



HAL
open science

Les caractéristiques médico sociales des patients sans domicile fixe ayant eu un diagnostic de gale

Bastien Rives

► **To cite this version:**

Bastien Rives. Les caractéristiques médico sociales des patients sans domicile fixe ayant eu un diagnostic de gale. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03238562

HAL Id: dumas-03238562

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03238562>

Submitted on 27 May 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
Bastien Rives

Le 15 Novembre 2018

**LES CARACTERISTIQUES MEDICO SOCIALES DES PATIENTS SANS
DOMICILE FIXE AYANT EU UN DIAGNOSTIC DE GALE**

Directeur de Thèse : Dr FRANCES Pierre

JURY

Président : Professeur SOTTO Albert
Assesseurs : Professeur LACHAUD Laurence
Docteur PAVAGEAU Sylvain
Docteur FRANCES Pierre

**UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES**

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
par
Bastien Rives

Le 15 Novembre 2018

**LES CARACTERISTIQUES MEDICO SOCIALES DES PATIENTS SANS
DOMICILE FIXE AYANT EU UN DIAGNOSTIC DE GALE**

Directeur de Thèse : Dr FRANCES Pierre

JURY

Président : Professeur SOTTO Albert
Assesseurs : Professeur LACHAUD Laurence
Docteur PAVAGEAU Sylvain
Docteur FRANCES Pierre

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CIURANA Albert-Jean
ALRIC Robert	CLOT Jacques
ARNAUD Bernard	D'ATHIS Françoise
ASTRUC Jacques	DEMAILLE Jacques
AUSSILLOUX Charles	DESCOMPS Bernard
AVEROUS Michel	DIMEGLIO Alain
AYRAL Guy	DU CAILAR Jacques
BAILLAT Xavier	DUBOIS Jean Bernard
BALDET Pierre	DUMAS Robert
BALDY-MOULINIER Michel	DUMAZER Romain
BALMES Jean-Louis	ECHENNE Bernard
BALMES Pierre	FABRE Serge
BANSARD Nicole	FREREBEAU Philippe
BAYLET René	GALIFER René Benoît
BILLIARD Michel	GODLEWSKI Guilhem
BLARD Jean-Marie	GRASSET Daniel
BLAYAC Jean Pierre	GROLLEAU-RAOUX Robert
BLOTMAN Francis	GUILHOU Jean-Jacques
BONNEL François	HERTAULT Jean
BOUDET Charles	HUMEAU Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	JAFFIOL Claude
BRUEL Jean Michel	JANBON Charles
BUREAU Jean-Paul	JANBON François
BRUNEL Michel	JARRY Daniel
CALLIS Albert	JOYEUX Henri
CANAUD Bernard	LAFFARGUE François
CASTELNAU Didier	LALLEMANT Jean Gabriel
CHAPTAL Paul-André	LAMARQUE Jean-Louis

LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis

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

PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean
Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy

LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre

PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean
Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine

PREFAUT Christian

ROSSI Michel

PUJOL Rémy

SULTAN Charles

VOISIN Michel

TOUCHON Jacques

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
PELLISSIER 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-Génétiq

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

VISIÈRE 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-vénéréologie)

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
PANABIÈRES 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-vénéréologie
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

LAINE 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

J'adresse mes sincères remerciements :

A Monsieur le Docteur Frances Pierre :

Pour m'avoir proposé un sujet de Thèse intéressant et pour m'avoir accompagné si bien dans ce travail avec finesse et qualité d'écriture.

A Monsieur le Professeur Sotto Albert :

D'avoir été présent pendant mon externat à Nîmes et de me faire l'honneur d'être le président de mon jury .

A Madame le Professeur Lachaud Laurence :

De s'être intéressé à mon sujet de thèse et d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A Monsieur le Dr Pavageau Sylvain :

Pour son extrême bienveillance envers nous et bien sûr d'avoir accepté de faire parti de mon jury.

A Monsieur le Docteur Loève Jean François :

Pour m'avoir rassuré et confirmé que la médecine générale en ville était ma voie.
Pour ta qualité d'enseignement et nos longues discussions.

A Monsieur le Docteur Thibert Jean Baptiste :

Pour m'avoir rassuré et confirmé que la médecine générale en ville était ma voie.
Pour ta vision de notre avenir professionnel et tes engagements.

A mes professeurs et enseignants :

Qui ont su me transmettre les éléments clef de la médecine afin de construire cet arbre diagnostique sans même en avoir conscience.

A mon père :

A l'opposé du rien, sans être un tout ! Peut-on caractériser une absence ?

A ma mère :

Je parlais d'un tout... ?

Pour ton investissement sans limite. La justesse de tes décisions. Tes conseils emplis de sagesse. Que nos partages durent !

A Hugues :

Pour l'Homme que tu es.

Pour ton éternelle présence sans conditions.

A Daisy :

Elle qui est mon soutien inconditionnel. Elle qui est mon avenir.

Comme il l'a si bien dit : Elle est moi même, et il ne convient pas de se flatter.

A mes sœurs Charlène et Solène :

Pour avoir fait le ménage de ma chambre puis celui du buggy.

De me communiquer votre sentiment de fierté. Pour notre vie passée et future.

Que l'avenir réponde à vos rêves.

A mes grands-parents Marie-Jeanne (Nana) et Alain (Papi) :

Pour le partage de votre histoire et votre participation à la mienne.

Papi, pour ton art à travers un crayon à papiers.

Au vigneron de Sainte Barbe, Robert :

Non doué de ta plume, je ne m'efforcerai pas à ébrécher mes sentiments par des mots. Parfois les mots sont inutiles...

A François, Carlos et Gérard :

Pour m'accompagner dans ma passion.

Grâce à vous les choses sont simples.

A Mes amis

Pour m'avoir accompagné tout au long de ces études dans les difficultés et le plaisir.

Justine, Vivian, Mélanie, Galdric, Marine, Arnaud, Laura, Guillaume, Amélie, Julien L, Gwendal, Julien R, Anael, Marie, Jean, Julien W, Julie M, Julie D .

SOMMAIRE

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT	3
REMERCIEMENTS.....	17
LISTE DES ABREVIATIONS	22
1/ INTRODUCTION.....	23
1.1 Données historiques et épidémiologiques de la gale	23
1.1.1 Histoire	23
1.1.2 Épidémiologie.....	24
1.2 Gale et précarité	25
1.3 Les caractéristiques de la gale	26
1.3.1 Cycle parasitaire	26
1.3.2 Transmission.....	27
1.3.3 Système immunitaire et gale.....	28
1.3.4 Les différentes formes cliniques.....	29
1.3.4.1 La gale commune	29
1.3.4.2 Les différentes formes cliniques	34
1.3.5 Le diagnostic	37
1.3.6 Prise en charge thérapeutique	39
1.4 Objectif de l'étude	41
2/ METHODE	42
2.1 Type d'étude	42
2.2 Recueil des données	42
2.4 Présentation de la CISP	43
3/ RESULTATS.....	46
4/ DISCUSSION.....	59
4.1 Critiques concernant l'étude	59
4.1.1 Les points positifs :.....	59
4.1.2 Les points négatifs :	59

4.1 À propos des données recueillies lors des consultations au sein des deux structures.	61
4.2.1 Les différentes pathologies les plus souvent observées au sein de nos 2 CHRS (tableau II)	61
4.2.1.1 Les affections psychiatriques.....	61
4.2.1.2 Les problèmes sociaux	63
4.2.2 Part de la dermatologie dans les consultations réalisées	64
4.3 La Gale et ses aspects médico-sociaux chez les patients précaires	67
4.3.1 Éléments sociodémographiques des populations ayant la gale	67
4.3.1.1 Age des patients ayant la gale.....	70
4.3.1.2 Importance de la gale par rapport aux autres pathologies dermatologiques	71
4.3.2 Caractéristiques cliniques	73
4.3.2.1 Le prurit et les autres manifestations cliniques.....	73
4.3.2.2 La localisation des lésions	74
4.4 Les caractéristiques sociales des patients ayant la gale.....	75
4.4.1 L'hébergement	75
4.4.2 La couverture sociale	76
4.5 Les problème d'addiction au sein des populations consultées ayant la gale	77
4.5.1 Le problème du Tabac	78
4.5.2 La problématique de l'alcool	79
4.5.3 Les autres problèmes d'addictions progressent	80
5/ CONCLUSION :	82
BIBLIOGRAPHIE	83
SERMENT	90
PERMIS D'IMPRIMER	91
RESUME	92

LISTE DES ABREVIATIONS

HCSP : Haut Conseil pour la Santé Publique

SDF : Sans Domicile Fixe

CASO : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

SMIPP : Scabiei Mite Inactivated Proteases Paralogues

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CISP : Classification Internationale des Soins Primaires

ICPC: International Classification of Primary Care

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family souvent abrégé en World Organization of Family Doctors

OMS: Organisation Mondial de la Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

115 : SAMU social

SAMENTA : Santé Mentale et Addiction chez les sans domicile franciliens

HYPTEAC : Hygiène et ectoparasitoses chez les personnes sans logement d'Ile-de-France

CMU : Couverture Maladie Universelle

InVS : Institut de Veille Sanitaire

AME : Aide Médical d'Etat

1/ INTRODUCTION

1.1 Données historiques et épidémiologiques de la gale

1.1.1 Histoire

La gale est une parasitose qui a été prise en compte dès l'Antiquité.

Elle a été identifiée pour la première fois en Chine au 28^{ème} siècle avant Jésus-Christ, et portait la dénomination de Sou-wen. (1)

Le prurit est la caractéristique de la gale. D'ailleurs, c'est à cette fin que les grecs l'ont appelée **psora** (pso : gratter), et les romains **scabiès** (scabere : gratter). (2)

Ces termes peu spécifiques étaient également utilisés pour décrire d'autres pathologies dermatologiques prurigineuses : lichen, eczéma....

Cependant, la contagiosité de cette parasitose était bien connue, et conduisait souvent les scientifiques de l'époque à conseiller des applications de soufre chez les patients. (2)

L'identification de *Sarcoptes scabiei* (du grec sarx : la chair, et kopto : je coupe) n'a été effective qu'à partir de 1834 grâce à Renucci qui a mis en évidence le sarcopte responsable des manifestations cliniques. (1,2)

Par la suite, cette pathologie cutanée a été décrite de manière circonstanciée par Bazin en 1880 dans le dictionnaire de Dechambre. (2)

La gale est décrite alors comme *une ectoparasitose cutanée due à un acarien : Sarcoptes scabiei hominis*.

Cette parasitose, de nombreuses fois décrites, demeure la première démonstration faite du lien étiologique entre un organisme vivant microscopique et une maladie transmissible en 1867 par Giovanni Cosimo et Diacinto Cestoni après l'observation au microscope de ce qui ne s'appelait pas encore un sarcopte dans son sillon. C'est à partir de ces constatations que le cycle parasitaire de la gale a été décrit de manière précise à la fin du XIX^{ème} siècle.

1.1.2 Épidémiologie

La gale touche entre 100 et 300 millions de personnes dans le monde chaque année de tout âge ; cela sans différence de sexe et touchant tous les milieux socio-économiques. (3)

L'incidence de la gale en population générale en France est estimée par le HCSP à 328 cas pour 100 000 habitants soit 0,3% en 2010.

Il existe une probable sous-évaluation de ces chiffres.

En effet, cette évaluation ne repose que sur les ventes de produits anti scabieux en officines, et ne tient pas compte des cas non traités.

De plus il est important de souligner que l'incidence de la gale en France depuis 2002 a augmenté de 10%. (4)

Néanmoins, certaines populations sont plus vulnérables, comme les enfants, les personnes âgées, les immunodéprimés ou encore celles vivant en collectivité comme dans des centres de soins de longue durée, centres d'hébergements ou dans les établissements pénitenciers.

Dans certains pays en voie de développement, la prévalence de gale peut avoisiner ponctuellement les 50% (5) ; élément qui nous permet de mettre en lumière une réalité : cette pathologie touche de manière fréquente les patients vivant dans la précarité.

