comprimés	A partir de 15kg	A 65% par la sécurité sociale

Jusqu'en 2014 et l'arrivée sur le marché de la Perméthrine (qui n'était jusqu'alors pas disponible en France alors que déjà largement utilisée dans les pays anglo-saxons), seul le Stromectol était remboursé par la sécurité sociale. Par la suite, les autres traitements locaux ont également été pris en charge (en janvier 2016 pour l'Ascabiol puis en mars 2017 pour le Spregal). Il existe donc à présent une large palette thérapeutique par voie locale ou générale à disposition du médecin généraliste pour la prise en charge de la gale.

d) Mesures associées

Afin d'éviter les cas de réinfestation, ce traitement médicamenteux doit impérativement s'accompagner :

-du traitement concomitant de tout **l'entourage du premier cercle** (personnes ayant eu un contact cutané prolongé ou cohabitant sous le même toit avec une personne atteinte) même en l'absence de symptômes en cas de gale commune, voire du **second cercle** (personnes vivant ou travaillant dans la même communauté) et même du **3^e cercle** (personnes visitant occasionnellement la communauté) en cas par exemple de gale hyperkératosique.

-du **traitement de l'environnement** et principalement du linge et de la literie avec en priorité le lavage à haute température (60°C) quand cela est possible ou a minima par l'application d'un acaricide (type A-PAR®) le jour de la prise du traitement (pour tous les articles utilisés depuis moins de 72h) avec un délai de non utilisation de 12h après désinfection. En cas d'impossibilité de l'application de ces mesures il faut alors isoler les éléments en tissus au moins 48h (le sarcopte de la gale est un parasite humain obligatoire qui ne survit pas au-delà de ce délai en dehors du corps humain).

4) Épidémiologie

Dans le monde :

Au niveau mondial, l'OMS estime à environ 300 Millions le nombre de cas de gale déclarés chaque année. [14] Il s'agit donc d'une maladie épidémique/endémique de l'espèce humaine représentant un réel enjeu de santé publique mondiale.

Cette maladie est présente sur tout le globe avec cependant une prévalence augmentée dans certaines situations :

- région tropicales (Amérique centrale, îles du pacifique, Australie du nord, Inde)
- dans les villes plutôt que dans les régions rurales
- en période hivernale plutôt qu'en été dans les zones tempérées

Ces deux derniers éléments seraient plus liés d'une part à la promiscuité (engendrant une plus grande contagiosité) plutôt qu'au manque d'hygiène dont le rôle a longtemps été surestimé (les parasites étant résistants à l'eau et au savon) et d'autre part au fait que le sarcopte survivrait plus longtemps hors de l'hôte humain à des températures basses [15].

En France :

L'absence de déclaration obligatoire pour les cas de gale communautaire ne permet pas d'avoir de données exhaustives en France.

Cependant, suite à de nombreux éléments faisant supposer une augmentation des cas de gale en France et notamment une nette augmentation de la vente de médicaments anti scabieux, respectivement +11% pour l'Ascabiol et plus +24% pour le Stromectol sur la période 2004-2009, l'INVS a réalisé un état des lieux regroupant diverses enquêtes nationales et régionales entre 2008 et 2010 et conclut effectivement à une augmentation de l'incidence de la gale en France sur cette même période. [16]

Selon la sécurité sociale, on a estimé en 2010 le nombre de nouveaux cas de gale à 328 pour 100 000 habitants. [17]

5) Objectifs de l'étude

L'augmentation de l'incidence de la gale, la difficulté d'accès à une consultation de dermatologie en lien avec une baisse de la démographie médicale mais aussi la généralisation du parcours de soins font du médecin généraliste un acteur central dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de cette maladie.

Plusieurs études se sont déjà intéressées à la prise en charge de la gale en médecine générale, une seule (publiée récemment portant sur les médecins de la région Centre) s'intéressait aux difficultés rencontrées lors de cette prise en charge. Elles concluaient principalement qu'il existait une grande hétérogénéité des pratiques pouvant expliquer en partie la recrudescence de cas notée dernièrement. [18]

Notre étude a pour **objectif principal** d'évaluer la pratique effective des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon concernant la prise en charge de la gale et la comparer aux dernières recommandations en vigueur.

L'**objectif secondaire** de cette étude est d'essayer de dégager les difficultés rencontrées par les médecins généralistes en consultation face à un patient présentant une suspicion de gale.

MATERIEL ET METHODES

1) Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale de type enquête de pratiques monocentrique régionale portant sur la prise en charge de la gale par les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon.

Nous avons décidé de mener cette étude au moyen d'un questionnaire, le choix de ce mode d'enquête ayant été motivé dans le but d'obtenir un maximum de réponses et une reproductibilité de celles-ci.

2) Questionnaire

Après revue de la littérature sur le sujet un premier questionnaire a été réalisé avec l'aide du Professeur Olivier DEREURE (chef de service de Dermatologie du CHU de Montpellier), modifié par la suite après concertation avec le département d'information médicale (DIM) du CHU de Montpellier afin d'en améliorer la formulation et l'interprétabilité des réponses.

Il s'agissait d'un questionnaire anonyme comprenant :

- une première partie recueillant les caractéristiques des répondeurs (Age, sexe, lieu d'exercice)
- suivie de questions concernant la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que le suivi d'un patient suspect de gale en consultation, permettant de répondre à l'objectif principal
- et enfin une section sur les difficultés rencontrées dans cette démarche pouvant déboucher sur des pistes permettant d'améliorer cette prise en charge afin de répondre à l'objectif secondaire.

Le questionnaire comportait au total 27 questions toutes sous forme de réponses à choix multiples avec toutefois 6 questions permettant des réponses ouvertes.

Le questionnaire a par la suite été transcrit sous forme numérique avec l'aide du logiciel *Google Forms*[®] afin de pouvoir être envoyé aux médecins par courrier électronique sous forme de lien hypertexte.

Une version vierge de ce questionnaire est disponible en **(Annexe 1)**.

3) Population cible

Nous avons pour population source de l'étude l'ensemble des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon ce qui représentait en 2015 d'après l'ordre des médecins 3485 médecins généralistes ayant une activité régulière. **[19]**

Afin de toucher un maximum de praticiens, avec une représentativité de l'exercice réel nous avons décidé de nous rapprocher de l'URPS (union régionale des professionnels de santé) d'Occitanie. Il s'agit d'une instance régionale assurant la représentativité des médecins libéraux auprès des agences régionales de santé (ARS) instaurée par la loi HPST (Hôpitaux Patients Santé Territoires) de Juillet 2009. **[20]**

Après évaluation du projet en commission au sein de l'URPS, celui-ci a été validé et le lien du questionnaire a été envoyé aux adhérents de l'URPS de la région Languedoc-Roussillon (soit 1149 médecins généralistes) une première fois le 16/01/2018 avec une relance identique 2 semaines plus tard soit le 30/01/2018.

La clôture du questionnaire ayant été effectuée deux semaines plus tard, le recueil de données s'est donc étendu du 16/01/2018 au 13/02/2018 soit durant un mois.

4) Méthode d'analyse

Les données ont toutes été recueillies sous forme de feuille de calcul via le logiciel *Microsoft Excel 2017*[®].

Nous avons exprimé les données observationnelles en valeur absolue (n) et relatives (%). Pour les analyses univariées, nous avons employé le logiciel *Biosta TGV*[®] avec emploi des tests du Chi² pour les variables qualitatives et au moyen du test t de Student pour les variables quantitatives.

Les résultats étaient considérés comme significatifs au seuil de 5%.

RESULTATS

1) Données démographiques et de pratique générale

Parmi les 1149 médecins généralistes ayant reçu le mail, nous avons obtenu après un premier envoi et une relance un total de 124 réponses (soit un taux de réponse de 9,3%).

-Démographie :

68 étaient des hommes (soit 55,3%) et 55 des femmes (soit 44,7%), une personne n'ayant pas répondu à cette question.

La moyenne d'âge était de 49 ans IC95% [47-51] avec un âge minimum de 28 ans et un âge maximum de 78 ans.

Ces données sont comparables à celles données par le Conseil National de l'Ordre des Médecins qui dans son bulletin de situation démographique de 2016 retrouvait pour les médecins généralistes de la nouvelle région Occitanie en exercice : **[21]**

-une moyenne d'âge de 52 ans

-54% d'hommes contre 46% de femmes

→ Pas de différence statistiquement significative, pValue=0,6 avec le test de Student

(Tableau 2)

Tableau 2 : Comparaison des sexes entre notre étude et la région Occitanie

	Hommes	Femmes	
Étude	68	55	123
Occitanie	4420	3779	8199
	4488	3854	p-value=0,6

-Lieu d'exercice :

Concernant le lieu d'exercice, 57 estimaient avoir un exercice urbain, 42 un exercice rural et 23 un exercice mixte à la fois rural et urbain (ce qui pourrait correspondre à la notion de semi-ruralité qui reste toutefois subjective ici). A noter que 2 médecins ont répondu n'exercer ni en milieu rural ni en milieu urbain (pouvant également correspondre à la notion de semi-ruralité avec mauvaise interprétation de la question).

Seuls 9 médecins (soit 7,3%) avaient un cabinet localisé au sein d'une « zone urbaine sensible » (quartiers prioritaires de la politique de la ville depuis le 01/01/2015).

-Parcours de formation :

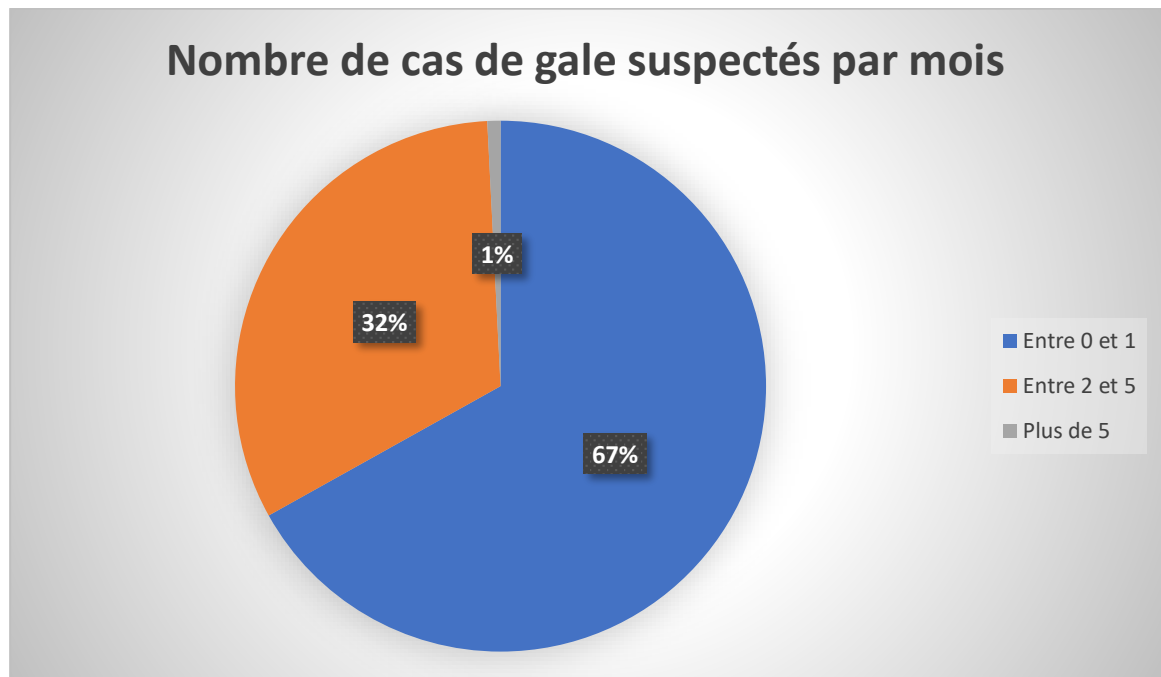
Concernant le parcours de formation initial, 15 médecins généralistes avaient bénéficié d'un stage en dermatologie au cours de leurs second cycle et 31 au cours de l'internat. Concernant les formations complémentaires, 9 ont passé un DU (diplôme universitaire) d'infectiologie et 21 ont participé à une formation complémentaire centrée sur la gale.

2) Prise en charge diagnostique

-Nombre de cas de cas de gale suspectés : (Graphique 1)

Sur les 124 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, 83 (soit 66,9%) déclaraient suspecter entre 0 et 1 cas de gale par mois contre 40 (soit 32,3%) entre 2 et 5 cas par mois alors que seul 1 médecin (soit 0,8%) en suspectait plus de 5 cas par mois.

Graphique 1 :



-Type de lésions évocatrices :

Concernant les lésions évocatrices de gale, tous les médecins interrogés recherchaient les 3 lésions élémentaires citées dans le questionnaire ainsi que les lésions post grattage.