D'ailleurs, deux études permettent de retrouver cette triste évidence :

- Une étude réalisée en 1996 à l'Hôpital Saint Louis de Paris évoquait la prévalence des problèmes cutanés rencontrés chez des patients en situation de précarité. Sur les 189 patients de l'étude, 73% vivaient dans la rue, et 23% en centre d'hébergement temporaire. Le problème cutané le plus courant était la gale chez 56,5% des patients ; suivaient ensuite les pédiculoses chez 22,4% des patients, l'eczéma chez 27%, les infections cutanées chez 7,2% et le prurit idiopathique chez 5,5%. (6)

- A Marseille, le suivi de 930 personnes sans domicile fixe (SDF) sur quatre ans (2000-2003) a montré une prévalence de la gale de 2,9% dans les abris pour SDF. (7)

1.2 Gale et précarité

La précarité définit la condition qui résulte de l' « absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, quand elle devient persistante, quand elle compromet les chances d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même. » (8)

Le terme « personnes en situation de précarité » correspond à plusieurs champs qui ont chacun leur particularité : clochard, vagabond, SDF dormant dans la rue, SDF dormant dans des foyers d'hébergement temporaire ou hébergés chez des amis, non SDF en grande difficulté, sans-papier, personnes âgées isolées, travailleurs pauvres. Toutes ces catégories recouvrent une réalité différente qui a pour dénominateur commun une difficulté d'accès aux soins médicaux classiques tels que prévus dans le système de santé public ou libéral. (9)

Selon l'INSEE, le nombre de personnes sans domicile fixe a augmenté d'environ 50% entre 2001 et 2012 pour compter plus de 141 500 personnes sans domicile fixe en 2017. (10)

La prise en charge des patients sans domicile fixe doit manifestement devenir un enjeu de santé publique, et doit concerner à ce titre tous les acteurs du système de soins (médecin traitant en 1^{ère} ligne).

Nous avons réalisé une étude dans cette population, dont le nombre augmente de manière exponentielle, et qui malgré la multitude de ses noms (Sans Domicile Fixe, Sans abri, clochard...) se définit selon l'INSEE par *une personne dont l'hébergement est déficient*. (11)

En reprenant le thème de la santé, Médecins du Monde publie tous les ans le rapport de l'Observatoire de l'Accès aux soins de la mission France.

Cette association, dans ce document, expose les résultats de consultations des patients fréquentant les CASO. (12)

En 2016, les problèmes de santé des personnes sans domicile fixe rencontrées se concentrent autour :

- des affections digestives (27%),
- respiratoires (22%),
- ostéoarticulaires (20%),
- dermatologiques (18%).

Par ailleurs, dans le chapitre des affections dermatologiques, il est mis en exergue une prévalence plus élevée de parasitoses et candidoses par rapport aux autres patients (12).

Partant de ce constat médico-social, nous nous sommes intéressés à une parasitose qui reste nettement plus représentée chez les sans abris que dans la population générale : la gale.

1.3 Les caractéristiques de la gale

La gale humaine ou gale sarcoptique est une affection contagieuse qui se transmet par contact humain direct « peau contre peau » (13). Un contact prolongé est nécessaire pendant 15 à 20 min (14), tout comme il existe au sein d'un couple ou d'une famille. Du fait de la possible contamination sexuelle, la gale est aussi considérée comme une infection sexuellement transmissible. (15)

1.3.1 Cycle parasitaire

La gale est due à un ectoparasite (parasite externe vivant à la surface de son hôte) humain obligatoire.

Il mesure environ 0,4 mm pour la femelle et 0,25 mm pour le mâle. (13)

La fécondation des sarcoptes se déroule sur l'Homme, plus précisément dans les sillons (« sillons scabieux ») creusés par la femelle. Ces sillons se situent dans la partie superficielle de l'épiderme (la couche cornée). Après la fécondation, le mâle meurt. (16)

De son côté, la femelle fécondée progresse de 1 à 2 mm par jour en se nourrissant des débris cellulaires produits par les enzymes qu'elle sécrète. Une femelle peut produire jusqu'à 40 œufs (de 3 à 5 par jours) (17).

On estime à 10 % le nombre d'œufs aboutissant à des adultes.

La « vésicule perlée » est le lieu où loge le sarcopte adulte.

L'incubation est généralement de 3 semaines.

Le cycle parasitaire nécessite en moyenne 17 jours lors d'une première contamination mais est beaucoup plus court en cas de recontamination (2-4 jours).

1.3.2 Transmission

La transmission se fait essentiellement par les femelles adultes fécondées et très rarement par les formes larvaires. En effet, pour une transmission larvaire, il est nécessaire que celles-ci soient en très grand nombre.

La contamination est avant tout interhumaine par contact prolongé, ce qui explique son statut de maladie sexuellement transmissible.

Mais elle peut également s'effectuer de manière indirecte, par l'intermédiaire de l'environnement (litière, vêtements, objets en tissus, canapé, matelas...).

Ce mode de contamination est moins fréquent mais ne doit pas être oublié notamment en collectivité (surtout dans les formes profuses).

Les animaux de compagnies peuvent également être des vecteurs du parasite au même titre que le mobilier, le sarcopte scabiei hominis ne pouvant se développer sur eux (impasse parasitaire). Il est donc évident qu'il faudra éviter les contacts rapprochés avec ceux-ci les jours qui suivent le traitement.

A noter que certaines gales animales peuvent être transmises à l'Homme.

La mobilité du sarcopte à la surface de la peau est importante (de l'ordre de plusieurs centimètres par heure pour des déplacements sous 25 à 30° avec une forte humidité). Sa durée de vie est alors de 3 jours.

Il perd en revanche sa mobilité avec le froid ; mais en ralentissant leur activité biologique, la durée de vie augmente à 14 jours sous 14°. (18)

Néanmoins, le parasite ne survit pas aux extrêmes thermiques. Il meurt en 1h30 sous -25° et en quelques minutes dès que la température dépasse 50°. (19)

Les facteurs de risque de transmission sont les contacts physiques rapprochés, fréquents/prolongés (enfants, personnel soignant) donc la vie en collectivité et la précarité sociale.

1.3.3 Système immunitaire et gale

Des études moléculaires récentes ont mis en évidence chez le *Sarcoptes scabiei* des protéines homologues de certains allergènes présents chez les acariens de poussière des maisons. (20)

Parmi ces allergènes, on trouve des sérines protéases "trypsin-like" particulières dans la mesure où ces enzymes présentent des sites catalytiques non fonctionnels. Ces protéines inactivées appelées SMIPP (Scabies Mite Inactivated Proteases Paralogues) agissent comme des antagonistes des protéases actives. Les protéases actives sont reconnues par des récepteurs présents à la surface de certaines cellules épithéliales et déclenchent une réponse inflammatoire en induisant la libération de cytokines. (21)

Les SMIPPs pourraient se lier aux récepteurs à protéases des kératinocytes sans les activer, protégeant ainsi les acariens d'une réponse inflammatoire efficace de l'hôte.

1.3.4 Les différentes formes cliniques

1.3.4.1 La gale commune

C'est la forme la plus fréquente. Seulement une dizaine de parasites sont présents sous la peau (ce faible nombre est expliqué par la forte mortalité des stades immatures de l'acarien).

Cliniquement cette pathologie se caractérise par **un prurit** quasi constant, intense, à recrudescence nocturne et vespéral.

Il est attribué aux réactions immunologiques déclenchées par les déjections (salive, matières fécales) et les œufs du parasite. (16)

La topographie est évocatrice avec une prédominance à la face antérieure du corps, espace interdigitaux, face antérieure des poignets, creux axillaires, seins (mamelons), ombilic, organes génitaux, fesses. Elle est parfois diffuse mais le dos et le visage restent généralement épargnés. Le cuir chevelu peut dans certains cas être parasité (mais de manière exceptionnelle).

Les lésions spécifiques de la gale sont difficilement visualisées, mais leur présence permet de confirmer le diagnostic :

- **Les sillons scabieux** : c'est le signe pathognomonique (22) de la gale. Il s'agit d'une lésion filiforme légèrement surélevée, linéaire, souvent en forme de S, de couleur blanc-gris de 5 à 15 mm de long, terminée par un petit promontoire (papule) où se trouve le parasite femelle. Il est plus visible après une coloration par une goutte d'encre de chine. Ces sillons correspondent au trajet de l'acarien au niveau de la couche cornée de l'épiderme.



Photo 1 : sillon scabieux

- **Vésicules perlées** : élevures translucides et punctiformes sur fond érythémateux (abritant les nymphes).
Localisées surtout aux espaces interdigitaux. On peut les apercevoir au dermatoscope.



Photo 2 : vésicules perlées

- **Nodules scabieux** : réaction immunoallergique (ne contient pas de sarcoptes) pouvant persister plusieurs semaines malgré un traitement efficace. C'est une papule ou un nodule infiltré brun violacé, très prurigineux et parfois excorié.
Localisés préférentiellement aux plis axillaires et organes génitaux externes (surtout masculin).



Photo 3 : nodules scabieux



Photo 4 : persistance de nodules scabieux 5 semaines après traitement efficace

- **Lésions non spécifiques** : elles sont fréquentes. Il s'agit de stries de grattage, de papulo-macules excoriées, de placards lichenifiés. Il est fréquent d'observer également des impétiginisations, du fait d'un prurit intense, secondaire à des manipulations avec des mains sales. Elles restent

rare chez l'adulte et sont plus fréquentes chez l'enfant. Cette eczématisation demeure secondaire à la parasitose, mais peut également être secondaire aux traitements.



Photo 5 : prurit diffus, lésions de grattage, impétiginisation



Photo 6 : prurit, excoriation

1.3.4.2 Les différentes formes cliniques

Ces formes sont trompeuses de par leur singularité.

Chez le nourrisson :

Le prurit est inconstant et se traduit plutôt par une agitation. Il est irritable, s'alimente moins, puis surviennent des lésions peu spécifiques (lésions de grattage). Les signes évocateurs sont les lésions vésiculeuses pustuleuses typiquement localisées aux régions palmo-plantaires, et des lésions papulo-pustuleuses ou nodulaires (nodules scabieux) aux régions inguino-génitales et aux creux axillaires.

Les lésions secondaires, associant prurigo, impétigo, eczéma ou éruption érythémato-squameuse, sont souvent au premier plan et peuvent atteindre le visage.

Le caractère familial de la maladie représente un argument diagnostique important.



Photo 7 : lésion de gale chez un enfant de 2 ans

Chez la personne âgée :

Le diagnostic est souvent tardif car le prurit est souvent attribué à de nombreuses causes, et reste souvent considéré comme « sénile ».

De plus une atteinte du dos est plus fréquente associée à des formes bulleuses, mimant une pemphigoïde bulleuse (23).

Dans les maisons de retraite, c'est parfois l'apparition de cas chez le personnel soignant qui révèle une épidémie.

La gale des « gens propres » :

Encore appelée gale invisible, elle se caractérise par la présence uniquement d'un prurit. Il n'est pas objectivé de lésions cutanées ; cela s'expliquant par des soins d'hygiène répétés rendant le diagnostic difficile.

De ce fait l'anamnèse est le seul élément pouvant faire penser à cette parasitose. D'autre part, le contexte clinique et la notion de contagion sont importants pour évoquer la gale.

La gale profuse typique :

Elle est souvent difficile à diagnostiquer.

Les lésions s'étendent à l'ensemble du corps, et sont très prurigineuses.

Il est facile de la confondre avec un eczéma ou une allergie médicamenteuse.

Elle est souvent liée à un diagnostic tardif, à des traitements inadaptés ou à la présence d'un terrain immunitaire défavorable.

Les corticoïdes sont souvent en cause chez le sujet non immunodéprimé (une application prolongée de dermocorticoïdes à la suite d'un diagnostic erroné d'eczéma atopique peut conduire à une forme profuse).

La grande quantité de parasites rend cette forme très contagieuse.

La gale hyperkératosique :

Ou gale croûteuse, est une forme de gale profuse. Tout le corps est atteint y compris le visage et le cuir chevelu. Anciennement dénommée gale norvégienne, elle se manifeste par une érythrodermie associée à des lésions squamo-croûteuses (« hyperkératosiques »). Le prurit est discret voir absent.

Elle touche les personnes immunodéprimées ainsi que les personnes âgées vivant en collectivité.



Photo 8 : gale hyperkératosique

1.3.5 Le diagnostic

Le diagnostic est essentiellement clinique, établi sur la présence de lésions spécifiques (vues plus haut) ou non, lésions de grattage et leurs localisations. La notion de contagion est à rechercher en priorité ainsi que le caractère du prurit, nocturne, personnel, familial.

Une étude réalisée en milieu rural au Mali, où la prévalence de la gale est très élevée (13 %), a montré une très bonne sensibilité (96,2 %) et spécificité (98 %) du diagnostic clinique reposant sur la présence d'un prurit diffus et de lésions cutanées visibles à deux topographies différentes (24).