Les lésions recherchées par ordre de fréquence étaient :

- 1) Les sillons scabieux
- 2) Les nodules scabieux
- 3) Les vésicules perlées
- 4) Les lésions post grattage

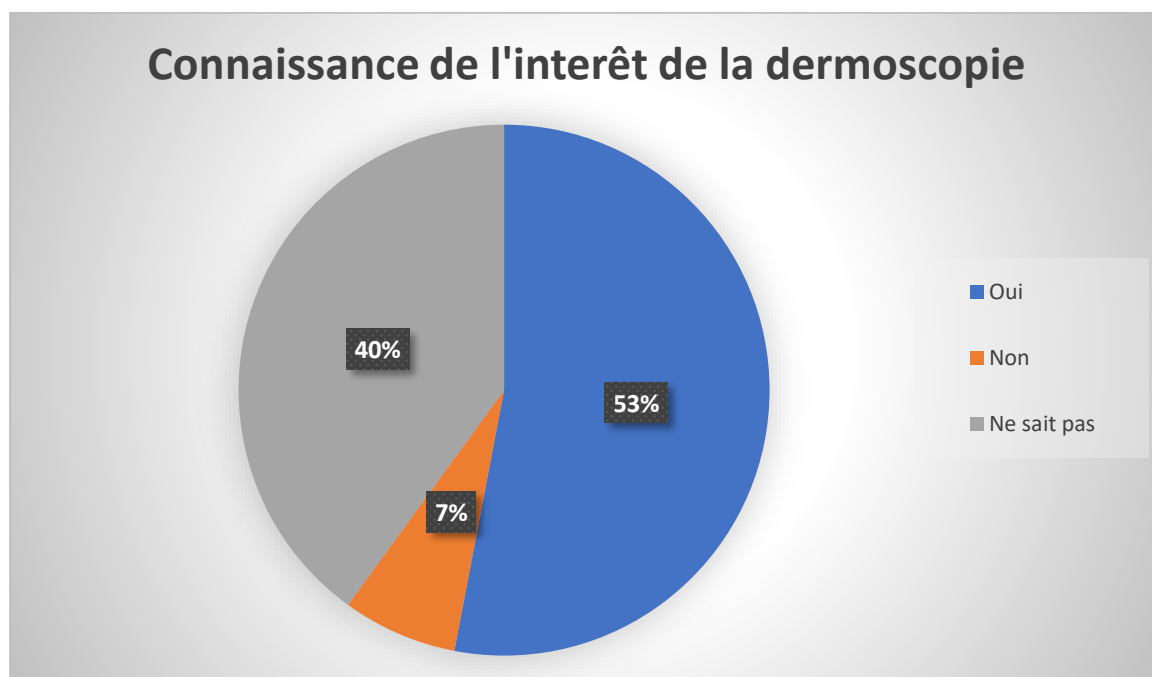
Zones lésionnelles :

En ce qui concerne la localisation des lésions recherchées, espaces interdigitaux, face antérieure des poignets, coudes et emmanchures étaient cités par tous. Seul un praticien ne les recherchait pas sur la région génito-périnéale et de la ceinture et deux praticiens ne les recherchaient pas sur la région péri-ombilicale.

Intérêt de la dermoscopie : (Graphique 2)

Sur la prise en charge diagnostique, la question a été posée sur l'intérêt de la dermoscopie comme aide au diagnostic de certitude ; 65 médecins (soit 53%) pensent qu'elle pouvait être une aide alors que 9 (7%) ne le pensent pas et 50 (40%) ne se prononcent pas.

Graphique 2 :



On peut donc voir que 47% des médecins qui ont répondu au questionnaire (ayant répondu « non » ou « ne sait pas ») ignoraient encore l'intérêt de la dermoscopie dans le diagnostic de la gale alors qu'il a été démontré qu'il s'agit d'une méthode diagnostique peu coûteuse ayant une très bonne sensibilité couplée à une spécificité relativement bonne (Se=91% ; Sp=86%) et réalisable en pratique courante au cabinet.

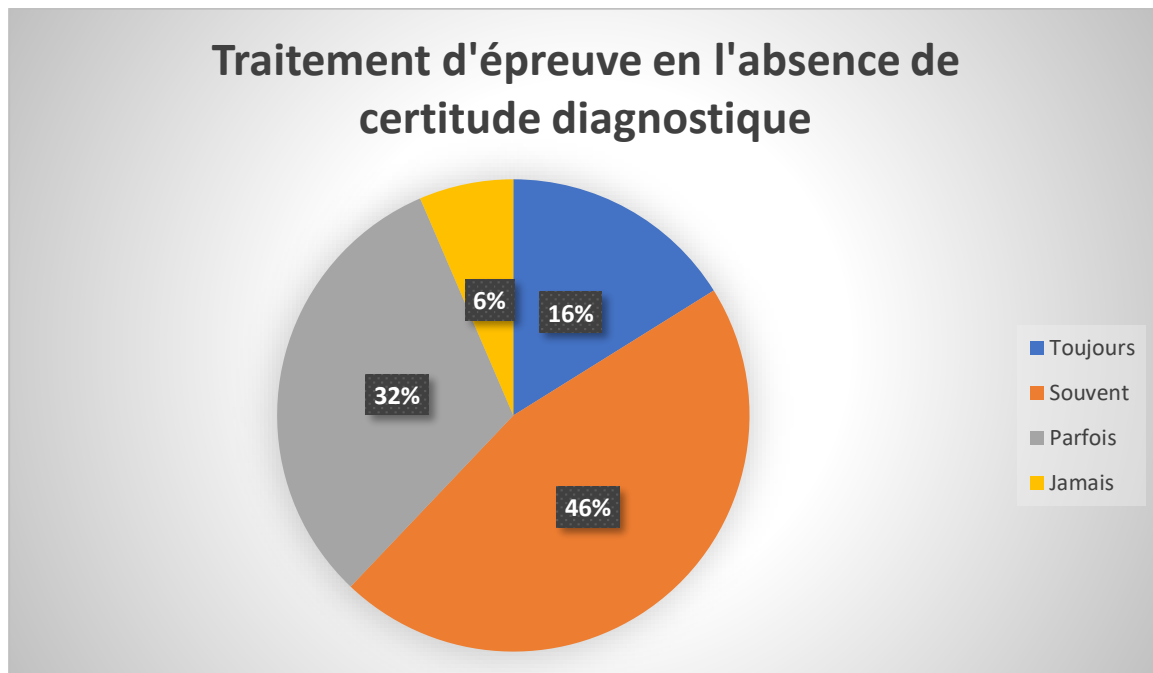
[22 ;23]

3) Prise en charge thérapeutique

Traitement d'épreuve : (Graphique 3)

Parmi les médecins généralistes interrogés, 77 (soit 62%) affirmaient prescrire toujours ou souvent un traitement d'épreuve en l'absence de certitude diagnostique contre 47 (soit 38%) parfois ou jamais.

Graphique 3 :

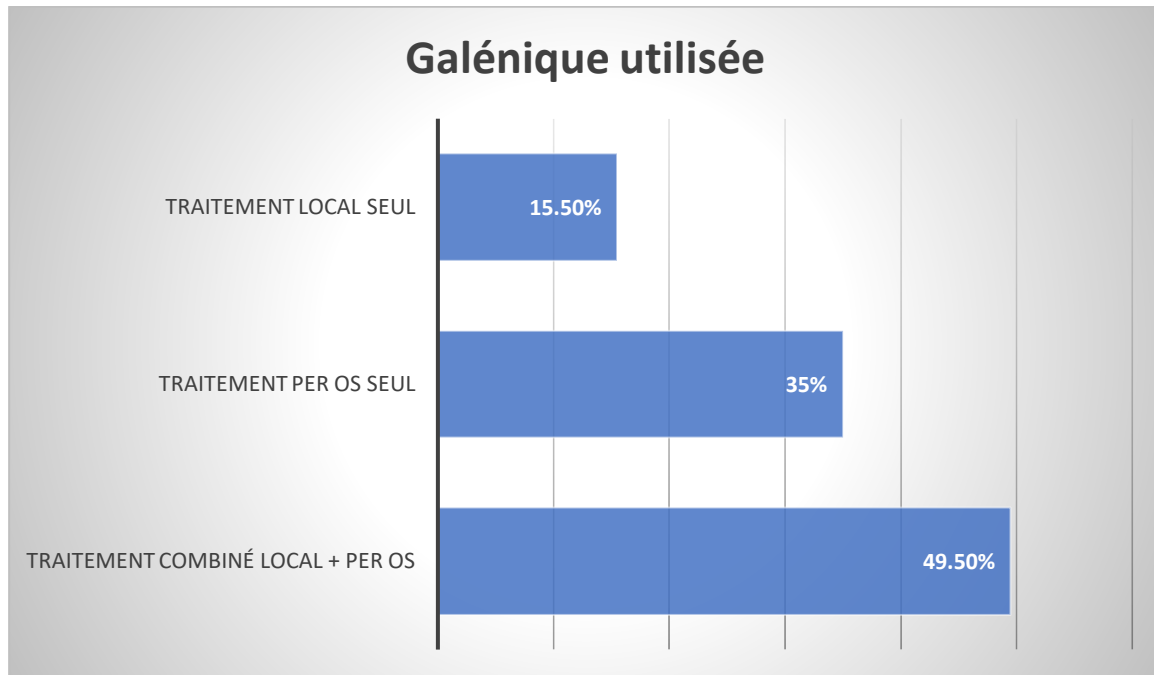


Galénique utilisée dans le traitement de première intention de la gale commune de l'adulte : (Graphique 4)

Sur les 123 médecins ayant répondu à cette question, 19 (soit 15,5%) disaient utiliser un traitement local seul contre 43 (soit 35%) un traitement per os seul et 61 (soit 49,5%) un traitement combiné local et par voie générale.

On voit donc que, malgré l'absence de preuve de supériorité d'un traitement combiné local et per os, celui-ci reste plébiscité par la majorité des médecins généralistes ayant répondu à notre étude. Le traitement local seul n'est que peu prescrit (15,5%) alors qu'il est la règle dans certains pays (USA, Royaume-Uni...), un traitement général par Stromectol (84,5%) seul ou en association avec un traitement topique étant préféré dans la plupart des cas.

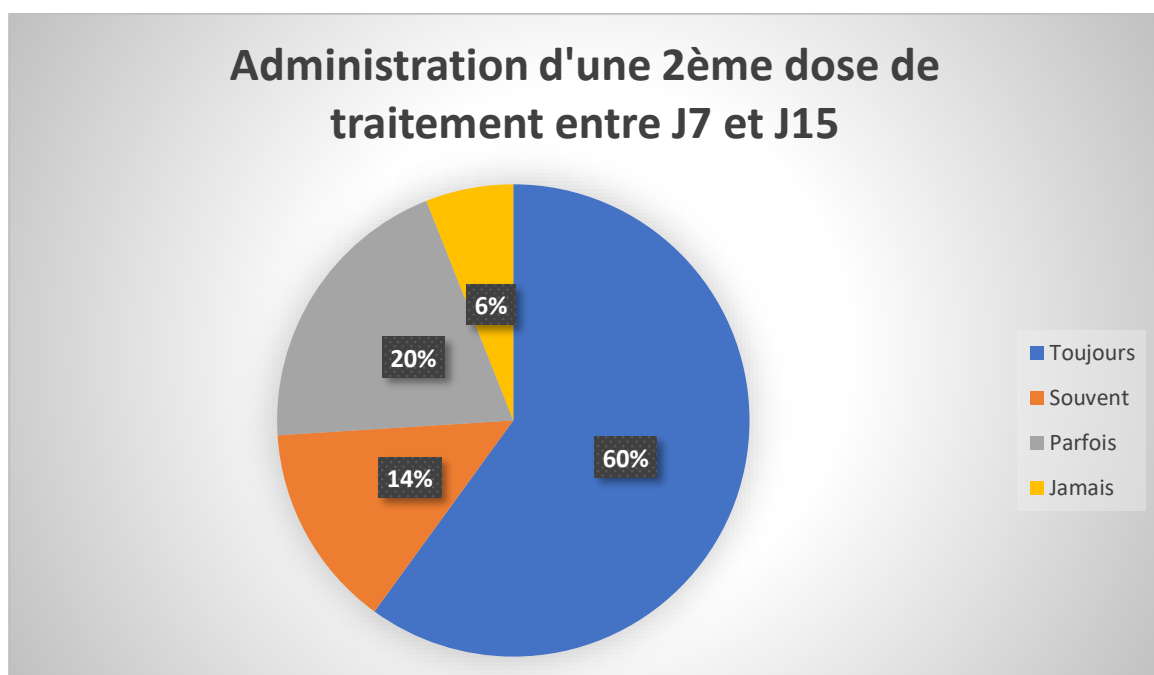
Graphique 4 :



Deuxième administration du traitement : (Graphique 5)

Concernant une éventuelle deuxième administration entre J7 et J15 du traitement choisi (quelle que soit la galénique), une majorité (74 réponses soit 60%) l'utilise systématiquement tandis que 17 praticiens (14%) la prescrivent souvent contre 25 (20%) parfois et 8 (6%) jamais.