Cependant ces résultats sont difficilement extrapolables en France du fait de la plus faible prévalence.

Le traitement d'épreuve à visée diagnostique devrait être évité ; uniquement réalisé dans le cadre de doutes et de risques pour les patients fragilisés. Nous pouvons confirmer le diagnostic par dermatoscopie, par une recherche parasitaire par un biologiste entraîné, ou à la suite d'une étude anatomopathologique.

La dermatoscopie est utilisée pour le diagnostic de gale depuis plusieurs années (entre les années 1990 et 2000).

Avec un dermatoscope de poche à faible grossissement (x10 ou x20), on peut visualiser le parasite sous forme d'un triangle noir de très petite taille (signe du deltaplane qui correspond à la tête du sarcopte et les deux paires de pattes avant).
(24)

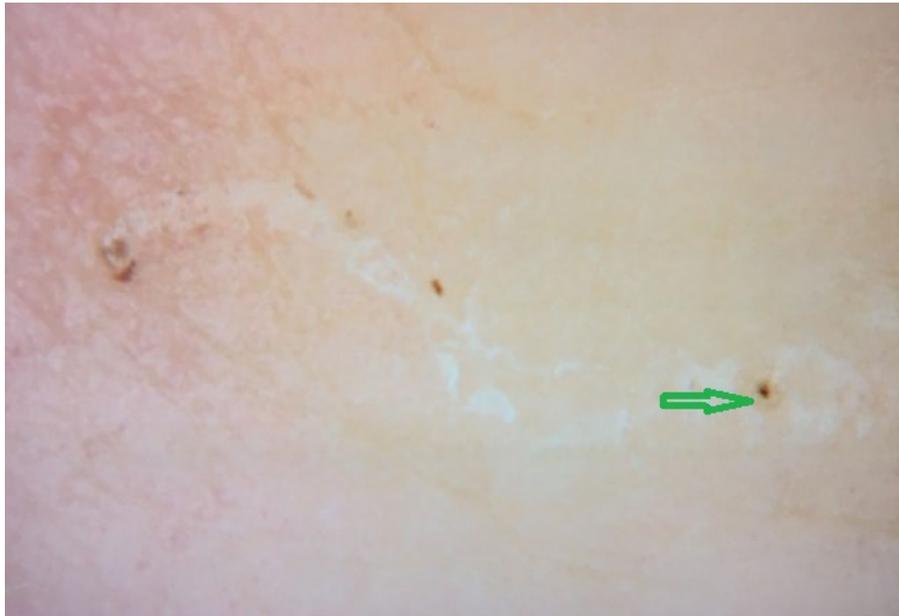
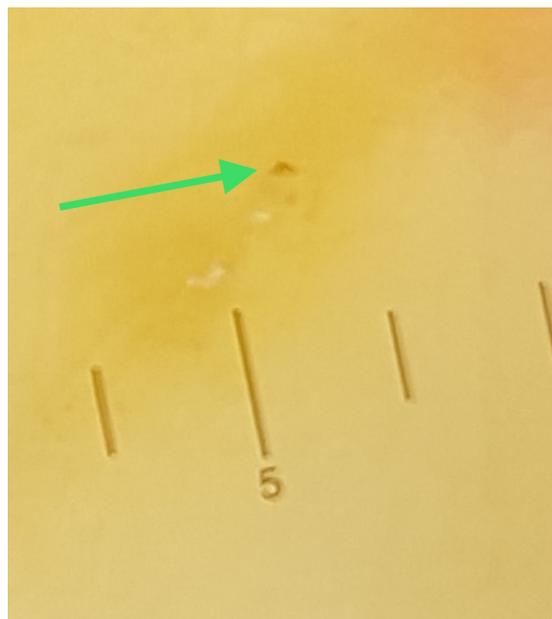


Photo 9 : en dermatoscopie



**Photo 10 : dermatoscopie X20 visualisation du sarcopte sous forme de
deltaplane**

Dans l'étude de Dupuy et Al, la sensibilité de la dermatoscopie dans la gale était de 91% et la spécificité de 86% (25).

Ces résultats sont intéressants, et ce, même si l'utilisateur n'est pas nécessairement expérimenté.

L'intérêt de cet outil reste sa facilité d'utilisation. Il permet d'analyser de nombreuses lésions en peu de temps et dans certains cas oriente le prélèvement parasitologique.

	Diagnostic parasitologique avec vaccinostyle	Diagnostic dermatoscopique
Sensibilité (%)	90	91
Spécificité (%)	100	86
Valeur prédictive positive (%)	100	88
Valeur prédictive négative	90	90

Tableau I : comparaison des 2 principales méthodes diagnostiques (25)

1.3.6 Prise en charge thérapeutique

Le traitement doit être débuté dès que le diagnostic est posé, l'objectif étant une éradication du parasite et une prévention de la contagion.

Il faudra prendre en charge le patient diagnostiqué mais aussi les sujets contacts et l'environnement.

Curatif : (26,27)

Il repose sur des traitements locaux comme :

- La perméthrine (TOPISCAB®) en crème à 5%. Il semble que ce traitement soit le plus simple et le plus efficace de tous les traitements topiques. La crème est appliquée sur tout le corps le soir, et 8 heures plus tard le patient peut se doucher. Il est important de renouveler ce traitement au bout de 10 jours.
- Le benzoate de benzyle (ASCABIOL®). Ce traitement est appliqué au pinceau sur l'ensemble du corps (excepté les muqueuses et le visage) qui sera humide (douche préalable). Le sujet ne peut se doucher que 24 heures

après l'application du produit. Tout comme la perméthrine, une nouvelle application est impérative au bout de 10 jours.

- L'esdépalléthrine (SPREGAL®). On pulvérise la lotion sur le corps (en épargnant le visage). Douze heures après cette application, le patient peut se doucher. Tout comme les traitements précédents, il est nécessaire de répéter cette application au bout de 10 jours. Ce traitement doit être utilisé avec grande prudence chez les sujets asthmatiques.

Il n'existe qu'un seul traitement efficace par voie orale : l'ivermectine (STROMEKTOL®). Il ne peut être utilisé que chez l'enfant pesant plus de 15 kg. La dose efficace est de 200 µg/kg. Il est nécessaire de renouveler ce traitement au bout de 10 jours.

Il n'existe pas de supériorité d'un traitement oral par rapport au traitement local.

Il n'est pas utile dans une forme classique d'associer un traitement oral et un traitement local ; excepté dans un cas de gale hyperkératosique. Dans la situation d'une forme hyperkératosique, on reconduit le traitement s'il existe des parasites ; cela même si le traitement a été administré de manière satisfaisante la première fois.

Préventif : (26,27)

Ce volet est très important.

En effet, il est nécessaire d'appliquer un traitement acaricide à base de pyréthriinoïdes (type A-PAR®) sur la literie et les canapés.

En parallèle, il est important de laver les vêtements à une température de 60°. Si cela n'est pas possible, les effets seront entreposés dans un sac poubelle bien fermé durant 24 heures en présence d'A-PAR et 72h sans. .

Par ailleurs, le sujet contaminé doit être isolé durant 48 heures, et l'entourage doit être préventivement traité.

Au sein d'une collectivité, il est important d'identifier un cas de gale. En effet, une enquête épidémiologique doit être réalisée.

Il est nécessaire d'effectuer un traitement préventif des personnes au contact du sujet atteint.

Pour se faire, on utilise plus fréquemment l'ivermectine du fait de sa facilité d'utilisation.

1.4 Objectif de l'étude

De par sa persistance depuis la nuit des temps et sa forte prévalence dans toutes les sociétés, la gale est une pathologie abordée dans le cursus universitaire des étudiants en médecine.

De ce fait, les manifestations cliniques leur ont été décrites de manière précise. Cependant, cette description correspond-elle à celle des populations que nous rencontrons dans les foyers de SDF ?

Pour répondre à cette question nous avons décidé, à partir des consultations effectuées durant plusieurs années, de faire le point sur les caractéristiques de cette parasitose chez les populations précaires.

A partir des données recueillies nous souhaitons identifier une éventuelle « spécificité » de cette parasitose au sein de ces populations.

2/ METHODE

2.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective descriptive multicentrique. L'objectif principal est d'évaluer les caractéristiques médico-sociales de la gale chez les sujets sans domicile fixe hébergés dans deux structures des Pyrénées-Orientales. L'objectif secondaire est de comparer les signes cliniques de la gale chez les sans-abri avec ceux de la population générale et la recherche des pathologies associées et habitus du patient (drogue, tabac, alcool).

2.2 Recueil des données

Un recueil de données a été réalisé du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2017 dans 2 centres situés dans les Pyrénées-Orientales :

- Le premier, le CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale) Mas Saint Jacques. Au sein de ce centre les consultations sont effectuées de 20h à minuit dans un bureau sans table d'examen ni matériel médical, l'investigateur apportant son propre matériel à chacune des visites.
- Le second, le CHRS Étape Solidarité sur Céret. Structure au sein de laquelle les consultations de médecine générale sont réalisées une fois par semaine (de jour), toujours par le même médecin.

Les consultations ont été dispensées à la demande des résidents ; aucune obligation de soins n'était imposée. Cependant les éducateurs et veilleurs de nuit sont chargés d'identifier avec tact et discrétion les sujets les plus vulnérables ou ceux dont l'état de santé ne semblait pas satisfaisant.

A chaque consultation, après une information orale donnée aux patients, les éléments de l'examen clinique ont été recueillis sur des fiches papiers mentionnant : l'origine géographique du patient, son âge, son genre, sa situation sociale et le type d'hébergement (115 ou insertion).

Il existe en fait deux types d'hébergement :

- Un hébergement d'urgence. Dans ce cas de figure l'utilisateur appelle le 115 l'après-midi, et il est secondairement dirigé dans une structure le soir même. Il peut de cette façon se nourrir (valable dans certains centres uniquement) et se loger. L'hébergement d'urgence au sein d'une même structure a une durée théoriquement limitée (3 jours). Les personnes hébergées arrivent entre 17 et 21 heures dans le CHRS et doivent le quitter le lendemain matin à 8 heures (maximum).
- Un hébergement de stabilisation, encore appelé « l'insertion ». Cet hébergement est réservé aux personnes ayant un travail, un projet d'insertion sociale ou une problématique de santé. Dans ce cas il est possible durant la période d'hébergement de rester la journée dans la structure.

Les pathologies présentes sont recueillies selon la CISP (Classification Internationale des Soins Primaires).

L'ensemble des données de cette étude a été retranscrit sur ordinateur toutes les semaines au moyen d'un logiciel de modélisation de données (Logiciel Ethnos®).

En ce qui concerne notre sujet d'étude, à savoir la gale, le diagnostic était posé par le médecin après examen clinique et dermatoscopique. Les informations cliniques concernant les caractéristiques de la gale sont détaillées ainsi que la situation sociale de chaque patient.

2.4 Présentation de la CISP

Cette classification est la version française de l'ICPC (International Classification of Primary Care) développée par l'organisation internationale des médecins généralistes (WONCA) et reconnue par l'OMS comme classification associée à la classification internationale des maladies. (28)

Le but étant de qualifier et de coder de manière standardisée :

- des symptômes ou des plaintes,
- des pathologies diagnostiquées,

- des procédures : actes réalisés par les médecins lors de la consultation ou en fin de consultation (orientations). (12)

Elle comporte 17 chapitres (ou appareils anatomiques) basés sur les systèmes corporels (système digestif, cardiovasculaire, neurologique...) auxquels ont été ajoutés des chapitres concernant la planification familiale, les problèmes psychologiques et les problèmes sociaux pour essayer de couvrir l'ensemble de l'activité en Médecine Générale. (29)

17 chapitres identifiés par une lettre ayant pour les anglicistes un caractère mnémotechnique :

A : Général

B : (Blood) Sang, système hématopoïétique / immunologie

D : Système Digestif

F : Oeil

H : (Hearing) Oreille

K : Cardiovasculaire, circulation

L : (Locomotion) Ostéo-articulaire

N : Neurologique

P : Psychologique

R : Respiratoire

S : (Skin) Peau

T : Métabolique, nutrition, endocrinien

U : Système Urinaire

W : (Work, travail) Grossesse, accouchement, planning familial

X : Système génital féminin et sein (Chromosome X)

Y : Système génital masculin et sein (Chromosome Y)

Z : Social

A ces chapitres s'ajoute un code par numéro :

- Pourquoi le patient est venu, symptômes ou plaintes : numéro 01 à 29.
- Procédures (clinique, diagnostique, paraclinique, orientation) : numéro 30 à 69.
- Diagnostic retenu : numéro 70 à 99. (29)

Dans notre étude, nous utilisons la classification alphabétique seule par souci de simplicité et du fait d'une représentativité satisfaisante.

En effet, les sous-divisions avec les chiffres se révèlent trop chronophage, et n'apportent pas nécessairement plus d'informations utiles à notre étude.

3/ RESULTATS

Durant la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2017, 4378 patients sont vus avec des fiches complétées et exploitables. 813 patients vus en 2013, 869 en 2014, 888 en 2015, 896 en 2016 et 912 en 2017. Le recueil est comparable selon les années.

Les pathologies diagnostiquées ou les plaintes sont classées selon les 17 chapitres de la CISP (cf. tableau II).

Pathologie	Nombre 2013	Nombre 2014	Nombre 2015	Nombre 2016	Nombre 2017
A : Générale	122 (6,5%)	108 (5,5%)	103 (5,1%)	106 (5%)	97 (4,4%)
B : Sang, organes hématopoïétiques	15	35	42	44	56
D : Appareil digestif	59	63	77	79	106
F : Œil	73	54	51	63	55
H : Oreille	38	59	62	58	69
K : Circulation	73	81	88	92	103
L : Ostéo-articulaire	105 (5,6%)	119 (6,1%)	132 (6,6%)	144 (6,8%)	156 (7,1%)
N : Neurologie	81	98	83	80	82
P : Psychologie	352 (18,9%)	377 (19,3%)	331 (16,5%)	376 (17,7%)	383 (17,4%)
R : Respiratoire	196 (10%)	211 (11%)	229 (11%)	245 (12%)	269 (12%)
S : Cutané	235 (12,6%)	269 (13,8%)	216 (10,7%)	293 (13,8%)	309 (14%)

T :					
Endocrinologie métabolique	69	55	52	24	61
U : Urologie	91	43	42	42	32
W : Grossesse, accouchement	1	0	0	0	0
X : Appareil génital féminin	16	12	9	8	4
Y : Appareil génital masculin	13	18	15	17	22
Z : Social	438 (23,4%)	469 (24%)	453 (22,5%)	570 (26,8%)	512 (23,2%)
TOTAL	1868	1956	2012	2130	2206

Tableau II : classification des pathologies recueillies selon la CISP

Prévalence de problème social : 55,7%

Prévalence de problème psychiatrique : 40%

Une fois les pathologies ou plaintes cutanées isolées, notre échantillon de sujet atteint de gale est mis en évidence avec une prévalence moyenne de 18,3% (Tableau III).

	Nombre de patients consultés	Nombre de pathologies ou plaintes cutanées	Prévalence de problèmes cutanés	Nombre de cas considérés comme une gale	Prévalence de la gale	Proportion de gale dans les problèmes cutanés
2013	813	235	28,9%	126	14,5%	53,6%
2014	869	269	31%	154	17,7%	57,2%
2015	888	216	24,3%	163	18,3%	75,5%
2016	896	293	32,7%	182	20,3%	62,1%
2017	912	309	33,9%	199	21,8%	64,4%
Moyenne			30,1%		18,5%	62,5%

Tableau III : nombre des pathologies ou plaintes cutanées, prévalence de la gale

Le recueil de données prenant en compte l'âge, il est possible de classer notre population en fonction des tranches d'âges (tableau IV).

Tableau IV : **tranche d'âge de la population**, effectifs, fréquences et prévalences.

Tableau IV.1, Recueil 2013

Classe d'âge de la population	Patients consultés	Répartition de la population	Cas de gale	Répartition des cas de gale	Prévalence
Entre 18 et 24 ans	85	10,5%	35	27,8%	41,2%
Entre 25 et 34 ans	262	32,2%	48	38,1%	18,3%
Entre 35 et 44 ans	229	28,2%	22	17,5%	9,6%
Entre 45 et 54 ans	175	21,5%	11	8,7%	6,3%
Au-delà de 55 ans	62	5%	10	7,9%	16,1%
Age médian	41,3 ans		30,8 ans		

Tableau IV.2, Recueil 2014

Classe d'âge de la population	Patients consultés	Répartition de la population	Cas de gale	Répartition des cas de gale	Prévalence
Entre 18 et 24 ans	88	10,1%	39	25,3%	44,3%
Entre 25 et 34 ans	289	33,3%	49	31,8%	17%
Entre 35 et 44 ans	242	27,8%	23	14,9%	9,5%
Entre 45 et 54 ans	188	21,6%	13	13,6%	11,2%
Au-delà de 55 ans	62	7,1%	22	14,3%	35,5%
Age médian	41 ans		32,8 ans		

Tableau IV.3, Recueil 2015

Classe d'âge de la population	Patients consultés	Répartition de la population	Cas de gale	Répartition des cas de gale	Prévalence
Entre 18 et 24 ans	91	10,2%	41	25,2%	45%
Entre 25 et 34 ans	312	35,1%	50	30,7%	16%
Entre 35 et 44 ans	220	24,8%	18	11%	8,2%
Entre 45 et 54 ans	193	21,7%	26	16%	11,2%
Au-delà de 55 ans	72	8,1%	28	17,2%	38,9%
Age médian	41 ans		33,1 ans		

Tableau IV.4, Recueil 2016

Classe d'âge de la population	Patients consultés	Répartition de la population	Cas de gale	Répartition des cas de gale	Prévalence
Entre 18 et 24 ans	102	11,4%	55	30%	53,9%
Entre 25 et 34 ans	326	36,4%	59	32,4%	18,1%
Entre 35 et 44 ans	245	27,3%	31	17%	12,7%
Entre 45 et 54 ans	181	20,2%	19	10,4%	10,5%
Au-delà de 55 ans	42	4,7%	18	9,9%	42,3%
Age médian	40 ans		31,2 ans		

Tableau IV.5, Recueil 2017

Classe d'âge de la population	Patients consultés	Répartition de la population	Cas de gale	Répartition des cas de gale	Prévalence
Entre 18 et 24 ans	113	12,4%	58	29,1%	51,3%
Entre 25 et 34 ans	349	38,3%	62	31,2%	18,1%
Entre 35 et 44 ans	236	25,9%	28	14,1%	11,9%
Entre 45 et 54 ans	168	18,4%	31	15,6%	18,5%
Au-delà de 55 ans	46	5%	20	10,1%	42,3%
Age médian	35,1 ans		31,6 ans		

Tableau IV.6, Synthèse du recueil de 2013 à 2017

Classe d'âge de la population	Patients consultés	Répartition de la population	Cas de gale	Répartition des cas de gale	Prévalence
Entre 18 et 24 ans	479	10,9%	228	27,7%	47,6%
Entre 25 et 34 ans	1538	35,1%	268	32,5%	17,4%
Entre 35 et 44 ans	1172	26,8%	122	14,8%	10,4%
Entre 45 et 54 ans	905	20,7%	108	13,1%	11,9%
Au-delà de 55 ans	284	6,5%	98	11,9%	34,5%
TOTAL	4378		824		18,8%
Age médian	39,7 ans		31,8 ans		

Nous avons par la suite décidé de nous centrer sur les manifestations cliniques des patients ayant cette parasitose (tableau V).

Nature des manifestations cutanées	2013	2014	2015	2016	2017
Cas de gale=n	n=126	n=154	n=163	n=182	n=199
Prurit avec excoriations	126	152	163	181	199
Sillons	5	4	4	3	2
Nodules	1	0	0	1	1
Chancre	1	0	0	1	0

Tableau V : nature des manifestations cutanées

Nous avons voulu également déterminer les localisations des lésions cutanées trouvées chez les patients atteints de gale (tableau VI).

Localisation des lésions	2013	2014	2015	2016	2017	Moyenne
Cas de gale=n	n=126	n=154	n=163	n=182	n=199	
Tout le corps	98 (57,7%)	106 (69,8%)	124 (76,1%)	145 (79,7%)	166 (83,4%)	73,2%
Au niveau des organes génitaux	5 (2,9%)	4 (2,6%)	1 (0,6%)	0	0	1,2%
Au niveau palmaire et plantaire	22 (12,9%)	32 (20,8%)	30 (18,4%)	37 (20,3%)	29 (14,6%)	17,3%
Au niveau thoracique	45 (26,5%)	12 (8%)	8 (4,9%)	0	4 (2%)	8,3%

Tableau VI : localisation des lésions

Le prurit est un élément cardinal dans la gale. Nous avons évalué son importance et son rythme (tableau VII).

Rythme du prurit	2013	2014	2015	2016	2017	Moyenne
Cas de gale=n	n=126	n=154	n=163	n=182	n=199	
Permanent	98 (77,8%)	140 (92,1%)	149 (91,4%)	173 (95,6%)	186 (93,5%)	90,1%
Nocturne	28 (22,2%)	12 (7,9%)	14 (8,6%)	8 (4,4%)	13 (6,5%)	9,9%

Tableau VII : nycthémère du prurit

L'étude sociale des patients contaminés a également été mise en avant par l'étude de leur mode d'accès à l'hébergement (tableau VIII).

Condition sociale	2013	2014	2015	2016	2017	Moyenne
Cas de gale=n	n=126	n=154	n=163	n=182	n=199	
115	39 (31%)	66 (42,9%)	71 (43,6%)	75 (41,2%)	74 (37,2%)	39,2%
Insertion	87 (69%)	88 (57,1%)	92 (56,4%)	107 (58,8%)	125 (62,8%)	60,8%

Tableau VIII : type d'hébergement des sujets dans notre échantillon de patients contaminés par la gale

Un autre chapitre social a également été étudié : la couverture maladie des patients ayant la gale (tableau IX)

Type de couverture	2013	2014	2015	2016	2017	Moyenne
Cas de gale=n	n=126	n=154	n=163	n=182	n=199	
ALD	32 (19,5%)	35 (18,3%)	46 (21,6%)	49 (20,9%)	48 (19,3%)	19,9%
AME	6 (3,7%)	3 (1,6%)	2 (1,9%)	3 (1,2%)	2 (0,8%)	1,8%
CMU	56 (34,1%)	89 (46,4%)	77 (36,2%)	89 (38%)	79 (31,7%)	37,3%
SECURITE SOCIALE ET MUTUELLE	41 (25%)	22 (11,5%)	31 (14,6%)	21 (9%)	18 (7,2%)	13,5%
AUCUNE COUVERTURE SOCIALE	29 (17,7%)	43 (22,4%)	55 (25,8%)	72 (30,8%)	102 (41%)	27,5%

Tableau IX : nature de la couverture sociale dans notre échantillon de patients contaminés par la gale

Enfin, nous nous sommes intéressés au problème des addictions de ces populations (tableau X).

Type d'addiction	2013	2014	2015	2016	2017	Moyenne
Cas de gale=n	n=126	n=154	n=163	n=182	n=199	
Tabac	108 (85,6%)	115 (74,7%)	142 (87,1%)	172 (94,5%)	185 (93%)	87%
Alcool	65 (51,6%)	78 (50,6%)	89 (54,6%)	93 (57,1%)	102 (51,3%)	53%
Autres addictions	21 (16,7%)	26 (16,9%)	32 (19,6%)	40 (24,5%)	41 (20,1%)	29,3%
Sans addictions	12 (9,5%)	18 (11,7%)	13 (8%)	11 (6,7%)	10 (5%)	8,2%

Tableau X : proportion des addictions dans notre échantillon de patients contaminés par la gale

4/ DISCUSSION

4.1 Critiques concernant l'étude

4.1.1 Les points positifs :

- Le recueil de données se déroule sur cinq ans avec une population consultée très large de 4378 patients dont 824 cas de gale objectivés. Ce grand échantillon est comparable chaque année
- Le médecin investigateur est un médecin généraliste formé à la dermatoscopie qu'il pratique depuis plus de 10 ans ainsi il nous apporte une forte pertinence diagnostique. Il utilise son matériel à chaque intervention dans les deux centres.
- Les caractéristiques sociales sont objectives, vérifiables et vérifiées.
- Travailler dans des structures dédiées aux SDF avec des éducateurs et des hôtes d'accueil permet de recueillir des informations très utiles pour poser le diagnostic clinique. Il ne faut pas oublier qu'un bon interrogatoire permet de poser un diagnostic dans plus de 50% des cas. De plus, recouper les informations obtenues par les autres professionnels de ces structures reste très utile.