Graphique 5 :



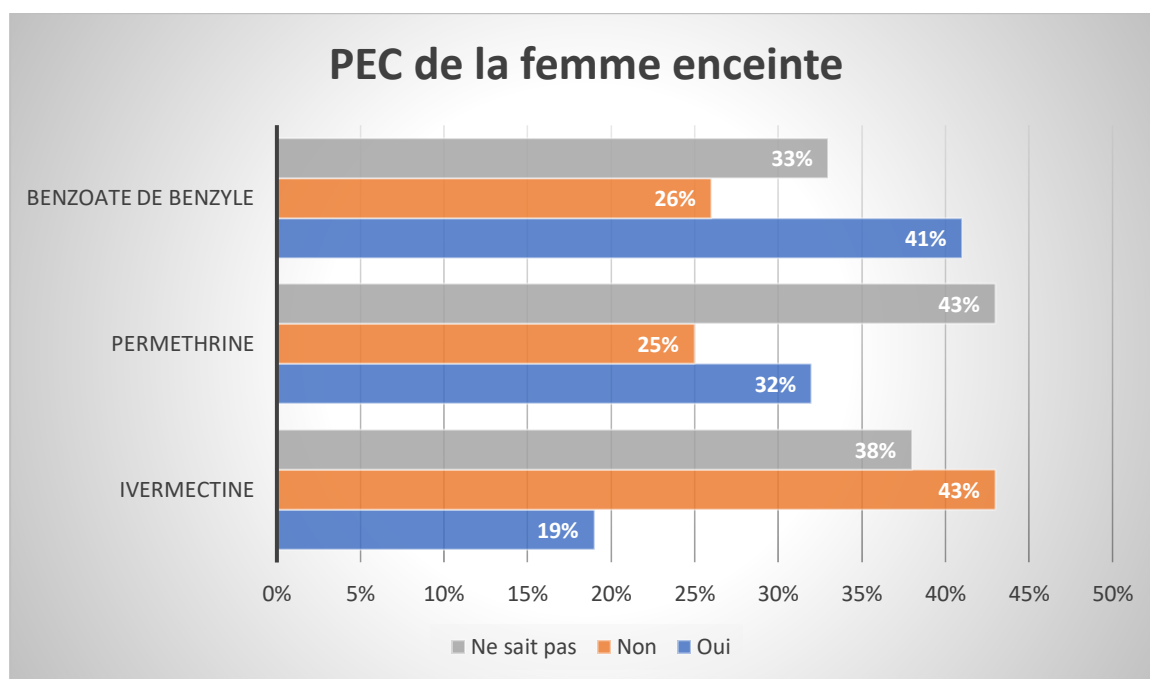
Prise en charge de la femme enceinte : (Graphique 6)

-Ivermectine : prescrite par 19% des médecins, non prescrite par 43% et 38% ont répondu ne pas savoir.

-Permethrine : prescrite par 32%, non prescrite par 25% et 43% ne savent pas.

-Benzoate de benzyle : 41% la prescrivait et 26% ne la prescrivait pas et 33% ne savaient pas.

Graphique 6 :



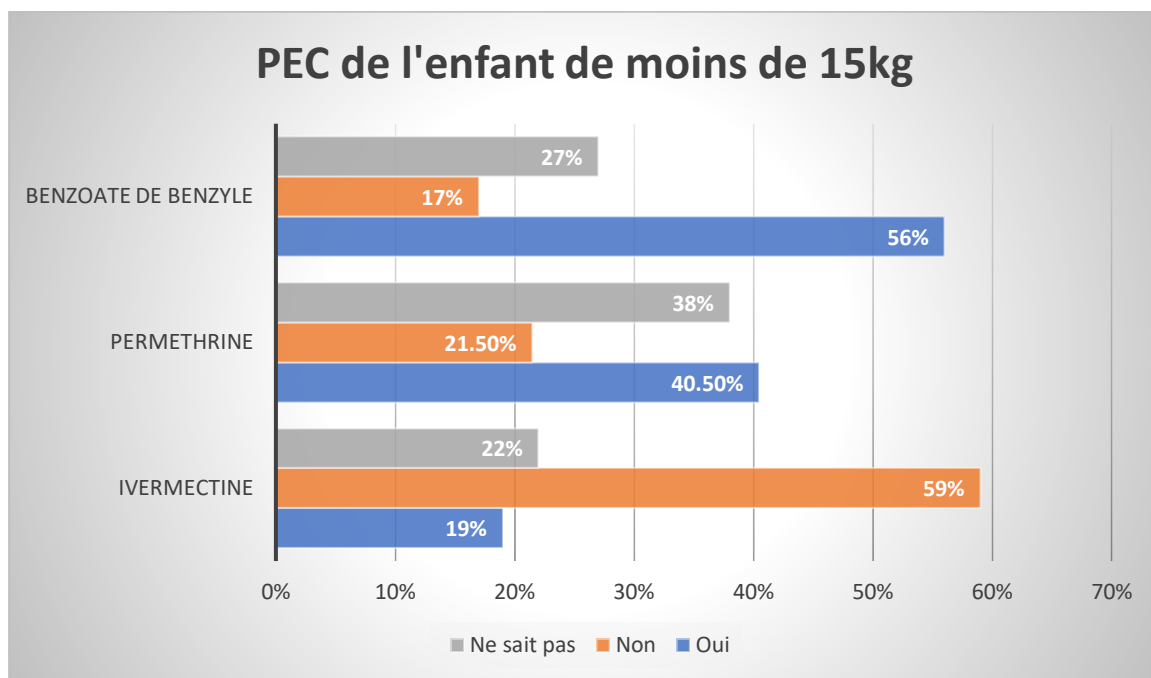
Prise en charge de l'enfant de moins de 15kg : (Graphique 7)

-Ivermectine : prescrite pour 23 médecins (soit 19%) contre 59% qui ne la prescrivent pas et 22% qui ne savent pas.

-Permethrine : prescrite par 40,5% des médecins et non prescrite par 21,5% des médecins alors que 38% disaient ne pas savoir.

-Benzoate de benzyle : prescrit par 56% des médecins alors que 17% ne prescrivait pas et 27% ne savaient pas.

Graphique 7 :



Prise en charge des sujets contact :

Concernant les sujets « contacts » traités en première intention en cas de suspicion de gale (même si ces derniers étaient absents lors de la consultation), une majorité de médecins traitaient d'emblée le conjoint et/ou partenaire sexuel (77,8%) ainsi que toutes les personnes vivant sous le même toit (88,7%) soit le « premier cercle ».

Une minorité (5 réponses soit 4%) traitaient d'emblée les sujets de l'environnement scolaire et/ou professionnel habituel du patient (« deuxième cercle »).

Cette question comportait une partie réponse ouverte à laquelle 3 médecins ont apporté une réponse plus nuancée avec pour l'un un traitement de l'environnement scolaire/professionnel habituel et des personnes vivant sous le même toit uniquement en cas de signes cliniques (prurit) à l'interrogatoire chez ces personnes.

On voit donc que globalement les médecins généralistes se concentrent essentiellement sur le traitement de l'entourage dit du « premier cercle » en première intention conformément aux recommandations du HCSP. [10]

Traitement de l'impétiginisation :

Le prurit engendré lors d'une infection par la gale peut parfois engendrer des lésions de grattage et donc potentiellement une surinfection locale bactérienne (impétiginisation) suite à la création d'une porte d'entrée cutanée. Nous avons donc demandé aux médecins quelle était leur prise en charge dans ce contexte.

La prise en charge la plus fréquente était l'antibiothérapie générale (59,8%) suivie par l'antibiothérapie locale (42,6%) et l'utilisation d'émollients (22,1%).

Parmi les médecins utilisant une antibiothérapie, une majorité (59 soit 54%) préconisaient une antibiothérapie per os contre 37 (soit 34%) une antibiothérapie locale et 13 (soit 12%) une antibiothérapie combinée locale + per os.

Parmi les réponses supplémentaires ajoutées par les participants à cette question ouverte nous pouvons dégager 5 notions supplémentaires :

- le mode de traitement dépendait de la surface infectée pour 4 médecins
- l'utilisation d'antiseptiques locaux pouvait être utile pour 6 autres
- un seul médecin employait des dermocorticoïdes
- un autre les antihistaminiques
- un dernier employait des médicaments homéopathiques

Il n'existe pas de recommandation claire concernant la prise en charge d'une impétiginisation, les pratiques sont par conséquent assez hétérogènes.

4) Suivi

Moyens utilisés pour s'assurer d'une bonne observance :

Afin de s'assurer d'une bonne observance du traitement par le patient,

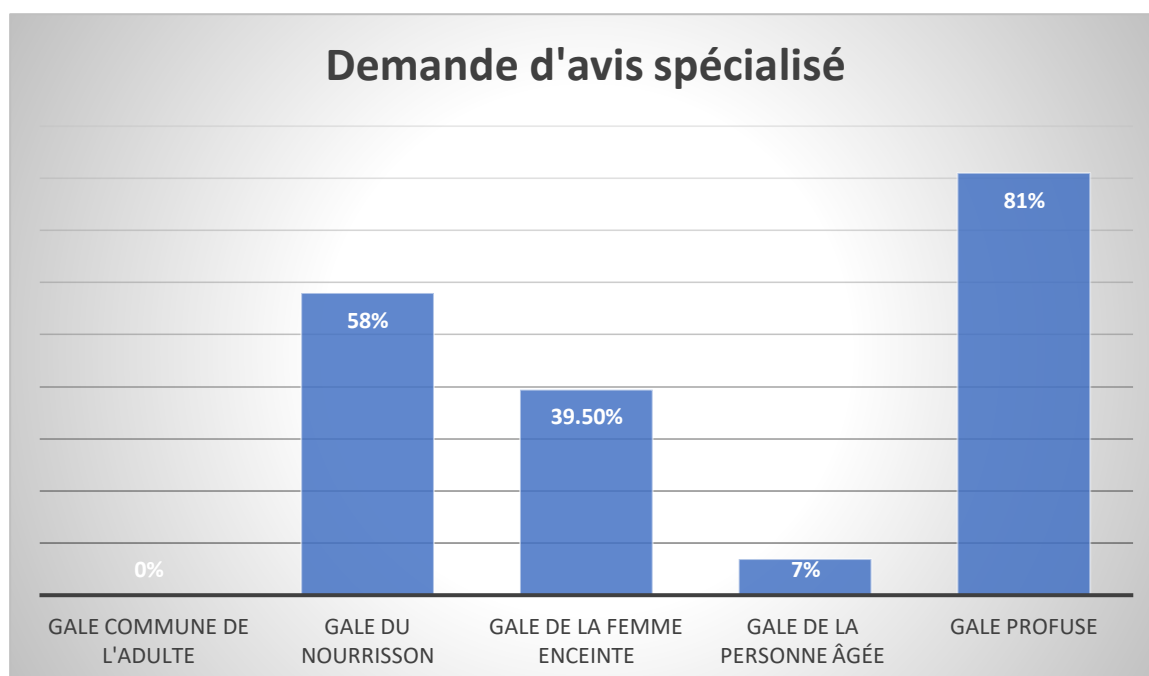
- 122 médecins (soit 98%) des médecins utilisaient l'explication purement orale au cours de la consultation
- 56 médecins interrogés (soit 45%) remettaient au patient une fiche explicative du traitement
- Enfin seuls 13 médecins (soit 10%) s'appuyaient sur un relai par d'autres professionnels de terrains (ex : PMI, médecin scolaire, MSF...)

Demande d'avis spécialisé : (Graphique 8)

Nous avons demandé aux médecins généralistes dans quels cas ils recourraient à un avis spécialisé dermatologique en première intention :

- Gale commune de l'adulte : aucun médecin n'y avait recours
- Gale du nourrisson : 73 médecins (soit 58%) faisaient appel à un dermatologue
- Gale de la femme enceinte : 49 interrogés (soit 39,5%) y faisaient appel
- Gale de la personne âgée : 9 (soit 7%)
- Gale profuse : 101 (soit 81%)

Graphique 8 :



On voit donc que l'appel au spécialiste par les médecins généralistes en première intention concerne essentiellement les cas de gale étendue ou sur terrain spécifique (du nourrisson, et gale profuse) alors qu'ils se fient à leur propre examen clinique pour la prise en charge de la gale commune de l'adulte.

A quel spécialiste :

Lorsqu'un avis dermatologique était demandé, 111 médecins faisaient appel en priorité à un médecin libéral (soit 91,7% des répondants) contre 10 (soit 8,3%) à un dermatologue hospitalier.

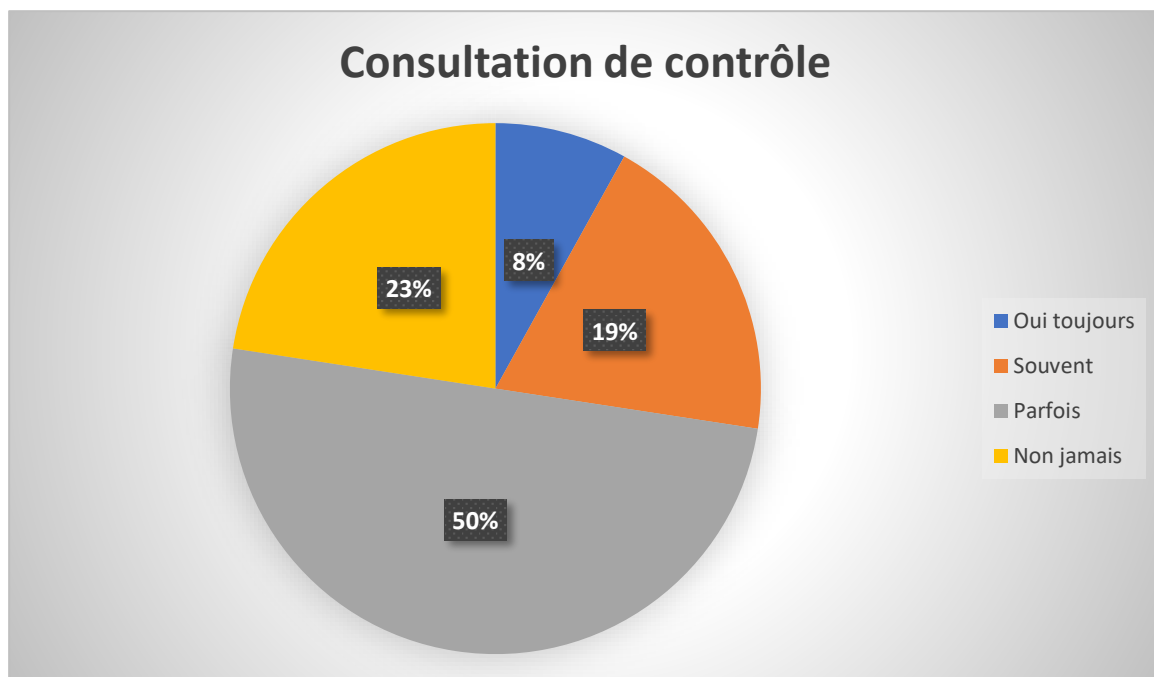
Le dermatologue de ville reste donc le relai privilégié du médecin généraliste quand il a besoin d'un avis spécialisé sur un cas de gale.

Consultation de contrôle après traitement : (Graphique 9)

Nous avons demandé aux médecins s'ils prévoyaient une consultation de contrôle après traitement initial :

- 10 ont répondu « oui toujours » (soit 8%)
- 24 ont répondu « souvent » (soit 19%)
- 62 ont répondu « parfois » (soit 50%)
- 28 ont répondu « non jamais » (soit 23%)

Graphique 9 :



La grande majorité des médecins ne prévoyait donc pas ou rarement de consultation de contrôle (72,6%).

Persistance des symptômes malgré traitement initial :

En cas de persistance des symptômes après traitement initial :

- 49 soit 39,5% faisaient une nouvelle prescription identique
- 60 soit 48% préféraient un changement de traitement
- parallèlement 80 médecins soit 64,5% demandaient un avis spécialisé

On voit donc que pour une majorité de médecins généralistes (64,5%) la persistance des symptômes malgré le traitement est un motif justifiant une consultation spécialisée.

Autres actions engagées en cas de nouvelle consultation :

Si le médecin était confronté à une nouvelle consultation du fait d'une persistance des symptômes malgré un traitement initial, les autres actions engagées étaient (question semi ouverte) :

- vérifier la compréhension du patient pour 119 (96%)
- vérifier l'absence de sujet contact non traité pour 116 (93,5%)
- vérifier la bonne application des règles de traitement de l'environnement pour 113 (91,1%)

Parmi les réponses ouvertes fournies par les médecins :

- 1 médecin proposait de rechercher une autre cause de prurit
- un autre préconisait l'ajout d'un autre traitement annexe anti prurigineux (anti histaminique, émollient)
- un médecin proposait le recours à un avis spécialisé dermatologique
- enfin un dernier s'assurait du respect de l'intervalle entre les 2 prises de traitement.

5) Difficultés rencontrées

La dernière partie du questionnaire explorait différentes difficultés rencontrées par les médecins généralistes concernant la prise en charge d'un cas suspect de gale ainsi que quelques propositions d'aide à cette prise en charge.

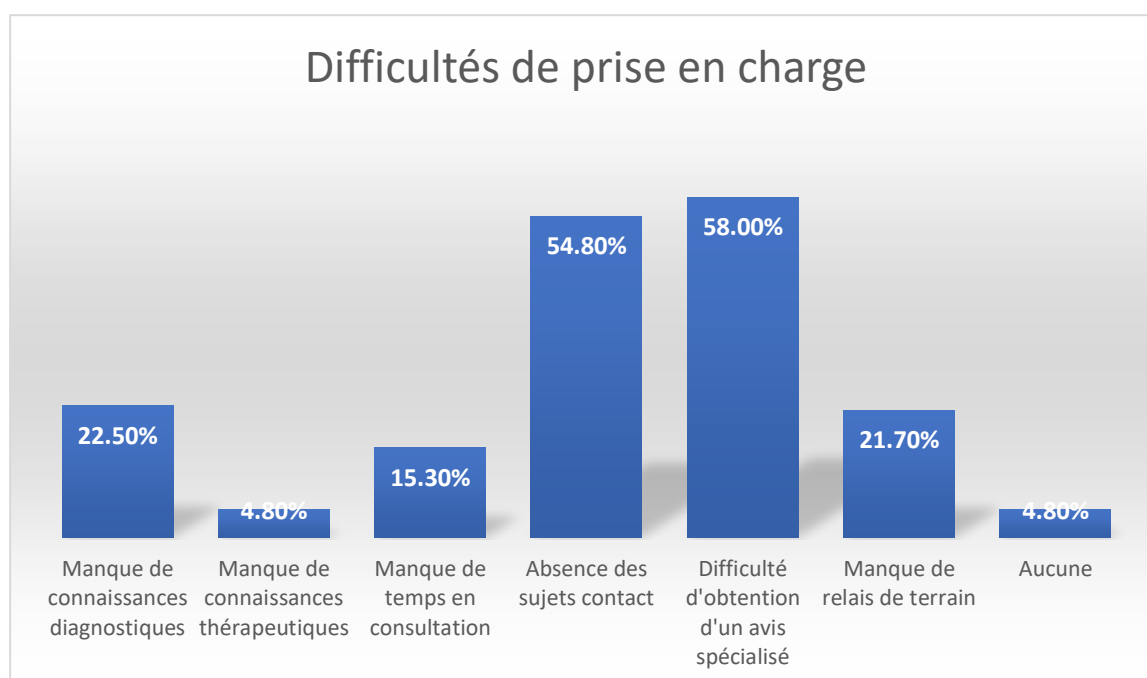
Difficultés liées à la pratique : (Graphique 10)

Pour cette question nous nous sommes intéressés aux difficultés identifiées dans la prise en charge de la gale en médecine générale.

Les difficultés étaient les suivantes :

- manque de connaissances diagnostiques : 28 (soit 22,5%)
- manque de connaissances thérapeutiques : 6 (soit 4,8%)
- manque de temps en consultation : 19 (soit 15,3%)
- absence des sujets contact lors de la consultation : 68 (soit 54,8%)
- difficulté d'obtention d'un avis spécialisé : 72 (soit 58%)
- manque de relais de terrain : 27 (soit 21,7%)
- aucune réponse : 6 (soit 4,8%)

Graphique 10 :



Il ressort donc qu'une majorité de médecins interrogés ne signalent pas de réelles difficultés de prise en charge de la gale mais plutôt des difficultés liées au traitement de l'entourage et à l'obtention d'avis spécialisés.

Difficultés liées au traitement : (Graphique 11)

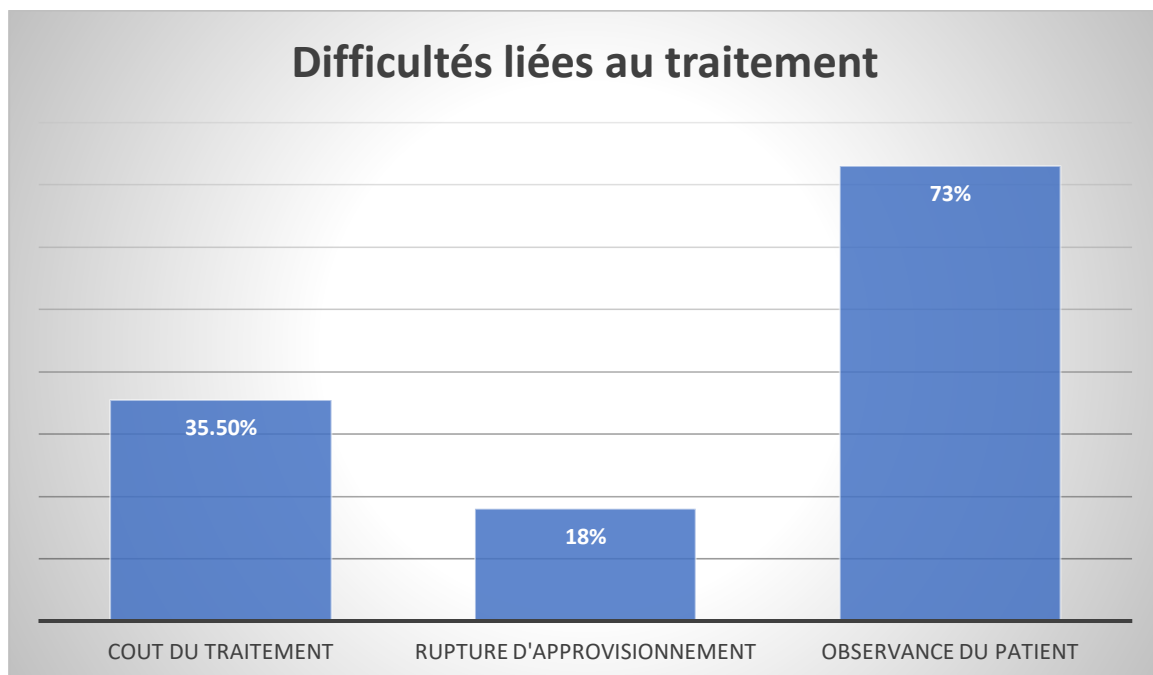
Concernant les difficultés liées au traitement :

-44 ont répondu : difficultés liées au coût du traitement (35,5%)

-22 ont répondu : rupture d'approvisionnement (18%)

-91 ont répondu : problème d'observance du patient (73%)

Graphique 11 :



Le cout du traitement ainsi que les problèmes de rupture d'approvisionnement ne semblent pas représenter de facteurs significatifs alors que le problème de l'observance du patient est très majoritairement mentionné par les médecins ayant répondu à l'étude.

Freins à l'observance thérapeutique :

- pour 70 médecins (56%) un défaut de compréhension du patient
- la complexité du schéma thérapeutique pour 61 médecins (49%)
- le refus du diagnostic est évoqué par 33 praticiens (51,5%)

Parmi les réponses ouvertes, 7 médecins ont évoqué le cout ainsi que la complexité du traitement de l'environnement quand 1 seul mentionnait les effets secondaires du traitement. Le problème du traitement de l'environnement semble donc significatif pour les médecins généralistes.