4.1.2 Les points négatifs :

- Le recrutement est effectué dans 2 centres d'hébergement. Les résidents y demeurent de leur plein gré, et acceptent la vie en collectivité. Ils doivent respecter le règlement intérieur.
Ces contraintes ne permettent de voir que les sujets les moins désocialisés. Même si en période hivernale des bus sociaux circulent en ville, aucune contrainte d'hébergement n'est et ne doit être imposée.

Il est donc difficile d'étendre les résultats à toute la population de SDF. L'INSEE relève dans son étude « l'hébergement des sans-domicile en 2012 » que la moitié des sans-domicile sont en hébergement collectif (10). Notre étude est donc circonscrite géographiquement et structurellement.

- Le diagnostic de gale posé par le médecin investigateur seul peut être remis en question même si la dermatoscopie a une sensibilité identique à l'examen parasitologique. La population est peut être sous-évaluée.
- Toutes les personnes hébergées ne sont pas nécessairement examinées, et ce même si elles ont des manifestations cliniques en rapport avec la gale.

Même si la gale est un problème de santé publique avec des risques de contamination, nous n'avons pas le pouvoir d'obliger les usagers de consulter le médecin.

Bien entendu dans ces situations, devant toute suspicion, et en l'absence d'examen clinique et de traitement, un isolement de l'utilisateur est effectué. Dans l'article du monde sur « le manque d'hygiène, source de souffrance pour les sans-abri » pour le Dr Wiels du SAMU social de Paris 12^{ème}, tous les sans-abris ne se préoccupent pas de leur santé.

Notre confrère considère que seulement « l'élite » s'occupe de sa santé, sait prendre les médicaments, et consulte spontanément un médecin comme n'importe quel autre patient consulté. (30)

4.1 À propos des données recueillies lors des consultations au sein des deux structures.

4.2.1 Les différentes pathologies les plus souvent observées au sein de nos 2 CHRS (tableau II)

4.2.1.1 Les affections psychiatriques

Les affections psychiatriques prennent une grande part dans la population des sans abri comme nous avons pu l'observer dans notre échantillon (prévalence 40%), se plaçant de fait en 2^{ème} position des pathologies ou plaintes recueillies et la première plainte d'ordre médical.

Le constat que nous faisons ne concerne pas uniquement notre population. En effet, l'étude SAMENTA effectuée en 2011 auprès de 21176 SDF d'Ile de France (dont 859 interrogés vus en centre d'hébergement, en lits « halte soin santé » ou en hôtels sociaux) (31) montre une forte prévalence de troubles psychiatriques sévères de 31,5% (6670 personnes).

Mais cela n'est pas un caractère spécifique aux sans-abri.

L'OMS considère que sur une population classique vue en médecine générale, cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au 21^{ème} siècle relève du domaine de la psychiatrie (schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif...). (32)

L'enquête permanente sur la prescription médicale en 2011-2012 de la société IMS-Health (EPPM) nous permet de mettre en évidence que pour cent consultations de médecine générale en population générale, seulement 7% ont comme motif un trouble psychiatrique. Cependant, souvent derrière les plaintes somatiques des patients peuvent se cacher des détresses morales pas nécessairement prises en compte par les sujets.

Un exemple actuel concerne les maladies de Lyme chroniques. Le Pr Caumes a dirigé une étude publiée en juin 2018 sur la forme chronique de cette pathologie pour déterminer avec exactitude la réalité concernant le diagnostic posé.

A sa grande surprise, beaucoup de patients présentaient d'autres affections ; nombreuses appartenant au champ de la psychosomatique, et non de la réelle maladie de Lyme.

En effet 301 patients convaincus d'être atteint de la Borréliose de Lyme et présentant plusieurs symptômes ont été inclus entre janvier 2014 et décembre 2017. La prévalence de Lyme certain est de 9,6% et 2,6% de Lyme possible, ce qui est très faible surtout face aux 30,8% de troubles psychiatriques mis en évidence (dépression, syndrome de stress post-traumatique, épuisement professionnel, harcèlement moral ou sexuel...) (33)(34)(35) .

La forte proportion de troubles psychiatriques dans notre étude (deux fois supérieure au rapport de juin 2007 de Médecins du monde « La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri » = 18%) (36) est à mettre en relation avec la volonté de réinsérer les patients psychiatriques au sein de la société.

Du fait de restrictions économiques, mais aussi d'une volonté politique de réduire le nombre de lits disponibles en structures de soins psychiatriques (hôpitaux et cliniques confondus) permet d'expliquer ces chiffres.

En 2001, 88614 lits sont disponibles pour les soins psychiatriques en France et 86000 en 2015 alors que la demande ne cesse d'augmenter. (37)(38) .

La logique de réinsertion que souhaitent développer les politiques est souvent utopique.

Ces personnes n'ont pas les capacités de gérer leur quotidien et leur logement, ce qui conduit à leur expulsion et leur errance (39).

De ce fait, ces derniers se retrouvent donc en grande proportion dans nos centres d'hébergements.

4.2.1.2 Les problèmes sociaux

Une des caractéristiques essentielles de la Classification CISP est la possibilité de relever les plaintes exprimées par les patients (symptômes et plaintes) et **les problèmes sociaux** (chapitre Z). C'est le changement de paradigme intervenu en médecine et particulièrement en médecine générale qui a permis que la voix et les prises de positions des patients fasse partie intégrante dans un système considéré autrefois comme médical uniquement.

La légitimité de la prise en compte du champ social est aussi favorisée par les mouvements d'idées (que développent de plus en plus les réseaux sociaux) qui met le patient et non plus le médecin au cœur de la problématique de sa santé, et des soins qui s'y rattachent.

La CISP est le premier outil de catégorisation de l'information en médecine qui se veut, et s'affiche orientée vers le patient sous tous ses aspects. (40)

L'importance de la dimension sociale est mise en évidence ici, car il s'agit de la première doléance dans notre population avec près d'un quart des effectifs ayant des problèmes sociaux.

Les chiffres de notre étude sont comparables à une analyse de 2003 effectuée par le Dr Le Mauff. (41)

Même si ce travail est ancien, il permet de retrouver la présence de problèmes sociaux chez 23% des patients SDF.

Cela s'explique chez nos patients précaires.

En effet, ceux-ci ont des problèmes d'habitat, de travail, et par voie de conséquence un défaut de revenu.

A cela s'ajoute l'absence de couverture sociale souvent responsable d'un défaut de soins ; élément entraînant la détérioration de l'état de santé de nos patients sans abris.

4.2.2 Part de la dermatologie dans les consultations réalisées

Sur les 5 années de notre étude, nous trouvons 1322 patients se plaignant ou étant atteints d'une pathologie cutanée (soit 30% de la population consultée).

Les problèmes dermatologiques représentent 13% des pathologies ou plaintes recueillies, ce qui met la dermatologie en 3^{ème} position, derrière les problèmes sociaux et psychologiques soit la **première pathologie organique**.

Parmi les autres pathologies d'organes prises en compte au décours de nos consultations, les plus fréquentes sont : les pathologies respiratoires (11,2%), ostéoarticulaires (6,4%) et générales (5,3%).

Ce constat a été notifié également en Ile de France où les affections cutanées sont le principal motif d'entrée en lit infirmier au Samu-social de Paris en 2009. (42)

L'enquête permanente sur la prescription médicale en 2011-2012 de la société IMS-Health (EPPM) nous donne un tableau de recueil des motifs de consultation en soin ambulatoire en population générale comparable à notre recueil selon la CISP :

Motifs de recours ou de diagnostics pour 100 séances de médecin selon l'âge et le sexe (1^{er} septembre 2011-31 août 2012)

	Nombre de recours pour 100 séances					
	Moins de 25 ans		25 à 64 ans		65 ans ou plus	
	H	F	H	F	H	F
Ensemble des pathologies	117	119,9	140,5	139,9	200,7	208,3
Causes externes de morbidité et de mortalité	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Prévention et motifs administratifs	19,3	27,0	6,2	14,5	7,0	6,4
Grossesse, accouchement et puerpéralité	0,0	0,4	0,0	1,0	0,0	0,0
Lésions traumatiques	5,2	3,5	5,1	3,2	2,1	2,5
Maladies de l'appareil circulatoire	0,5	0,6	20,1	11,6	59,6	51,7
Maladies de l'appareil digestif	3,3	3,3	7,8	6,9	11,8	13,4
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,9	4,7	2,6	7,6	10,3	4,6
Maladies de l'appareil respiratoire	37,5	32,8	20,3	18,4	14,0	12,0
Maladies de l'œil et de ses annexes	3,5	2,9	2,6	2,6	4,9	5,6
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	7,5	6,3	2,1	1,7	1,2	1,2
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	7,8	7,8	5,2	5,4	4,4	3,9
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,1	0,3	0,1	0,5	0,6	0,6
Maladies du système nerveux	1,1	1,4	5,1	6,2	9,4	11,7
Maladies du système ostéo-articulaire	3,3	3,2	17,6	15,8	18,2	29,1
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	0,6	0,8	15,2	11,5	31,9	32,4
Maladies infectieuses et parasitaires	12,3	10,9	6,7	6,6	3,1	3,6
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire	12,1	11,5	8,4	9,7	11,2	13,4
Troubles mentaux et du comportement	1,9	2,2	14,6	15,9	8,2	14,7
Tumeurs	0,1	0,1	0,7	0,8	2,6	1,5

Chez les moins de 64 ans :

Pathologies ou plaintes d'ordre psychologiques : 7%

Problèmes administratifs apparentés problèmes sociaux : 13%

Pathologies respiratoires : 21%

Pathologies ostéoarticulaires : 8%

Pathologies cutanées : 5%

A partir de ce recueil, il est important de ne retenir que les 2 premières classes d'âges qui correspondent à celles retrouvées chez nos patients SDF.

Pour comprendre les propos précédents, il faut tenir compte de deux faits importants :

- L'espérance de vie en France chez les sans-abris est de 49 ans selon l'INSEE.
- L'espérance de vie est de 82,3 ans en population générale en 2014. (32)

Les personnes sans domicile souffrent d'un large éventail de problèmes médicaux et sont prédisposées aux infections en raison de leur état physique fragilisé et des difficultés d'hygiène qu'elles rencontrent.

La pathologie cutanée arrive dans les premiers motifs de recours médicaux des personnes en situation de précarité.

Les problèmes dermatologiques reflètent des conditions de vie difficiles (promiscuité, traumatismes, manque d'argent, carences nutritionnelles, climat, violences, accès limité aux soins de santé et d'hygiène), parfois exacerbées par la consommation d'alcool et/ou de drogues ou par des affections psychiatriques. De ce fait, les affections cutanées peuvent ainsi avoir diverses origines, souvent intriquées.

De plus, le recours aux soins étant souvent tardif, les lésions cutanées initiales sont souvent masquées par la surinfection et l'eczématisation, prenant rapidement des proportions difficiles à maîtriser ensuite.

De plus ce constat peut amener à des difficultés voire des errances diagnostic.

Ainsi la précarité ne crée pas de maladies à part quelques exceptions, mais elle rend certaines maladies plus fréquentes et toutes les maladies seront plus difficiles à prendre en charge. (42)(43)(44)(7)

Cela permet d'expliquer le fait qu'au sein de la population générale, les problèmes cutanés ne représentent que 5% des motifs de consultation en soins ambulatoires derrière les problèmes respiratoires (21%), ostéoarticulaires (8%), digestifs, infectieux ou encore métaboliques et endocriniens.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, Il reste indispensable de se préoccuper de l'état cutané de nos patients sans domicile fixe ; la peau étant le premier organe au contact de leur environnement hostile.

Par voie de conséquence la recherche des ectoparasitoses doit être un objectif du praticien généraliste.

4.3 La Gale et ses aspects médico-sociaux chez les patients précaires

4.3.1 Éléments sociodémographiques des populations ayant la gale

En ce qui concerne la gale sur les 5 années étudiées, nous notons une prévalence moyenne de 18,5% (14,5%-21,8%) avec une augmentation constante au fil des années qui dépasse les +7% entre 2013 et 2017.

Ce constat a également été observé dans la population générale.

Un rapport publié en 2011 par l'institut de veille sanitaire (41) objectivait une augmentation de l'incidence de la gale au sein de la population générale.

Ces chiffres, même s'ils ne sont pas récents, sont toujours d'actualité car la situation à ce sujet ne s'est pas nécessairement améliorée.