Situations provoquant des difficultés :

Nous avons recherché à dégager des situations contextuelles pouvant provoquer des difficultés dans la prise en charge d'un cas de gale :

- le contagement en collectivité en fait partie pour 104 médecins (84%)
- un niveau socio-économique bas reste évoqué par 97 praticiens (78%)
- le cas particulier de l'enfant de parents divorcés également pour 46 (37%)

Les réponses ouvertes ont permis de mentionner 4 autres situations potentiellement à risque de difficulté dans la prise en charge que sont :

- le cas particulier de la colocation
- la nécessité d'un arrêt de travail pouvant être pénalisante
- le cas de familles nombreuses ou recomposées
- l'automédication

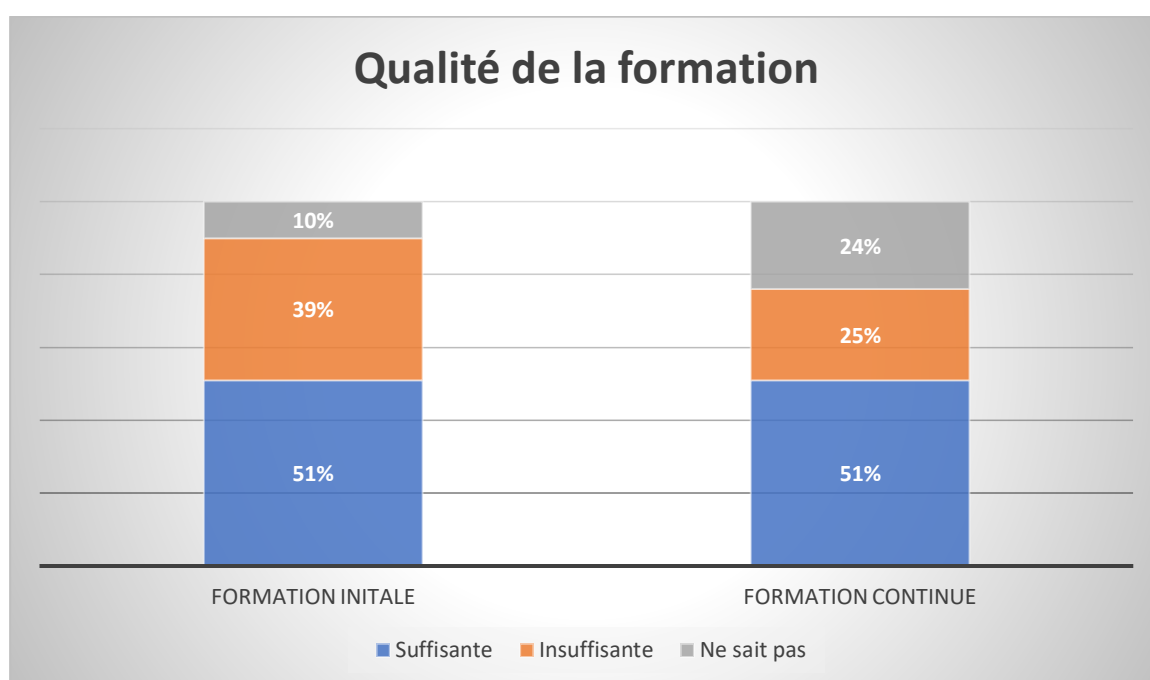
Formation médicale : (Graphique 12)

Nous avons demandé aux médecins interrogés s'ils trouvaient leur formation sur le sujet (gale) suffisante :

-concernant la formation initiale 63 médecins (soit 51%) la trouvaient suffisante contre 49 (39%) insuffisante et 12 (10%) ont répondu qu'ils ne savaient pas

-concernant la formation médicale continue 62 (soit 51%) la trouvaient suffisante contre 31 (25%) insuffisante et 29 (24%) ne savent pas.

Graphique 12 :



En cas de formation considérée comme « insuffisante » nous avons demandé aux médecins quelles étaient leurs propositions : sur les 15 médecins ayant répondu à cette question ouverte la majorité (10/15) ont répondu qu'il fallait améliorer la formation médicale continue (FMC) sur les sujets dermatologiques (en particulier la gale).

Les 5 autres réponses évoquaient respectivement :

- une formation à l'utilisation du dermoscope
- l'intégration de la dermatologie systématique dans un SASPAS
- le manque de temps pour se former

- essayer d'améliorer l'implication des dermatologues (locaux ou hospitaliers) dans la formation médicale des généralistes
- la possible création de formations sur internet sur le sujet

Nous avons de réaliser une analyse univariée de cette réponse en opérant une analyse affinée de la réponse à la question selon le niveau de formation initiale afin d'éliminer un éventuel biais de confusion. À noter que les médecins ayant répondu « ne sait pas » ont été exclus de ces analyses leur réponse ne signifiant pas forcément qu'ils trouvent la formation mauvaise.

Comparaison des réponses sur la formation initiale des médecins ayant eu un stage de dermatologie au cours de leur externat ou de leur internat (**Tableau 3**)

Tableau 3 :

	Formation initiale suffisante	Formation initiale insuffisante	
Stage en dermatologie	23	14	37
Pas de stage en dermatologie	40	35	75
	63	49	p-value=0,37

On peut voir ici qu'il y a une plus forte proportion de médecins trouvant la formation initiale insuffisante parmi ceux qui n'ont pas eu de stage de dermatologie (71%) par rapport à ceux qui ont déjà bénéficié d'un stage en dermatologie au cours de l'internat ou de l'externat (63%). Cependant, cette différence n'est pas statistiquement significative avec une **p-value=0,37** selon le test du Chi2.

Il n'existe donc pas de lien statistiquement significatif entre le fait d'avoir réalisé un stage en dermatologie au cours de la formation initiale et le fait de trouver celle-ci

suffisante ou non ce résultat étant toutefois possiblement dû à un manque de puissance de l'étude.

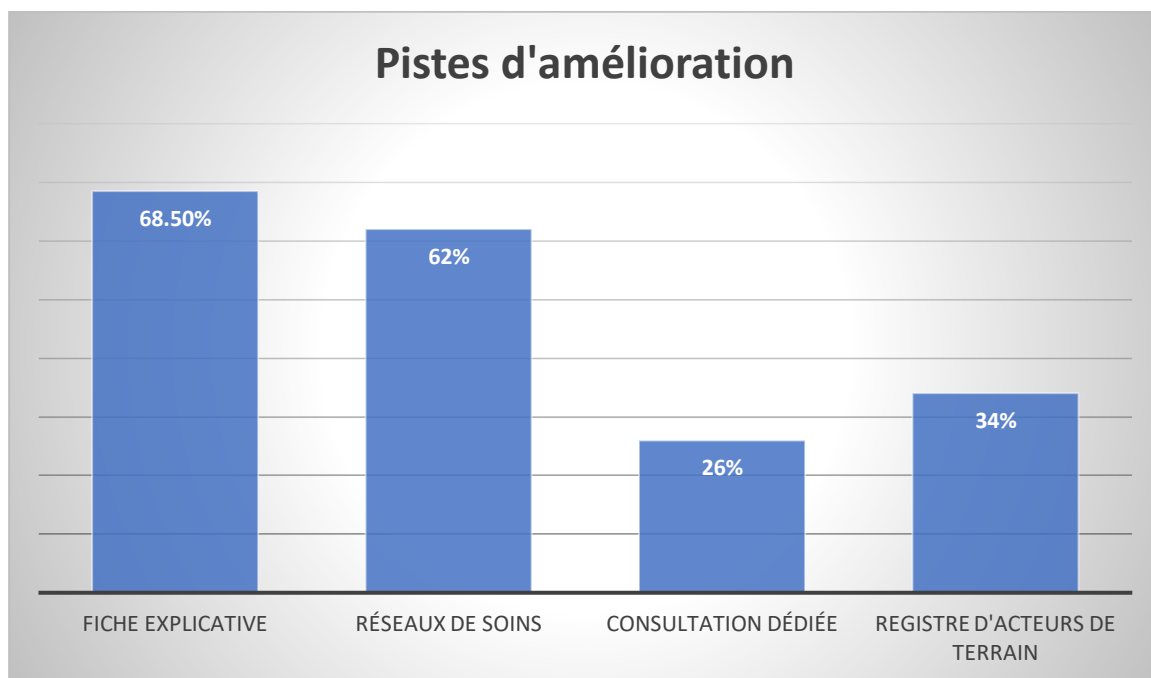
Concernant la formation continue, les médecins interrogés la trouvent d'une faible majorité (à 51%) suffisante, toutefois on remarque que parmi les réponses ouvertes données l'accent est mis sur une amélioration de cette formation continue.

Mesures pour améliorer la prise en charge : (Graphique 13)

La dernière question du questionnaire était une ouverture portant sur quelques propositions pouvant améliorer la prise en charge de la gale en médecine générale, nous avons demandé aux médecins s'ils/elles pensaient qu'elles pourraient être utiles :

- La fourniture aux praticiens par l'assurance maladie d'une fiche explicative à remettre au patient est intéressante pour 85 médecins (soit 68,5% des interrogés)
- La création de réseaux de soins organisé entre dermatologues et médecins généralistes intéresse 77 médecins (soit 62%)
- La création d'une consultation dédiée pour la prise en charge d'un cas de gale (incluant le temps nécessaire d'explication et de traitement de l'entourage) avec une tarification spécifique a intéressé 32 médecins (soit 26%)
- Quant à la création d'un registre de correspondants (médicaux ou non) de terrain elle est jugée intéressante par 42 médecins (34%)

Graphique 13 :



Ces réponses ne sont que des pistes mais elles permettent déjà de dégager quelques priorités avec d'une part une aide pour pallier à la mauvaise observance des patients ainsi qu'un meilleur accès aux spécialistes (dermatologues en l'occurrence).

DISCUSSION

Dans cette partie, nous avons décidé de présenter uniquement les résultats principaux ainsi que les plus marquants permettant de répondre à l'objectif principal ainsi qu'à l'objectif secondaire en terminant par une brève ouverture sur des propositions pouvant améliorer la prise en charge de la gale en médecine générale.

1) Atouts et limites de l'étude

a) Biais de sélection

Le caractère monocentrique (seuls les médecins adhérents à l'URPS du Languedoc-Roussillon ont reçu le mail) ne permet pas d'extrapoler parfaitement ses résultats à toute la population de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon et à défaut de toute la France même si on peut noter une comparabilité d'âge et de répartition par sexe par rapport à la totalité des médecins de la nouvelle région Occitanie. Le faible taux de réponse (9,3% des médecins adhérents à l'URPS soit environ seulement 3% des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon) confirme ce biais.

Ces données comparées à d'autres études du même type montrent qu'un mode de recueil différents permettrait d'obtenir un meilleur taux de réponse, en effet dans une étude réalisée en gironde par questionnaire mais avec divers modes de réponse (téléphonique, postal, fax, lettres) donnait un taux de réponse de 35% [24] alors qu'une autre étude dans la région centre réalisée lors d'entretiens au cabinet avait un taux de réponse de 90% [18] avec toutefois au final un nombre de réponse total similaire du fait de la complexité de tels recueils.

D'autre part, le choix du questionnaire en ligne pouvant engendrer un biais de sélection d'une part des médecins les plus aptes en informatique et d'autre part de ceux qui sont déjà intéressés par le sujet.

b) Biais d'évaluation

Le questionnaire comportait beaucoup de questions fermées afin d'obtenir les réponses les plus précises possibles mais cela pouvait parallèlement orienter les réponses des médecins interrogés.

Pour pallier à ce biais, plusieurs réponses à choix ouvert ont été introduites mais n'ont malheureusement obtenu que peu de réponses.

c) Force de l'étude

L'apparition récente d'études portant sur le même sujet confirme son intérêt actuel pour la communauté scientifique ainsi que son enjeu en termes de santé publique.

Il s'agit à notre connaissance de la première étude aussi exhaustive sur les pratiques et comportant une partie entièrement dédiée aux difficultés rencontrées sur le sujet de la prise en charge de la gale en médecine générale ce qui en fait son originalité.

Enfin, le choix d'un questionnaire permettait d'obtenir un échantillon plus grand et donc une meilleure représentativité qu'avec une approche qualitative ce qui est important dans le cadre d'une enquête de pratiques. Le caractère anonyme du questionnaire avait pour but d'obtenir les réponses les plus objectives possibles sans risque de jugement de la part d'un tiers.

2) Objectif principal : évaluation de la prise en charge des médecins généralistes

a) Prise en charge diagnostique

Cette étude a permis de montrer une **bonne connaissance des signes cliniques** évocateurs de gale de la part des médecins généralistes interrogés. Les 3 lésions élémentaires étaient connues de la totalité des médecins interrogés et seuls 3 d'entre eux ne connaissaient pas toutes les zones bastion de la maladie.

Cette bonne connaissance clinique est essentielle à une bonne prise en charge de la gale car le diagnostic de cette affection en première intention est essentiellement et avant tout clinique. [1]

On peut toutefois noter que, 47% des médecins ne connaissaient pas l'intérêt de la dermoscopie dans le diagnostic de la gale alors qu'il s'agit d'un examen non invasif, peu coûteux et réalisable simplement au cabinet du dermatologue permettant d'avoir un diagnostic positif avec une très bonne sensibilité (Se=91%). [23] Une meilleure connaissance de cet examen permettrait sans doute aux médecins généralistes de mieux orienter les cas posant problème sur le plan diagnostique auprès du spécialiste en sachant que celui-ci peut obtenir le diagnostic de certitude simplement. On pourrait même imaginer pouvoir proposer dans certaines zones où l'accès à un dermatologue est particulièrement compliqué proposer à des médecins généralistes volontaires une formation spécifique à l'emploi d'un dermoscope à visée diagnostique. Toutefois le coût d'un tel équipement (plus de 200€) et la relative faible fréquence de cette maladie (plus de 66% des médecins interrogés disent de suspecter de gale qu'entre 0 et 1 fois par mois) et la nécessité d'une formation rigoureuse à son emploi rendent cette hypothèse difficilement applicable en pratique.

b) Prise en charge thérapeutique

Au même titre que sur le volet diagnostique, la pratique des médecins généralistes est en **bonne adéquation avec les recommandations** en vigueur.

L'exemple le plus évident est la bonne intégration des dernières recommandations du HCSP [10] en ce qui concerne la nécessité d'une deuxième administration du traitement entre J7 et J15 qui est pratiquée « Toujours » ou « Souvent » par 73% des médecins interrogés.

La prise en charge de l'entourage est également bien intégrée, ceux-ci déclarant à plus de 80% traiter d'emblée l'entourage du « premier cercle » en cas de suspicion de gale comme cela est recommandé.

Cette partie permet également de confirmer que les médecins généralistes se fient avant tout à leur diagnostic clinique pour débiter un traitement d'épreuve, cependant, 62% d'entre eux affirment débiter ce traitement (toujours ou souvent) en l'absence de certitude diagnostique ce qui pourrait également constituer un frein et être considéré comme une difficulté dans la prise en charge de cette maladie à l'heure de l' « *evidence based medicine* » ; d'ailleurs ceux-ci semblent être amenés à remettre en cause leur jugement notamment en cas de nouvelle consultation du patient car cela amène 64,5% d'entre eux à adresser le patient à un spécialiste.

Hormis cette bonne connaissance des recommandations, on a pu remarquer qu'il existait une grande **hétérogénéité des pratiques** notamment concernant la galénique de traitement employé.

On voit que, malgré l'absence de preuve de supériorité d'un traitement combiné local et per os, celui-ci reste plébiscité par la majorité des médecins ayant répondu à notre étude (49,5%).

Concernant la prise en charge de la femme enceinte, cette grande hétérogénéité des pratiques amène 19% des médecins interrogés à utiliser le Stromectol en l'absence de recommandations claires à ce sujet alors qu'une attitude plus prudente semble proposée par le centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT) au regard de l'état des connaissances et du recul sur les différents traitements et ce quel que soit le terme de la grossesse [25]:

- si monothérapie suffisante : Perméthrine en première intention et Ivermectine en deuxième intention

- si bithérapie nécessaire : association Perméthrine + Ivermectine.

Il n'existe également pas de consensus clair sur la prise en charge de la gale de l'enfant tout particulièrement du nourrisson d'après le dernier rapport d'experts de la Société Française de Dermatologie datant de mai 2017 [26], et on voit que cela engendre à nouveau une hétérogénéité des pratiques pouvant amener à des erreurs de prescription

comme par exemple 19% des médecins interrogés qui prescrivent de l'Ivermectine à l'enfant de moins de 15kg alors que cela est contre-indiqué (données Vidal).

Cette situation pourrait nous amener à s'interroger sur l'intérêt d'une **mise à jour de ces recommandations** afin de les rendre plus précises comme c'est le cas par exemple aux USA ou au Japon [11 ;13] (ou le traitement local uniquement par Permethrine est recommandé en première intention) dans le but d'obtenir une uniformisation des pratiques sur le territoire.

c) Comparaison avec les autres études

Nous avons comparé notre étude à deux autres études de méthodologie comparable portant sur le même sujet :

-une étude réalisée dans la région centre entre mars 2016 et janvier 2017 auprès de 115 médecins généralistes de la région Centre [18]

-une étude menée entre juin et juillet 2016 auprès 224 médecins généralistes de la Gironde [24]

-Galénique utilisée : les 2 études comparatives relèvent comme la nôtre une grande hétérogénéité des pratiques avec une similitude aux 3 études qui est la prépondérance du traitement combiné (local + per-os) que l'on retrouve chez 78% des médecins dans la région Centre contre 45% des médecins dans la Gironde et 49,5% des médecins dans notre étude en Languedoc-Roussillon.

-Administration d'une 2ème dose de traitement : là encore, les 3 études concluent à une bonne connaissance de la recommandation d'une seconde administration du traitement entre J7 et J15 qui est pratiquée par 70% des médecins dans l'étude de la région Centre, 60,7% dans la Gironde et 73% des médecins dans notre étude.

-Traitement de la femme enceinte et de l'enfant : nous avons pu comparer ces résultats uniquement à ceux de l'étude de la région Centre (ces notions n'étant pas abordées dans l'étude girondine).

A nouveau l'hétérogénéité des pratiques est notée avec les mêmes écarts :

-23% des médecins de la région Centre prescrivait de l'Ivermectine chez la femme enceinte contre 19% dans notre étude alors que comme on l'a vu plus haut le traitement topique semble préférable en première intention si une monothérapie est suffisante.

-22% des médecins de la région Centre prescrivait de l'Ivermectine chez l'enfant quel que soit l'âge contre 19% dans notre étude alors que ce traitement est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 15kg.

-Traitement des sujets contact : le bon suivi des recommandations du HCSP retrouvé dans notre étude ou 88,7% des médecins traitaient d'emblée toutes les personnes dites du « premier cercle » se retrouve dans les deux autres études avec 65% de traitement des sujets du 1^{er} cercle dans l'étude de la région Centre et même 78% dans l'étude en Gironde.

Les résultats de notre étude sont donc globalement comparables aux deux autres études similaires réalisées sur le sujet que nous avons retenu. Même si ces études ne peuvent pas être exactement extrapolables à l'ensemble de la population de médecins généralistes française, elles permettent d'avoir une bonne estimation de leur prise en charge réelle de la gale.

3) Objectif secondaire : difficultés rencontrées par les médecins généralistes

a) Liées à la pratique

Le manque de connaissances diagnostiques ou thérapeutiques n'est retenu que par une minorité des médecins interrogés comme engendrant des difficultés dans la prise en charge de la gale.

Le manque de temps en consultation n'a également été évoqué que par 15,3% des médecins interrogés alors qu'un temps de consultation long avait été retenu par une étude comme pouvant très certainement améliorer la prise en charge de cette affection.

[27]

Seuls 4% des médecins interrogés déclaraient n'avoir aucune difficulté liée à leur pratique lors de la prise en charge d'un cas de gale, les deux notions principales qui sont par contre évoquées comme pourvoyeuses de difficultés par une majorité des médecins interrogés sont :

-La difficulté d'obtention d'un avis spécialisé :

En effet comme on l'a vu précédemment, les médecins généralistes se trouvent parfois en situation nécessitant un avis spécialisé dermatologique (notamment en cas de nouvelle consultation ou de cas très spécifiques comme la gale profuse), avec un appel quasi exclusif (91,7%) au dermatologue libéral.

Or, comme on peut le voir sur l'atlas national de la démographie médicale édité par le CNOM en 2016 [21], alors que la population est en constante augmentation dans notre région, le nombre de dermatologues est lui en décroissance de globalement 5% entre 2007 et 2016 sur toute la région Occitanie et jusque plus de 30% dans certains départements (Ariège et Tarn). Ce problème est en réalité national avec une baisse de 8,9% du nombre de dermatologues en France sur cette même période. La moyenne d'âge des dermatologues en exercice en France étant de 57 ans pour les hommes et 52 ans pour les femmes, on peut malheureusement penser que la situation n'est pas amenée à s'améliorer dans les années à venir avec

les futurs départs en retraite, notamment dans le Languedoc-Roussillon où le nombre d'internes formés en Dermatologie a baissé de 5 à 4 par année entre 2014 et 2018.

-L'absence des sujets contact lors de la consultation :

Cette considération a en effet été relayée par 58% des médecins interrogés. La prise en charge de la gale et surtout son succès repose avant tout sur une prise en charge concomitante de tous les sujets dits du « premier cercle » du cas suspecté sous peine d'un risque de ré-infestations à répétition et donc d'échec du traitement engagé. Cette particularité propre aux maladies infectieuses de contact semble générer une difficulté dans la prise en charge en médecine générale notamment, où bien souvent le patient consultant n'est pas accompagné par les sujets contact.

Le médecin se trouve alors confronté à une double difficulté d'ordre à la fois technique (temps nécessaire pour déterminer toutes les personnes à traiter ainsi que la réalisation des ordonnances avec parfois des données manquantes comme le poids des patients) mais également éthique (difficulté de réaliser une ordonnance pour un patient que l'on n'a pas examiné, que parfois ils ne connaissent même pas et dont ils ne connaissent pas les antécédents). La difficulté peut également venir d'un défaut de transmission d'information et de traitement du patient à son entourage.

Cette difficulté est d'ailleurs mise en exergue par l'étude portant sur les échecs thérapeutiques dans la prise en charge de la gale [27] comme une des causes principales d'échec. En effet dans cette étude rétrospective (de patients consultants au CHU de Marseille suite à un échec de traitement), le traitement synchrone des sujets contacts avait été jugé insuffisant dans 42% des cas.

On voit donc bien que cette prise en charge des sujets contact est une cause importante de difficulté rencontrée par les médecins généralistes alors qu'il s'agit d'un point crucial de réussite du traitement.

b) Liées au traitement

Les problèmes de coût et de difficulté d'approvisionnement ne sont plus retenus par une majorité des médecins interrogés :

-le cout du traitement (35,5%) : en effet, depuis plusieurs années, tous les traitements anti-scabieux (oraux ou topiques) sont pris en charge par la sécurité sociale, ce qui n'était pas le cas jusqu'en 2014 où seul l'Ivermectine était remboursée.

-les ruptures d'approvisionnement (18%) : la France a fait face dans les années 2012 à une rupture nationale d'Ascabiol qui était à l'époque majoritairement prescrit, ce qui a entraîné de grandes difficultés de prise en charge de la gale. Avec l'apparition de la Permethrine (Topiscab) en 2014, le retour d'une nouvelle formule de l'Ascabiol et la généralisation du traitement par Stromectol, cette situation n'est plus d'actualité.

Par contre, **le défaut d'observance du patient** apparaît comme le principal facteur de difficulté lié au traitement pour 73% d'entre eux.

Les freins à une bonne observance thérapeutique ont été détaillés dans une des questions de l'étude et les raisons évoquées parmi les propositions faites étaient hétérogènes avec un problème de défaut de compréhension du patient pour 56% des médecins, le refus du diagnostic par le patient pour 51% ainsi que la complexité du schéma thérapeutique pour 49% d'entre eux.

Bien que non proposée par le questionnaire, parmi les 8 réponses ouvertes à la question, 7 médecins ont évoqué le **problème de coût et de complexité du traitement de l'environnement** comme facteur de difficulté lié au traitement.

En effet, le risque de contagiosité de la gale par voie indirect (notamment via le linge) bien que faible a été démontré [28] et donc le traitement de l'environnement fait partie intégrante de la prise en charge de la gale. Or, celui-ci présente deux écueils principaux :

-sa complexité : le traitement efficace de l'environnement nécessite une certaine rigueur (lavage à 60°, isolement 72h des linges ne pouvant être lavés, pulvérisation de scabicides sur tous les tissus)

-son coût : actuellement il n'existe aucun traitement à visée environnementale remboursé, les traitements disponibles en pharmacie tels que l'A-PAR® peuvent s'avérer coûteux.

c) Liées au contexte

Concernant les situations contextuelles engendrant des difficultés de prise en charge, deux notions sont largement évoquées par les médecins généralistes.

Le contagement en collectivité : en effet, 84% des médecins interrogés rapportent cette situation comme rendant difficile la prise en charge de la gale.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cela :

-la nécessité d'une déclaration obligatoire en cas d'épidémie de gale en collectivité [4] pouvant engendrer une surcharge de travail du fait de la complexité de la démarche administrative.

-l'impératif de traiter concomitamment tous les sujets atteints mais également les sujets contacts, ce qui nécessite donc une diffusion de l'information aux professionnels et aux particuliers concernés, peut engendrer une difficulté d'ordre organisationnel mais également éthique (respect du secret médical).

-la nécessité d'éviction de 3 jours (professionnelle ou scolaire) pouvant être pénalisant pour les patients pour des raisons d'organisation (garde d'enfants) ou financières.

Le faible niveau socio-économique : bien qu'il ait été démontré que la gale était une maladie pouvant toucher tout individu sans distinction de niveau socio-économique [1], celui-ci peut par contre engendrer des difficultés de prise en charge pour plusieurs raisons :

-difficulté de compréhension de la part des patients des schémas thérapeutiques qui sont souvent complexes

-situations de précarité et de promiscuité au domicile majorant le risque de ré-infestation

-coût du traitement de l'environnement qui ne fait actuellement l'objet d'aucun remboursement par la sécurité sociale.

d) Comparaisons aux autres études

A l'heure actuelle, peu d'études se sont intéressées spécifiquement aux difficultés de prise en charge de la gale par les médecins généralistes, toutefois, ce thème est abordé dans l'une d'entre elles portant sur 115 médecins généralistes de la région Centre [18] au décours d'une seule question ne permettant pas de comparer les résultats avec notre étude dont l'abord du sujet est plus exhaustif.