La prévalence constatée dans notre étude est 60 fois supérieure à celle donnée dans la population générale par l'HCSP en 2010. (4)

Pour être plus dans le champ de notre étude (qui correspond mieux à des populations précaires), nous avons pris en compte un travail effectué par une équipe parisienne en 2011.

Cette étude réalisée sur une population de SDF en hébergement et dans la rue demeure en proportion très représentative.

Le but de ce travail était de mieux repérer des problèmes d'hygiène et la prévalence de problèmes dermatologiques et infectieux notamment les ectoparasitoses (42). Celle-ci trouvait une prévalence de 0,35% chez les SDF bénéficiant d'un hébergement.

Ces chiffres sont identiques à ceux retrouvés en population générale en 2010 par l'HCSP.

La différence de résultats avec notre étude peut s'expliquer par certaines limites de cette étude :

- La population cible est restreinte aux francophones créant une sous-estimation de la prévalence.
Cela est d'autant préjudiciable que les migrants (non comptabilisés dans ce travail) sont originaires de régions d'endémie (Europe de l'Est, Afrique du Nord, Afrique subsaharienne, Asie). Or certaines communautés vivent en groupe dans l'espace public (du fait d'un problème de barrière linguistique ou pour des raisons culturelles ou ethniques) ; élément qui favorise la transmission des ectoparasites.
- Le fait qu'il existe une exclusion des personnes n'étant pas en mesure de donner leur consentement éclairé (cas de celles souffrant de troubles psychotiques ou de déficiences mentales sévères, mais aussi les personnes les plus alcoolisées). Ces patients peuvent contaminer plus facilement du fait de conduites à risque leurs congénères. En conséquence, cette constatation amène une nette sous-estimation de la prévalence de la gale. Ce biais est d'autant plus important que les affections psychologiques et addictives touchent une grande proportion de la population de SDF.
- Le diagnostic est effectué cliniquement par une infirmière via les lésions spécifiques de la gale et des photos sont analysées par un dermatologue. Les lésions spécifiques ne sont retrouvées que rarement et l'absence d'examen dermatoscopique amène une nouvelle sous-évaluation. Donner la possibilité de faire un diagnostic de gale par un autre professionnel de santé que le médecin peut exposer à des plus importants risques d'erreurs. Ce travers est de plus en plus développé, et obtient grâce auprès de nos politiques qui acceptent notamment un dépistage des mélanomes malins par les pharmaciens.

En effet depuis début juin 2018 le groupe pharmaceutique Pharmabest propose à ses adhérents un service de prévention et de dépistage des cancers de la peau à l'officine. Un patient inquiet pour un de ses nævus peut consulter une des pharmacies du groupe où une salle est dédiée à l'examen du nævus en question,

un dermatoscope muni d'un appareil photo permet la capture de l'image qui est ensuite envoyée à une plateforme de télémédecine ou des dermatologues interprète l'image et une réponse est donnée sous 15 jours pour 28€ et 14€ chaque nævus supplémentaire analysé, le tout non remboursé.

Avec toutes les limites que cela implique :

- L'interprétation de malignité d'une lésion par les patients est souvent erronée.
- Les surfaces cutanées invisibles par le patient comme le dos ne sera pas dépisté, zone pourtant les plus exposés au soleil.
- Faux sentiment de sécurité repoussant la consultation de dépistage chez le médecin généraliste ou le dermatologue (45)(46)(47)

A contrario notre étude est effectuée à la suite d'un recueil anonyme de tous les patients sans condition autre qu'accepter la consultation médicale, et sans nécessité de consentement évitant ce biais de sélection

Malgré tout, nos résultats s'apparentent quelque peu à ceux obtenus dans certaines communautés autochtones et pauvres en ressources d'Australie où la prévalence de gale avoisine les 50% (5).

La gale provoque alors une morbidité importante et reste sous-évaluée au sein de ces populations. La pauvreté, le surpeuplement, le partage des lits et les familles nombreuses sont tous des facteurs qui accroissent le risque de propagation de la gale dans ces communautés autochtones.

Du fait de l'absence de compétences locales, la gale risque de passer inaperçue et d'être diagnostiquée plus tardivement, tandis que les cas et leurs contacts risquent d'être traités de manière inadéquate. (5)

Ainsi notre population de sans abri hébergée partage des facteurs de risque avec ces populations autochtones :

- la vie en collectivité avec une forte promiscuité
- le retard diagnostique du fait de la désocialisation ; même si une fois en hébergement ils ont accès à un médecin, cela n'est possible qu'une seule

fois par semaine et à leur demande seulement. La consultation hebdomadaire ne permet de prendre en charge qu'une faible partie de ces patients nomades pour la plupart.

- le médecin doit avoir un diagnostic juste et l'observance du traitement doit être complète autant à titre individuel que pour les sujets en contact ainsi que l'environnement.

Des difficultés qui favorisent la propagation et la recontamination surtout dans cette population fragile tant sur le plan physique que psychologique.

Cette prévalence exceptionnelle dans notre population en fait un problème de santé publique, d'autant plus qu'en population générale la prévalence de la gale augmente de manière constante depuis plus de 15 ans. (4)

4.3.1.1 Age des patients ayant la gale

L'âge de la population ne varie pas selon les années et la médiane se situe à 40 ans (35,1-41,3) avec des extrêmes allant de 18 ans à 79 ans. La médiane de l'âge des patients atteint de gale se situe à 32 ans.

Notre population suit en terme de répartition par tranche d'âge celle de l'étude de l'INSEE sur l'hébergement des sans domicile en 2012, étude qui portait sur 66 300 adultes sans domicile (10) qui relevait :

Répartition par tranche d'âge	18-29ans	30-49ans	50 ans ou plus
	26%	49%	25%

Plus modestement une étude faite à Marseille de 2000 à 2003 auprès des SDF de deux centres d'hébergement d'urgence a montré un âge médian de 43 ans (7); élément allant dans le sens de notre étude.

Nous pouvons considérer que notre population de SDF hébergée est au niveau des tranches d'âges comparables à celles observées en France (au sein des populations de SDF).

Dans notre étude, la prévalence est la plus forte chez les 18-24 ans, de l'ordre de 47,1% et décroît pour atteindre un minima dans la tranche des 35-44 ans avec 10,4% pour remonter jusqu'à 35,3% chez les plus de 55 ans (tableau IV).

Il faut savoir que les 18-24 ans et à fortiori mais dans une moindre mesure les 25-34 ans ont tendance à se réunir et vivre ensemble, dans la rue, dans des squats et en hébergement.

Cela renforce les contacts prolongés, donc la notion de promiscuité, et de vie en collectivité comme facteur favorisant la gale.

La gale considérée comme une maladie sexuellement transmissible est plus représentée dans cette population jeune à plus forte activité sexuelle.

D'autre part, les sujets les plus âgés de notre recueil sont souvent en situation de grande précarité, présentent une faiblesse physique, ont une fréquence plus élevée en ce qui concerne les addictions, et ont un état de santé souvent mauvais (poly-pathologies) ; facteur qui rend ces populations plus vulnérables à cette ectoparasitose.

La gale exposée dans notre étude est une pathologie du patient jeune précaire et vivant en collectivité.

4.3.1.2 Importance de la gale par rapport aux autres pathologies dermatologiques

Dans notre recueil, la prévalence de problèmes cutanés atteint 30% dont plus de 62% de gale.

Par ailleurs, la proportion du nombre de résidents présentant un diagnostic de gale augmente d'année en année sur nos 5 ans de recueil.

La surreprésentation des maladies cutanées est un fait chez les sans-abri, dont l'origine est multifactorielle ; cette dernière étant favorisée par la précarité (condition d'hygiène, vie dans des conditions climatiques pouvant altérer la barrière cutanée, pathologies carencielles qui génère des répercussions au niveau de la peau)

Le prurit est ainsi un motif fréquent de consultation.

Chez les sujets vivant dans la rue, de nombreuses étiologies peuvent être responsables de ce prurit (insuffisance hépatocellulaire, leucomélanodermie, eczéma...).



Photo 11 : Leucomélanodermie

Cependant, le prurit peut également être secondaire à une ectoparasitose : la gale. (42)(43).

4.3.2 Caractéristiques cliniques

4.3.2.1 Le prurit et les autres manifestations cliniques

Dans notre échantillon de population, le symptôme cardinal de la gale demeure le prurit avec lésion cutanée de type excoriation (aspécifique). La présence de lésions spécifiques est peu représentée, voire exceptionnelle (2,8% des cas).

Ainsi, au sein de nos populations, le prurit est présent dans 100% des cas (Tableau V) ; données comparables à celles de la littérature où on parle de prurit quasi constant.

Il est important de noter l'association entre une lésion cutanée et le prurit qui sont les deux éléments importants dans le diagnostic ; association que l'on retrouve également dans la littérature (42).

Le prurit isolé n'est pas un mode révélateur fréquent de la maladie. (48)

Dans notre population, la présence de lésions spécifiques est rare et n'est en aucun cas indispensable au diagnostic de gale.

Même en s'obstinant à les chercher pourrait entraîner un sous-diagnostic de la maladie.

En effet, il faut avant tout se centrer sur les manifestations moins spécifiques.

En reprenant l'étude faite à Marseille de 2000 à 2003 auprès des SDF de deux centres d'hébergement d'urgence, on a pu observer que sur les 930 personnes qui ont accepté de participer, 2,9% avaient la gale mais 22% avaient des lésions de grattages. (7)

Dans notre étude, nous avons une prévalence de la gale beaucoup plus grande (plus de 18%).

Ces résultats sont secondaires à une prise en charge très codifiée : anamnèse, examen clinique et dermatoscopique.

Nous mettons en évidence la présence quasi-systématique de prurit avec excoriation

La présence de prurit avec excoriation chez 22% des patients et seulement 2,9% (comme présenté dans l'étude de Marseille) (7) considérée comme une gale

pourrait être interprété comme un sous diagnostic lié à l'attribution du prurit à une de nombreuses autres étiologies.

Cela est d'autant plus intéressant que le caractère nocturne du prurit est considéré comme étant primordial dans la littérature. En témoigne l'enquête HYTPEAC de 2011 « prévalences de la gale et de la pédiculose corporelle chez les personnes sans domicile en Île-de-France » qui pour la définition des cas utilise le caractère vespéral du prurit. Or dans notre étude chez les patients atteints de gale plus de 90% déclare que leur prurit est permanent (tableau VII).

4.3.2.2 La localisation des lésions

Dans notre échantillon, nous ne mettons pas en évidence de localisations spécifiques, mais surtout des lésions cutanées sur tout le corps dans près de 73% des cas.

Or, les données de la littérature font part d'une topographie spécifique et évocatrice avec une prédominance à la face antérieure du corps, espaces interdigitaux, face antérieure des poignets, creux axillaires, seins (mamelons), ombilic, organes génitaux, fesses.

Les lésions peuvent être parfois diffuses (ce qui n'est pas nécessairement mentionné de manière explicite dans les différents ouvrages (49)(50)(51)(52)), mais le dos et le visage restent généralement épargnés.

La seule localisation spécifique comparable entre les données de notre étude et la littérature est la localisation palmo-plantaire retrouvée dans 17% des cas ; localisation connue comme étant celle préférentielle du sarcopte

C'est à ce niveau que le parasite est souvent mis en évidence grâce au dermatoscope ; phénomène facilité du fait d'une épaisseur peu importante du revêtement cutané qui permet d'objectiver le sarcopte femelle.

Nous mettons en évidence des caractéristiques qui divergent de la littérature avec des critères diagnostiques modifiés.

Dans notre échantillon, la gale se caractérise par un prurit avec excoriation sans lésions spécifiques, une localisation diffuse avec une localisation palmo-plantaire assez fréquente.

Le problème posé dans le cadre du diagnostic de gale n'est pas uniquement les manifestations cliniques (qui restent souvent peu spécifiques), mais surtout par les possibilités et les connaissances dans la pratique de la dermatoscopie.

La dermatoscopie est un outil très utile, mais qui nécessite un entraînement et qui n'est pas utilisé de manière systématique par de nombreux généralistes.

4.4 Les caractéristiques sociales des patients ayant la gale

4.4.1 L'hébergement

La gale est plus fréquente chez les patients ayant accédé à l'hébergement via « l'insertion » (60,8%) (la répartition reste similaire en fonction des années) ou la durée d'hébergement est plus longue, ou la vie en collectivité est manifeste.