4) Ouverture de la discussion : pistes pour améliorer la prise en charge de la gale en médecine générale ?

La dernière partie du questionnaire proposait en ouverture des pistes susceptibles d'améliorer la prise en charge de la gale par les médecins généralistes.

-La remise d'une fiche explicative au patient :

Cette suggestion semble intéressante pour 68,5% des médecins interrogés. Elle l'est à double titre : à la fois pour pallier à l'absence des sujets contacts lors de la consultation mais aussi pour permettre d'améliorer le défaut d'observance des patients.

Il a en effet déjà été démontré que l'emploi de support de ce type était de nature à améliorer l'observance du traitement par le patient [29 ;30].

La réalisation d'une telle fiche explicative a d'ailleurs déjà fait l'objet d'un mémoire [31], un exemple de celle-ci est disponible en annexe (**Annexe 2**). Il existe également de nombreuses fiches fournies par les laboratoires pharmaceutiques mais celles-ci sont hétérogènes et centrées sur le médicament fourni par le laboratoire et son mode d'utilisation spécifique.

Nous pourrions suggérer la distribution d'une fiche explicative par la sécurité sociale à tous les médecins généralistes afin d'uniformiser son contenu mais aussi permettre une diffusion la plus large possible, les travaux d'études qui bien qu'intéressants restent souvent confidentiels.

-La création de réseaux de soins :

Cette proposition jugée intéressante par 62% des médecins interrogés rejoint les difficultés rencontrées par ceux-ci dans l'obtention d'un avis spécialisé qui comme nous l'avons expliqué précédemment peut s'avérer important voir indispensable dans certaines situations.

La démographie médicale actuelle rend difficile la mise en place de tels réseaux, cependant, on peut penser que si chaque médecin généraliste avait un dermatologue référent, avec lequel il aurait noué une relation de confiance, l'obtention d'un avis spécialisé (même parfois sans forcément de consultation) pourrait éviter les consultations erratiques des patients et au contraire désengorger la consultation du spécialiste pour la réserver aux cas les plus difficiles.

- Plus curieusement, **la création d'une consultation dédiée** avec une cotation spécifique n'est évoquée que par 25,8% des médecins ayant répondu à la question, or, la nécessité d'une consultation longue a déjà été mentionnée comme pouvant permettre de diminuer le risque de récurrence dans une étude de 2016 portant sur les causes d'échec de traitement de la gale (auprès de patients consultant au CHU de Marseille). [27]

CONCLUSION

La gale est donc une maladie dermatologique contagieuse engendrée par un parasite (le *Sarcoptes Scabiei Hominis*) dont le caractère endémique de l'espèce humaine au niveau mondial et la recrudescence dernièrement notée dans notre pays en font un enjeu de santé publique.

Le médecin généraliste étant en première ligne dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de cette affection, cette étude a été menée afin d'évaluer les pratiques mais aussi dégager les difficultés éventuelles de prise en charge de la gale par ces derniers en Languedoc-Roussillon.

Nous avons pu constater que les médecins généralistes avaient de **bonnes connaissances** diagnostiques et des pratiques thérapeutiques plutôt en bonne adéquation avec les dernières recommandations sur le sujet. Cependant, cette étude a permis de mettre en évidence une certaine hétérogénéité des pratiques, engendrant parfois des erreurs thérapeutiques, sans doute liée en partie, à des recommandations peu précises.

Concernant les **difficultés de prise en charge**, celles-ci sont inhérentes à la maladie et à son traitement en grande partie avec notamment la difficulté du traitement de l'entourage du patient et de son environnement ou encore le défaut d'observance des patients.

Nous avons également constaté que la difficulté d'obtention d'un avis spécialisé pouvait être générateur de difficultés pour les médecins généralistes dans la prise en charge de cette maladie.

Bien que ne ressortant pas de manière nette dans les réponses obtenues, la formation est sans doute également un levier crucial dans l'amélioration des pratiques (notamment la formation continue) et celle-ci pourrait être orientée en fonction des difficultés rencontrées mentionnées dans cette étude par exemple.

En ouverture, quelques pistes ont été abordées permettant possiblement de répondre aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge de la gale afin de l'améliorer. Les voici ici résumées avec le problème auquel elles pourraient permettre de réponse :

-pour le défaut d'observance des patients ainsi que la complexité du traitement de l'environnement : la création d'une fiche explicative standardisée à remettre au patient.

-pour la difficulté d'obtention d'un avis spécialisé : la création de réseaux de soins avec notamment les spécialistes en dermatologie de secteur.

-concernant la difficulté de prise en charge de l'entourage non présent lors de la consultation : la création d'une cotation correspondant à une consultation dédiée.

-sur le coût et la complexité du traitement de l'environnement : la fiche explicative mentionnée plus haut serait utile ainsi que le remboursement d'un traitement adapté à l'environnement.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Dermato-info.fr, Comité de rédaction SFD. « Site grand public de la Société Française de Dermatologie », 24 avril 2018. http://dermato-info.fr/article/La_gale.
- 2- Hay, R.J., A.C. Steer, D. Engelman, et S. Walton. « Scabies in the Developing World—Its Prevalence, Complications, and Management ». *Clinical Microbiology and Infection* 18, n° 4 (Avril 2012): 313-23. <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2012.03798.x>.
- 3- Edison, Laura, Amanda Beaudoin, Lucy Goh, Camille E. Introcaso, Diana Martin, Christine Dubray, James Marrone, et Chris Van Beneden. « Scabies and Bacterial Superinfection among American Samoan Children, 2011-2012 ». *PloS One* 10, n° 10 (2015) : e0139336. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139336>.
- 4- Castor C, et Bernadou I. « Épidémie de gale communautaire - Guide d'investigation et d'aide à la gestion ». Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, novembre 2008. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=1396.
- 5- Décret no 99-95 du 15 février 1999 modifiant et complétant les tableaux de maladies professionnelles annexés au livre IV du code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État), 99-95 § (1999).
- 6- Usha, V., et T. V. Gopalakrishnan Nair. « A Comparative Study of Oral Ivermectin and Topical Permethrin Cream in the Treatment of Scabies ». *Journal of the American Academy of Dermatology* 42, n° 2 Pt 1 (Février 2000): 236-40. [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(00\)90131-2](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(00)90131-2).
- 7- Strong, M., et P. Johnstone. « Interventions for Treating Scabies ». *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3 (18 Juillet 2007): CD000320. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000320.pub2>.

- 8- Abdel-Raheem, Talal A., Eman M. H. Méabed, Ghada A. Nasef, Wafaa Y. Abdel Wahed, et Rania M. A. Rohaim. « Efficacy, Acceptability and Cost Effectiveness of Four Therapeutic Agents for Treatment of Scabies ». *The Journal of Dermatological Treatment* 27, n° 5 (Octobre 2016): 473-79. <https://doi.org/10.3109/09546634.2016.1151855>.
- 9- Manjhi, Pramod Kumar, Rani Indira Sinha, Manish Kumar, et Kumari Indu Sinha. « Comparative Study of Efficacy of Oral Ivermectin versus Some Topical Antiscabies Drugs in the Treatment of Scabies ». *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR* 8, n° 9 (Septembre 2014): HC01-04. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/9092.4878>.
- 10-HCSP. « Survenue de un ou plusieurs cas de gale. Conduite à tenir ». Paris : Haut Conseil de la Santé Publique, 9 novembre 2012.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=313>.
- 11-Prevention, CDC-Centers for Disease Control and. « CDC - Scabies - Resources for Health Professionals - Medications », 19 Février 2018.
https://www.cdc.gov/parasites/scabies/health_professionals/meds.html.
- 12-Anderson, Kathryn L., et Lindsay C. Strowd. « Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Scabies in a Dermatology Office ». *The Journal of the American Board of Family Medicine* 30, n° 1 (1 Janvier 2017): 78-84. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.01.160190>.
- 13-Executive Committee of Guideline for the Diagnosis and Treatment of Scabies.
« Guideline for the Diagnosis and Treatment of Scabies in Japan (Third Edition): Executive Committee of Guideline for the Diagnosis and Treatment of Scabies ». *The Journal of Dermatology* 44, n° 9 (Septembre 2017) : 991-1014. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.13896>.

- 14-« OMS | Les maladies liées à l'eau ». WHO. Consulté le 24 avril 2018.
http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/scabies/fr/.
- 15-Heukelbach, Jörg, et Hermann Feldmeier. « Scabies ». *The Lancet* 367, n° 9524 (27 mai 2006) : 1767-74. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68772-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68772-2).
- 16-Bitar D, Castor C, Che D, Fischer A, Haeghebaert S, et Thiolet JM. « La gale est-elle en augmentation en France? État des lieux à partir de diverses enquêtes régionales et nationales – 2008-2010 ». Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, mars 2011.
http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2011/gale_augmentation_france/rapport_gale_augmentation_france.pdf.
- 17-« Formes-de-la-gale-modes-contamination ». Ameli santé. Consulté le 22 mai 2018.
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/gale/formes-de-la-gale-modes-contamination>.
- 18-Carvigan, Christina. « Évaluation des pratiques et des difficultés de prise en charge de la gale par les médecins généralistes de trois départements de la région Centre ». Thèse d'exercice, Université François-Rabelais (Tours). UFR de médecine, 2017.
- 19-LE BRETON-LEROUVILLOIS Gwenaëlle. « La Démographie médicale en région Languedoc-Roussillon - Situation en 2015 ». Conseil National de l'Ordre des Médecins, s. d.
- 20-LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009-879 § (2009).
- 21-Gwenaëlle LE BRETON-LEROUVILLOIS. « ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016 ». Conseil National de l'Ordre des Médecins, 1 janvier 2016.

- 22-Walter, Birke, Jörg Heukelbach, Gernot Fengler, Christine Worth, Ulrich Hengge, et Hermann Feldmeier. « Comparison of Dermoscopy, Skin Scraping, and the Adhesive Tape Test for the Diagnosis of Scabies in a Resource-Poor Setting ». *Archives of Dermatology* 147, n° 4 (avril 2011) : 468-73. <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2011.51>.
- 23-Micali, Giuseppe, Francesco Lacarrubba, Anna Elisa Verzi, Olivier Chosidow, et Robert A. Schwartz. « Scabies : Advances in Noninvasive Diagnosis ». *PLoS Neglected Tropical Diseases* 10, n° 6 (16 juin 2016). <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004691>.
- 24-Gonzalez, Thomas. « La prise en charge de la gale par les médecins généralistes de la Gironde ». Thèse d'exercice, Université de Bordeaux, 2017.
- 25-« Scabicides et grossesse ». Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Consulté le 23 mai 2018. https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=585.
- 26-Lê, M.-S., M.-A. Richard, K. Baumstarck, S. Hesse, C. Gaudy-Marqueste, J.-J. Grob, S. Mallet, et le groupe de recherche en dermatologie pédiatrique de la Société Française de Dermatologie. « [Evaluation of practices in the management of scabies in children] ». *Annales De Dermatologie Et De Vénérologie* 144, n° 5 (mai 2017) : 341-48. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2016.12.008>.
- 27-De Sainte Marie, B., S. Mallet, C. Gaudy-Marqueste, K. Baumstarck, N. Bentaleb, A. Loundou, S. Hesse, S. Monestier, J.-J. Grob, et M.-A. Richard. « [Therapeutic failure in scabies : An observational study] ». *Annales De Dermatologie Et De Vénérologie* 143, n° 1 (janvier 2016) : 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2015.10.588>.
- 28-Arlan, L. G., S. A. Estes, et D. L. Vyszynski-Moher. « Prevalence of *Sarcoptes Scabiei* in the Homes and Nursing Homes of Scabietic Patients ». *Journal of the American Academy of Dermatology* 19, n° 5 Pt 1 (novembre 1988): 806-11.
- 29-Weinman, J. « Providing written information for patients: psychological considerations. » *Journal of the Royal Society of Medicine* 83, n° 5 (mai 1990) : 303-5.

30-Little, Paul, Martina Dorward, Greg Warner, Michael Moore, Katharine Stephens, Jane Senior, et Tony Kendrick. « Randomised controlled trial of effect of leaflets to empower patients in consultations in primary care ». *BMJ: British Medical Journal* 328, n° 7437 (21 Février 2004): 441. <https://doi.org/10.1136/bmj.37999.716157.44>.

31-HIE Julia. « Prise en charge de la gale commune en médecine générale. Réalisation d'une fiche d'information patient concernant son traitement. » Mémoire, Université de Caen, 2013.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire médical

- **Renseignements personnels et de pratique clinique :**

1-Sexe : M/F

2-Age :

3-Zone d'exercice :

. Urbain : OUI/NON

. Rural : OUI/NON

4-Localisation du cabinet au sein d'une « zone urbaine sensible » (=quartiers prioritaires de la politique de la ville depuis le 01/01/2015) : OUI/NON

Si oui précisez laquelle (facultatif) :

5-Formation complémentaire :

. Stage en service de dermatologie au cours

.de l'internat OUI/NON

.de l'externat OUI/NON

. DU d'infectiologie OUI/NON

. Participation à des formations complémentaires sur la gale : OUI/NON

. Autre :

6-Dans votre pratique combien de cas de gale suspectez-vous en moyenne par mois ?

. Entre 0 et 1

. Entre 2 et 5

. Plus de 5

- **Prise en charge diagnostique :**

7-Quelles lésions cutanées recherchez-vous par ordre de fréquence (classer de 1 à 4) ?

- . Sillons scabieux :
- . Nodules scabieux :
- . Vésicules perlées :
- . Lésions post grattage (papules érythémateuses excoriées) :

8-Dans quelles zones recherchez-vous en priorité ces lésions (classer de 1 à 6) ?

- . Espaces interdigitaux :
- . Face antérieure des poignets :
- . Coudes et emmanchures antérieures :
- . Région péri ombilicale :
- . Région génito-périnéale :
- . Ceinture :

9- Pensez-vous que la dermoscopie puisse aider au diagnostic de certitude ?

OUI/NON/NSP

• **Prise en charge thérapeutique initiale :**

10-Vous arrive-t-il de prescrire un traitement d'épreuve (en l'absence de certitude diagnostique) :

- . Oui toujours
- . Souvent
- . Parfois
- . Non jamais

11-En cas de suspicion de gale commune quelle galénique utilisez-vous en première intention ?

- . Traitement local uniquement
- . Traitement per os uniquement
- . Traitement local + traitement per os

12-Prescrivez-vous une deuxième administration de traitement entre J7 et J15 ?

- . Oui toujours
- . Souvent
- . Parfois
- . Non jamais

13-Cas particulier de la femme enceinte, quel traitement utilisez-vous ?

- . Ivermectine (Stromectol) : OUI/NON/NSP
- . Permethrine (Topiscab) : OUI/NON/NSP
- . Benzoate de Benzyle (Ascabiol) : OUI/NON/NSP

14-Cas particulier de l'enfant de moins de 15kg, quel traitement utilisez-vous ?

- . Ivermectine (Stromectol) : OUI/NON/NSP
- . Permethrine (Topiscab) : OUI/NON/NSP
- . Benzoate de Benzyle (Ascabiol) : OUI/NON/NSP

15-Quels sujets contact préconisez-vous de traiter en première intention (même si absents lors de la consultation) :

- . Conjoint et/ou partenaire sexuel : OUI/NON/NSP
- . Toutes les personnes vivant sous le même toit : OUI/NON/NSP
- . Environnement scolaire et/ou professionnel : OUI/NON/NSP
- . Autre :

16-En cas de surinfection cutanée (impétiginisation) quel traitement prescrivez-vous ?

- . Antibiothérapie locale : OUI/NON/NSP
- . Antibiothérapie per os : OUI/NON/NSP
- . Émollients : OUI/NON/NSP
- . Autre :

17-Quel moyen d'éducation thérapeutique utilisez-vous pour assurer la bonne observance du traitement ?

- . Explication orale : OUI/NON
- . Remise d'une fiche explicative : OUI/NON
- . Relai avec d'autres professionnels de terrain (PMI, Médecin scolaire, IDE...) :

OUI/NON

18-En première intention dans quels cas demandez-vous un avis dermatologique spécialisé ?

- . Gale commune de l'adulte : OUI/NON
- . Gale du nourrisson : OUI/NON
- . Gale chez la femme enceinte : OUI/NON
- . Gale profuse (norvégienne) : OUI/NON
- . Gale chez la personne âgée : OUI/NON

Si oui, à qui ? . Dermatologue libéral : OUI/NON

. Dermatologue Hospitalier : OUI/NON

• **Suivi :**

19-Prévoyez-vous une consultation de contrôle ?

- . Oui toujours
- . Souvent
- . Parfois
- . Non jamais

20-En cas de persistance des symptômes malgré votre traitement initial entraînant une nouvelle consultation quelle-est votre attitude thérapeutique ?

- . Nouvelles prescriptions identiques : OUI/NON
- . Nouvelle prescription avec changement de galénique : OUI/NON
- . Recours à un avis spécialisé : OUI/NON

21-En cas de persistance des symptômes malgré votre traitement initial entraînant une nouvelle consultation, quelles autres actions engagez-vous ?

- . Vérification de la compréhension du traitement par le patient
- . Vérification de l'absence de sujet contact non traité simultanément
- . Vérification de la compréhension sur le traitement de l'environnement

• **Difficultés rencontrées :**

22-Parmi les difficultés liées à votre pratique lesquelles rencontrez-vous fréquemment dans la prise en charge de la gale ?

- . Manque de connaissances diagnostiques : OUI/NON
- . Manque de connaissances thérapeutiques : OUI/NON
- . Manque de temps de consultation : OUI/NON
- . Absence des sujets contact lors de la consultation : OUI/NON
- . Difficulté d'obtention d'un avis spécialisé : OUI/NON
- . Manque de relais de terrain (acteurs médicaux ou para médicaux) : OUI/NON

23- Parmi les difficultés suivantes liées au traitement lesquelles rencontrez-vous fréquemment ?

- . Problème de coût du traitement : OUI/NON
- . Problème de ruptures d'approvisionnement en pharmacie : OUI/NON
- . Problème d'observance du patient : OUI/NON

24- Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont selon vous des freins fréquents à l'observance thérapeutique du patient ?

- . Défaut de compréhension du patient : OUI/NON
- . Complexité du schéma thérapeutique : OUI/NON
- . Refus du diagnostic par le patient (par connotation négative par exemple) : OUI/NON
- . Autre :

25- Parmi les situations contextuelles suivantes lesquelles sont selon vous facteur de difficulté dans la prise en charge de la gale ?

- . Contage en collectivité (milieu scolaire/EHPAD...) : OUI/NON
- . Niveau socio-économique bas : OUI/NON
- . Cas particulier de l'enfant de parents divorcés : OUI/NON
- . Autre :

26-Concernant la formation, vous paraît-elle suffisante sur le sujet (gale):

- . Formation initiale : OUI/NON/NSP
- . Formation médicale continue : OUI/NON/NSP

Si non, que souhaiteriez-vous ?

27-Parmi les propositions suivantes lesquelles sont selon vous en mesure d'améliorer la prise en charge de la gale en médecine générale :

- . Création d'une consultation dédiée longue (avec cotation spécifique) pour explication du traitement au patient et à l'entourage : OUI/NON
- . Fourniture aux praticiens par l'assurance maladie d'une fiche explicative à remettre au patient pour améliorer l'observance thérapeutique : OUI/NON
- . Création de réseaux locaux dermatologue/généraliste pour améliorer l'accès à un avis spécialisé (téléphonique dans un premier temps puis par photos et en consultation si jugé nécessaire)

. Registre recensant les acteurs de terrain (ex : médecin ou IDE scolaire, PMI, MSF...) pouvant être impliqués dans la prise en charge de la gale : OUI/NON

Annexe 2 : Fiche d'information patient concernant le traitement de la gale commune

(Extraite du travail de mémoire de Mme HIE Julia)

INFORMATIONS GALE COMMUNE

Pour vaincre la Gale
Pour vaincre la Gale



« La gale est une infection cutanée très contagieuse causée par un parasite pouvant toucher tout le monde. » Ref HCSP.

Quels sont les modes de transmission ?

Principalement par contact cutané direct avec une personne ayant la gale,

Plus rarement par l'intermédiaire de vêtements, linge, literie contaminés.

La gale se propage par le contact...

Les Objets



la Literie



de peau à peau et vêtements à peau



Quels sont les symptômes ?

Les démangeaisons à recrudescence nocturne car le parasite crée de petits sillons dans l'épiderme.



La gale ne se guérit pas spontanément.

Il est impératif de vous traiter ainsi que votre entourage et votre environnement.

Après le diagnostic et selon la prescription médicale : Deux possibilités de même efficacité :

- Médicamenteux en comprimé
- Local en badigeonnage sur le corps.

Il est important de traiter tous les membres de la maison le même jour.

N.B. - Précautions d'emploi pour les femmes enceintes et les jeunes enfants.

Les armes contre la gale



Hie Julia, 2018, DES médecine générale, Coen

LE PREMIER JOUR

Selon l'avis de votre médecin traitant

Si traitement local :

- Prendre une douche le soir et se sécher.
- Appliquer le produit sur une peau encore humide avec un gros pinceau sur l'ensemble du corps (sauf le visage) en insistant sur les plis (entre les doigts, base du cuir chevelu, aisselles, pubis, aines)
- Utiliser une serviette de toilette propre et mettre des vêtements et des draps propres.

Si traitement médicamenteux :

- Le matin au réveil, prendre son petit déjeuner puis attendre 2 heures et prendre le traitement à la dose prescrite par votre médecin.
- Respecter une période de jeûne de 2 heures après la prise.
- Le soir prendre sa douche, se rincer abondamment, utiliser serviette de toilette propre, vêtements et draps propres.

LE LENDEMAIN

Pour tout le monde

Traitement du linge utilisé depuis 3 j

*Mettre des gants

-Si le linge supporte une température de 60 °

*Le laver en machine avec les produits habituels.

-Si le linge ne supporte pas une température de 60 °

*Vaporiser un produit acaricide antiparasitaire (sur avis du pharmacien) sur chaque pièce de linge et le mettre dans un sac plastique hermétique pendant 3 jours puis le laver comme habituellement.

*Sans acaricide : mise en quarantaine du linge (dans un sac).

Prendre une douche le soir.

Se rincer abondamment. Utiliser une serviette de toilette propre, des vêtements et des draps propres.

8 JOURS PLUS TARD

Selon l'avis de votre médecin traitant

Refaire le même traitement médical.

Les démangeaisons régressent habituellement en 3 jours mais peuvent persister plusieurs semaines.

PREVENTIONS

Se laver TOUS les jours



Laver vos vêtements et votre literie



Nettoyer les Sanitaires



Nettoyer les dentifrices



En cas de doute, prenez contact avec votre médecin ou votre pharmacien.

Ce document vous a été remis par un professionnel du soin :

Références Bibliographiques :

- Haut conseil de la santé Publique, novembre 2012
- PULLY S, maladies infectieuses et tropicales, 2012

Hie Julia. 2013. DE5 médecine générale. Caen

Abréviations

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

PEC : Prise en charge

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Se : Sensibilité

Sp : Spécificité

FMC : Formation Médicale Continue

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

DU : Diplôme Universitaire

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RÉSUMÉ

Introduction : Nous avons étudié les pratiques ainsi que les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge de la gale.

Matériel et Méthodes : Une enquête de pratiques descriptive transversale au moyen d'un questionnaire informatisé a été menée auprès de 124 médecins généralistes du Languedoc Roussillon pendant un mois entre janvier et février 2018.

Résultats : La totalité des médecins généralistes interrogés connaissaient bien les symptômes de la maladie. La plupart d'entre eux (49,5%) utilisaient préférentiellement un traitement combiné local et per os en première intention et une grande majorité (74%) appliquaient une deuxième administration du traitement entre J7 et J15. Les difficultés rencontrées concernaient surtout l'absence des sujets contacts en consultation (54,8%, la difficulté d'obtention d'un avis spécialisé (58%) et le défaut d'observance des patients (73%).

Discussion : Malgré la bonne connaissance diagnostique et la relative adéquation de leur prise en charge avec les dernières recommandations on peut voir qu'il existe une hétérogénéité des pratiques déjà retrouvée dans de précédentes études. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes sont inhérentes à la pathologie mais aussi à leur pratique (absence des sujets contact en consultation). La difficulté d'obtention d'un avis spécialisé dans une pathologie où le diagnostic repose sur l'examen clinique est aussi génératrice de difficulté pour les médecins généralistes. Quelques pistes d'améliorations pourraient consister dans la création d'une fiche explicative standardisée à remettre au patient, une réécriture des recommandations pour uniformiser les pratiques ainsi que la création de réseaux de soins entre médecins généralistes et dermatologues.

Mots clefs : Gale – Médecine générale – Pratique – Difficultés - Traitement

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine de Montpellier – 641 Av. du Doyen Gaston Giraud – 34090 Montpellier

Directeur de Thèse : Pr DEREURE Olivier

Doctorant : PONCET Mathieu