Dans le cadre de l'insertion, les conditions de vie sont plus codifiées :

- Respect des mesures d'hygiène (accès aux sanitaires facilité)
- Plus de facilité dans le renouvellement et le nettoyage des vêtements
- Règles strictes pour que les chambres soient propres, et les draps renouvelés.
- Entretien avec un éducateur référent qui a pour but de tracer un parcours professionnel, une solution alternative d'hébergement, mais aussi d'obtenir une couverture santé.

On retrouve moins de patients hébergés au titre du 115 (39,2%).

Dans ce cas, l'hébergement est plus court, sans de réelles contraintes (excepté en collectivité avec attachement à un respect mutuel).

Les patients peuvent refuser d'accéder à la salle de bain, et de se changer ; autrement dit des sujets en plus grande précarité (Tableau VIII).

Cette proportion renforce la notion de collectivité plus que la précarité. Contrastant avec les mesures qui ont pour but d'éviter la propagation des pathologies transmissibles, nous voyons une plus importante proportion de patients en insertion touchée par la gale. Cela tient essentiellement au fait qu'il est difficile de s'assurer avec certitude que ces patients respectent les règles édictées. De plus, la notion de collectivité est la source de propagation de parasitose comme la gale. Enfin les patients en insertion ne sont pas cloîtrés dans le CHRS, et peuvent à leur guise circuler en dehors de la structure. De cette manière, ils peuvent être des porteurs potentiels de certaines pathologies transmissibles.

4.4.2 La couverture sociale

Il faut garder à l'esprit que les SDF hébergés appartiennent à « l'élite ». Ils sont moins désocialisés, ils sont plus observant en ce qui concerne la santé. De plus leurs démarches sociales sont facilitées grâce au concours des éducateurs spécialisés. Dans notre étude, nous relevons que 37,3% des SDF atteints de gale sont bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU), qui propose une assurance maladie de base pour tous, ainsi qu'une couverture complémentaire santé pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles : il s'agit de la CMU de base, et la CMU complémentaire. Selon l'étude de l'InVS en 2012 sur l'état de santé des SDF en France près de la moitié sont bénéficiaires de la CMU. Notre proportion plus faible chez les patients atteints de gale pourrait signifier que cette couverture sociale est efficace, qu'elle permet un recours aux soins plus aisé et donc une prévalence plus faible de la gale chez les SDF ayant accès aux soins.

Cette idée peut être appuyée par une forte proportion de patient atteint sans aucune couverture sociale de l'ordre de 27% alors que l'InVS ne relève que 10% de SDF sans couverture en France en 2010.(32)

Le lien entre absence de couverture sociale et moindre recours au soin est également explicité dans cette étude.

D'autre part, les conditions d'accès à la couverture médicale universelle (CMU) et à l'aide médicale d'État (AME) obligent les titulaires à remplir des papiers, assurer des transferts de dossiers et à fournir un justificatif de domicile et de résidence régulière en France depuis plus de 3 ans.

Or, l'inertie de beaucoup de SDF, négligents vis-à-vis de telles démarches, est une des causes de l'absence de couverture sociale. D'autant plus que dans notre recueil nous avons une grande proportion de patient souffrant de problèmes psychiatriques, obstacle supplémentaire à la gestion de dossier administratif ou à l'aide extérieure apportée dans ce but.

Nous relevons une proportion de travailleurs stables qui possèdent leur propre sécurité sociale et mutuelle (13,5).

Ce chiffre est identique à l'étude de l'Insee, « les sans domicile et l'emploi » en 2012 sur 66300 SDF utilisant les services d'hébergements et qui révèle que 13,2% des SDF ont un contrat de travail (53)

4.5 Les problème d'addiction au sein des populations consultées ayant la gale

Chez les SDF, les problèmes psycho-sociaux occupent la première place. Les produits psychoactifs (alcool, tabac ou autres produit illicites) sont employés à visée anxiolytique, afin de « tenir le coup » (54) dans cette vie de difficulté, sans plaisir. Là où la vision des autres et sa propre vision sur son corps sont péjoratives (manque d'estime de soi) (55)(56), le produit aide à la gestion du quotidien sans

aucune projection à long terme. D'ailleurs la toxicomanie résulte souvent d'une automédication face à un trouble psycho-pathologique. (55)

La fréquence des addictions dans la population SDF est 3 à 5 fois supérieure à celle en population générale selon l'étude SAMENTA (prévalence : tabac : 53,5%, alcool : 21%, autre 19%) (31).

4.5.1 Le problème du Tabac

Notre étude sur les patients atteints de gale montre l'importance du tabagisme (87% des sujets) ; soit 3 fois plus qu'en population générale (32).

La consommation tabagique est en augmentation au sein de la population générale depuis 2010 et concerne près de 30% de la population.

Mais il semblerait que l'année 2017 soit marqué par la première baisse du tabagisme en France depuis longtemps (la prévalence de fumeur quotidien passe de 29,4% en 2016 à 26,9% en 2017 soit 1 million de fumeurs en moins).

En revanche, notre région (Occitanie) fait partie des 3 régions où on fume le plus en France (30,3% de prévalence) selon la publication du 28/05/2018 de Santé Publique France. (57)

Cette addiction est complètement banalisée et même justifiée chez les personnes en situation de précarité (54).

En effet, la cigarette, selon les personnes SDF, satisfait des besoins essentiels comme gérer le stress, s'accorder un moment de bonheur pour combler un vide d'une existence à la fois sans travail et sans ressources nécessaires pour profiter du « temps libre », et pour se sentir moins seul.

Les fumeurs, même précaires, connaissent le risque lié au tabac.

Cependant, leur conditions de vie, et les perspectives pessimistes de leur avenir conduisent à une absence de prise en compte de ces messages.

L'augmentation des tarifs de la cigarette n'a pas d'impact sur leur comportement, car il ne faut pas oublier le tabac procure une sensation de bien être dans l'instant.

Or, la vie du SDF est une vie où tout est subordonné à l'instant présent, et il est difficile pour ces populations de se projeter dans le futur.

De cette manière, nous comprenons pourquoi la proportion de fumeurs est si grande chez nos patients atteints de gale.(54)

4.5.2 La problématique de l'alcool

Dans notre recueil de patients atteints de gale, nous retrouvons un alcoolisme à hauteur de 53% soit deux fois plus élevé que chez les SDF de l'étude SAMENTA (31).

En effet, il y a souvent une alcoolisation en groupe afin de dédramatiser la situation, se déculpabiliser, mais aussi une émulation qui est favorisée par le nombre.

Cette constatation permet de comprendre l'existence des contacts prolongés et de ce fait la propagation de la gale. (58)

Dans la littérature spécialisée en sociologie, l'alcoolisme chronique est un fléau de la rue; conséquence ou cause de l'exclusion sociale.(58) Plus importante dans notre région (Occitanie), où la consommation chronique d'alcool est la plus élevée de France (32)

Dans la population générale, cette consommation est jugée dangereuse pour l'entourage par plus de 90% des usagers, soit l'addiction jugée la plus dangereuse pour autrui (59).

L'alcoolisme est souvent nié, ou sous-évalué par les personnes souffrant de ce handicap.

On peut même considérer que notre chiffre de 53% est minimisé par les patients interrogés.

En effet, l'alcool renvoie une image pitoyable et très péjorative proche de celle du stéréotype du « clochard alcoolique ». Cela s'ajoute à l'image de la gale qui est assimilée à la précarité par la population générale.(58)

4.5.3 Les autres problèmes d'addictions progressent

Les addictions concernent quasiment tous nos sujets atteints de gale. Cette situation ne tend pas à s'améliorer, malheureusement la proportion de personne sans addiction diminue d'année en année pour passer de 11,7% en 2014 à 5% en 2017.

Les addictions augmentent pour de nombreuses raisons :

- Le fait que les conditions de vie sont plus difficiles. La précarité devient de plus en plus importante. D'ailleurs on est arrivé à des situations qui ne permettent plus à certains SDF de se loger la nuit, et ce même en appelant le 115. Sur 84 468 demandes d'hébergement via le 115 dans 41 départements français observés entre le 10 juin 2017 et le 10 juillet 2017 seul 37% ont donné lieu à un hébergement. Des demandes toujours plus nombreuses (+17% en un an) et une offre se détériorant d'année en année... (60)

De nombreux SDF ont ce problème l'hiver, et ce malgré la mise à disposition renforcée de locaux pour les accueillir à cette période. Un chiffre inquiétant de novembre 2017 : seul 20% des familles qui appellent le 115 se voient offrir un logement le soir même contre 80% en 2015 selon le SAMU social d'Ile de France (61)

- Les pathologies psychiatriques conduisent inexorablement à majorer ces chiffres (il était classique de dire que les services psychiatriques étaient de grands fumoirs avant la loi interdisant le tabagisme dans les lieux publics). Or, comme nous l'avons démontré, le nombre de lits a été réduit. En conséquence cette population plus présente dans nos centres est également sujette aux addictions.
- La crise est un facteur qui touche de plein fouet les SDF. Nombreux sont ceux qui arrivaient à avoir un travail intérimaire, et qui actuellement n'arrivent plus à trouver de quoi travailler. Pour vaincre leurs peurs de

l'avenir, et affronter un présent pas nécessairement satisfaisant, ils deviennent des consommateurs de drogues.

- La possibilité d'accéder facilement aux produits de substitution qui sont utilisés de manière détournée par les usagers.

Cette facilité est d'autant renforcée qu'il existe de nombreux « guichets » permettant à ces populations de s'approvisionner facilement sans être nécessairement contrôlés.

Sur le département des Pyrénées Orientales, il est possible de se fournir en produits de substitution avec le centre hospitalier St Jean, et le CSAPA ; deux centres qui ont de grosses difficultés à collaborer.

Or les toxicomanes sont souvent des manipulateurs qui connaissent ces travers, et savent les exploiter à leur profit.

Plus de la moitié de nos patients contaminés présente une poly-addiction d'au moins 2 produits alors qu'elle concerne moins de 9% de la population générale.

(59)

Fort de ce triste constat, l'addiction est synonyme de précarité au sens large.

5/ CONCLUSION :

La Gale est une pathologie historique, oubliée à tort et en recrudescence dans notre société.

A partir de notre étude nous pouvons dire que cette ectoparasitose chez les SDF :

- **N'a pas de spécificité clinique**, et se manifeste le plus souvent par un simple prurit avec lésion de grattage diffus. Il faut porter son attention sur l'anamnèse, profiter de l'entourage (qui peut être les éducateurs dans les centres d'hébergements) et l'examen clinique bien-sûr avec peut être un usage plus étendu de la dermatoscopie apportant une forte pertinence diagnostique. Ainsi un prurit avec lésion de grattage pourrait être considérée, au sein de cette population, comme étant une gale jusqu'à preuve du contraire.
- **Une plus grande prévalence** dans les collectivités grégaires jeunes.
- **La précarité médico-sociale** est un facteur de risque majeur.

Cette pathologie, aussi stigmatisante soit-elle, doit trouver une place de choix dans la pratique quotidienne du médecin généraliste chez les patients précaires.

La précarité ne touche pas nécessairement des personnes hébergées dans des centres de SDF.

Il peut s'agir du patient que nous connaissons depuis des années et qui rencontre des difficultés sociales (que nous ne connaissons pas dans tous les cas).

D'autre part, la grande contagiosité de cette parasitose, et l'absence de guérison spontanée doivent forcer le médecin généraliste à rester attentif.

La réalisation de la dermatoscopie pourrait être étendue à une pratique de soins primaires (elle est dans cette étude une aide essentielle au diagnostic).

Enfin, un renforcement du dépistage de la gale chez les patient précaires semble important ; population SDF ayant toutes les caractéristiques pour favoriser une propagation de ce fléau.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lerouge T. Les traitements de la gale à travers les âges. 9 juin 2015;129.
2. L'affaire de la gale : histoire de la maladie spécifique - NLM Catalog - NCBI [Internet]. [cité 22 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/www.ezp.biu-montpellier.fr/nlmcatalog/?term=L%27affaire%20de%20la%20gale>.
3. [epidemie_gale_commmunautaire.pdf](#) [Internet]. [cité 23 juill 2018]. Disponible sur:
http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2008/epidemie_gale_commmunautaire/epidemie_gale_commmunautaire.pdf
4. HCSP. Survenue de un ou plusieurs cas de gale. Conduite à tenir [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2012 nov [cité 11 juin 2018]. Disponible sur:
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=313>
5. Banerji A. La gale. Paediatr Child Health. oct 2015;20(7):399-402.
6. [protocole_etude_hygiene_180511_vinternet.pdf](#) [Internet]. [cité 11 juin 2018]. Disponible sur:
https://www.samusocial.paris/sites/default/files/protocole_etude_hygiene_180511_vinternet.pdf
7. Brouqui P, Stein A, Dupont HT, Gallian P, Badiaga S, Rolain JM, et al. Ectoparasitism and Vector-Borne Diseases in 930 Homeless People From Marseilles: Medicine (Baltimore). janv 2005;84(1):61-8.
8. Rapport Wresinski CES 1987 - Joseph Wresinski FR [Internet]. [cité 8 août 2018]. Disponible sur: <http://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite/>
9. REMY JM. Dermatoses et précarité. 2011;8.

10. L'hébergement des sans-domicile en 2012 - Insee Première - 1455 [Internet]. [cité 17 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324>
11. L'enquête sans-domicile 2001 | Insee [Internet]. [cité 13 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2579262>
12. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France 2016 [Internet]. [cité 13 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2017/10/13/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-de-la-mission-france-2016>
13. Buxton PA. Parasitology of Scabies. *Br Med J*. 20 sept 1941;2(4211):397-401.
14. Hicks MI, Elston DM. Scabies. *Dermatol Ther*. 2 juill 2009;22(4):279-92.
15. Dermato-info.fr C de rédaction S. La gale [Internet]. Dermato Info, Société Française de Dermatologie. 2018 [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: http://dermato-info.fr/article/La_gale
16. Netgen. La gale en 2012 [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-335/La-gale-en-2012>
17. Base de données EFICAT. Gale [Internet]. INRS. [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: http://www.inrs.fr/publications/bdd/eficatt/fiche.html?refINRS=EFICATT_Gale
18. Mellanby K, Johnson CG, Bartley WC, Brown P. Experiments on the Survival and Behaviour of the Itch Mite, *Sarcoptes scabiei* DeG. var. hominis. *Bull Entomol Res* [Internet]. 1942 [cité 2 juin 2018];33(pt. 4). Disponible sur: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19431000159>
19. Stadtländer CTK-H. Control of Communicable Diseases Manual. *Int J Epidemiol*. 1 déc 2005;34(6):1446-7.
20. Fischer K, Holt DC, Harumal P, Currie BJ, Walton SF, Kemp DJ. Generation and characterization of cDNA clones from *Sarcoptes scabiei* var. hominis for

an expressed sequence tag library: identification of homologues of house dust mite allergens. *Am J Trop Med Hyg.* janv 2003;68(1):61-4.

21. Sun G, Stacey MA, Schmidt M, Mori L, Mattoli S. Interaction of Mite Allergens Der P3 and Der P9 with Protease-Activated Receptor-2 Expressed by Lung Epithelial Cells. *J Immunol.* 15 juill 2001;167(2):1014-21.
22. Serge M. Groupe de travail CCLIN Sud Ouest. :56.
23. Ansarin H, Jalali MHA, Mazloomi S, Soltani-Arabshahi R, Setarehshenas R. Scabies presenting with bullous pemphigoid-like lesions. *Dermatol Online J.* 27 janv 2006;12(1):19.
24. Mahé A, Faye O, N'Diaye HT, Ly F, Konaré H, Kéita S, et al. Definition of an algorithm for the management of common skin diseases at primary health care level in sub-Saharan Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* janv 2005;99(1):39-47.
25. Dupuy A, Dehen L, Bourrat E, Lacroix C, Benderdouche M, Dubertret L, et al. Accuracy of standard dermoscopy for diagnosing scabies. *J Am Acad Dermatol.* janv 2007;56(1):53-62.
26. Monsel G. Gale : répéter le traitement. *La Revue du Praticien MG* 2016 ; 30 (968) : 671-673.
27. La gale | La Revue du Praticien [Internet]. [cité 22 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.larevuedupraticien.fr/article-web/la-gale>
28. exercer, la revue francophone de Médecine Générale [Internet]. exercer, la revue francophone de Médecine Générale. [cité 26 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr>
29. fichier_sfm_g_drm_g_46_1995_1239f56.pdf [Internet]. [cité 26 juin 2018]. Disponible sur: http://www.sfm_g.org/data/generateur/generateur_fiche/1177/fichier_sfm_g_drm_g_46_1995_1239f56.pdf

30. Chotard D. Le manque d'hygiène, source de souffrance pour les sans-abri. Le Monde.fr [Internet]. 2 janv 2010 [cité 27 juill 2018]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2010/01/02/le-manque-d-hygiene-source-de-souffrance-pour-les-sans-abri_1285939_3224.html
31. Détrez MA, Jauffret-Roustide M, Laporte A, Chauvin P. Prévalence des troubles psychiatriques et des addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. 2011;26.
32. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2015. État Santé. 2015;326.
33. jeanyvesnau. « Maladie de Lyme » : l'étrange voyage dans la forêt sans tiques des faux diagnostics [Internet]. Journalisme et Santé Publique. 2018 [cité 24 août 2018]. Disponible sur: <https://jeanyvesnau.com/2018/06/15/quand-la-maladie-de-lyme-se-revele-et-re-par-exemple-un-syndrome-post-traumatique/>
34. Piqûre de rappel sur la maladie de Lyme [Internet]. Libération.fr. 2018 [cité 24 août 2018]. Disponible sur: http://www.liberation.fr/france/2018/06/19/piqûre-de-rappel-sur-la-maladie-de-lyme_1660058
35. Entretien avec le chef du service de maladies infectieuses et tropicales à la Pitié-Salpêtrière - Pr Eric Caumes : « Des malades en souffrance et en errance diagnostique et thérapeutique » [Internet]. [cité 24 août 2018]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/06/14/pr-eric-caumes-des-malades-en-souffrance-et-en-errance-diagnostique-et-therapeutique-_858873
36. Chambaud L. La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri [Internet]. Octobre2007. Report No.: RM 2007-076P. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000606.pdf>
37. DREES. Statistiques en psychiatrie en france: données de cadrage 2003.

38. DREES. Les établissements de santé.
39. Frances P, Daguzan P, Bismuth S. Les services utiles dans la prise en charge médicale des SDF | La Revue du Praticien [Internet]. [cité 14 août 2018]. Disponible sur: <http://www.larevuedupraticien.fr/article-web/les-services-utiles-dans-la-prise-en-charge-medicale-des-sdf>
40. Jamoufle M. Origine de la CISP et mise en application actuelle dans les pays Francophones. :8.
41. Le Mauff P, Blanchard E, Urion J, Senard R. Prise en charge des sans-domicile fixe. Rev Prat. 10 nov 2003;17(630).
42. Hygiène et ectoparasitoses chez les personnes sans logement d Ile-de-France - PDF [Internet]. [cité 11 juin 2018]. Disponible sur: <http://docplayer.fr/24734112-Hygiene-et-ectoparasitoses-chez-les-personnes-sans-logement-d-ile-de-france.html>
43. REMY JM. Dermatoses et précarité. 2011;8.
44. Guibal F, de La Salmonière P, Rybojad M, Hadjrabia S, Dehen L, Arlet G. High seroprevalence to Bartonella quintana in homeless patients with cutaneous parasitic infestations in downtown Paris. J Am Acad Dermatol. févr 2001;44(2):219-23.
45. Pharmabest lance le 1er service de prévention du cancer du mélanome en pharmacie — Silver Economie [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.silvereco.fr/pharmabest-lance-le-1er-service-de-prevention-du-cancer-du-melanome-en-pharmacie/3199115>
46. Dépistage du mélanome en pharmacie : soutenu par le SNDV mais vivement critiqué par une grande partie des dermatologues [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/06/26/depistage-du-melanome-en-pharmacie-soutenu-par-le-sndv-mais-vivement-critique-par-une-grande-partie-des-dermatologues_859243#

47. Mélanome : il est désormais possible de faire ausculter ses grains de beauté en pharmacie [Internet]. www.pourquoidocteur.fr. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/25887-Melanome-possible-faire-ausculter-grains-de-beaute-pharmacie>
48. GALE.pdf [Internet]. [cité 8 août 2018]. Disponible sur: <http://www.chu-rouen.fr/mtph/fiches/GALE.pdf>
49. Habif TP, Campbell JIJ, Chapman MS, Dinulos JG., Zug KA. Maladies cutanées : Diagnostic et traitement. 2eme édition française. Elsevier Masson; 2012. 700 p.
50. Saurat J-H, Lipsker D, Thomas L, Borradori L, Lachapelle J-M. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. 6eme édition. Elsevier Masson; 2017. 1288 p.
51. Fitzpatrick, Wolff K, Johnson RA, Suurmond D. Atlas en couleurs de dermatologie clinique. Flammarion. Lavoisier MSP; 2007. 1085 p. (Médecine-Sciences).
52. Bologna JL, Schaffer JV, Duncan KO, Ko CJ. Dermatologie : L'essentiel. 1er edition. Elsevier Masson; 2018. 1024 p.
53. Les sans-domicile et l'emploi - Insee Première - 1494 [Internet]. [cité 10 août 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281440>
54. Peretti-Watel P, Constance J. Comment les fumeurs pauvres justifient-ils leur pratique et jugent-ils la prévention ? *Déviante Société*. 3 juill 2009;33(2):205-19.
55. Dequiré A-F. Le Corps des sans domicile fixe. De la désinsertion sociale à la disqualification corporelle. *Rech Éducatives*. 1 sept 2010;(3):261-86.
56. FRAR_2011_13eme_journee_Tables_rondes_addictologiques_05_11_2011.pdf [Internet]. [cité 9 août 2018]. Disponible sur:

http://www.frar.asso.fr/IMG/pdf/FRAR_2011_13eme_journee_Tables_rondes_addictologiques_05_11_2011.pdf

57. Santé publique France - Tabagisme en France : 1 million de fumeurs quotidiens en moins [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Tabagisme-en-France-1-million-de-fumeurs-quotidiens-en-moins>
58. Beck F, Legleye S, Spilka S. L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype. *Econ Stat.* 2006;391(1):131-49.
59. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Pousset M. Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis La Plaine: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2013.
60. Fédération des acteurs de la solidarité - Baromètre 115 - 10 juin 10 juillet 2017 [Internet]. [cité 24 août 2018]. Disponible sur: <http://www.federationsolidarite.org/publications-fnars/barometre-115/7888-barom%C3%A8tre-115-10-juin-10-juillet-2017>
61. Hébergement d'urgence à Paris: «600 personnes par jour ne peuvent pas être prises en charge» [Internet]. [cité 24 août 2018]. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/paris/2178219-20171129-hebergement-urgence-paris-600-personnes-jour-peuvent-etre-pris-charge>

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.*

RESUME

Introduction : La gale est une pathologie prise en compte dès l'Antiquité. Elle touche entre 100 et 300 millions de personnes dans le monde chaque année. En France, la prévalence est mesurée à 0,3% mais chez les personnes SDF cette prévalence est multipliée par 10 ; population qui ne cesse d'augmenter selon l'INSEE.

Méthode : Devant ce constat, nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective, multicentrique dont l'objectif principal est d'évaluer les caractéristiques médico-sociales chez les sujets atteints de la gale sans domicile fixe hébergés dans deux structures des Pyrénées Orientales.

Résultat : Un recueil de données a été réalisé de janvier 2013 à Décembre 2017, 4378 fiches patients ont été remplis et exploitables. Les pathologies dermatologiques (prévalence 30%) sont le 3^{ème} problème de santé dans notre population derrière les problèmes d'ordre sociaux (prévalence 55%) et psychiatriques (prévalence 40%). La prévalence de la gale atteignait 18,3%. La gale se révélait par la présence d'un prurit avec excoriation dans 100% des cas, sans rythme nyctéméral ni vraies localisations spécifiques. La gale se trouvait davantage chez les sujets vivants en « insertion » (60%) et plus d'un quart ne bénéficiait pas de couverture maladie

Discussion : Cette pathologie touche d'avantage les sujets jeunes, grégaires et en situation de précarité. En témoigne la grande proportion de patients souffrant d'addiction (plus de 90%). La gale se manifeste dans cette population de manière aspécifique. La dermatoscopie est un outil à revaloriser en médecine générale.

Conclusion : Cette pathologie stigmatisante doit retrouver une place privilégiée dans le rôle sentinelle du médecin généraliste.

Mots clef :

Dermatologie, Gale, Prurit, Dermatoscopie, Sans abri, SDF, Hébergement, Social, Psychiatrie, Addiction