



Année 2022

Thèse N° 195/22

EVALUATION DES CONNAISSANCES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LA VILLE DE FÈS
CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA GALE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 09/05/2022

PAR

Mlle. CHAIMAE ARJI

Née le 31 Juillet 1995 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Connaissances – Médecins généralistes – Gale

JURY

Mme. MERNISSI FATIMA ZAHRA PRÉSIDENT

Professeur de Dermatologie

Mme. BAY BAY HANANE..... RAPPORTEUR

Professeur agrégé de Dermatologie

M. SQALLI HOUSSAINI TARIK.....

Professeur de Néphrologie

Mme. EL FAKIR SAMIRA..... } JUGES

Professeur d'Epidémiologie clinique

Mme. RABHI SAMIRA.....

Professeur de Médecine interne

PLAN

LISTE DES FIGURES	5
LISTE DES TABLEAUX	6
INTRODUCTION	7
A. GENERALITES	8
1. Définition	8
2. Historique de la gale	8
3. Épidémiologie de la gale	8
4. Agent pathogène	9
5. Clinique	12
6. Diagnostic positif	19
7. Complications	23
8. Prise en charge thérapeutique	25
B. CONTEXTE DE THESE	34
C. HYPOTHESES ET QUESTIONS DE RECHERCHE	35
OBJECTIFS	37
A. OBJECTIF PRINCIPAL	38
B. OBJECTIFS SECONDAIRES	38
MÉTHODES	39
A. TYPE D'ETUDE	40
B. POPULATION CIBLE	40
1. Critères d'inclusion	40
2. Critères d'exclusion	40
3. Échantillonnage	40
C. COLLECTE DES DONNEES	41
1. Élaboration du questionnaire	41

2. Distribution et récupération des questionnaires	42
3. Saisie et analyse des données	42
4. Méthodes d'évaluation	43
D. CONSIDERATIONS ETHIQUES	43
RÉSULTATS	44
A. ANALYSE DESCRIPTIVE	45
1. Effectif des médecins participants	45
2. Caractéristiques sociodémographiques des médecins participants	45
3. Formation suivie en dermatologie	47
4. Données épidémiologiques générales	48
5. Diagnostic positif	49
a. Signes cliniques	49
b. Les localisations spécifiques des lésions	49
c. Particularités chez le nourrisson	50
d. Évaluation des connaissances concernant le diagnostic	50
6. Attitude thérapeutique	50
a. Prescription des scabicides topiques	50
b. Prescription des antihistaminiques et des dermocorticoïdes	52
c. Traitement du nourrisson et de la femme enceinte	53
d. Application du traitement	53
e. Décontamination de l'environnement	53
f. Traitement de l'entourage	54
g. Contrôle clinique	54
h. Autres mesures	55
B. ANALYSE UNIVARIEE	56

DISCUSSION	57
A. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES MEDECINS	58
B. FORMATION SUIVIE EN DERMATOLOGIE	58
C. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES GENERALES	58
D. DIAGNOSTIC POSITIF	59
E. ATTITUDE THERAPEUTIQUE	61
F. DISCUSSION DES DONNEES ANALYTIQUES UNIVARIEES	67
POINTS FORTS ET LIMITES DE NOTRE ÉTUDE	68
PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS	70
CONCLUSION	72
RESUMES	74
ANNEXES	80
BIBLIOGRAPHIE	96

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Cycle parasitaire de la gale	10
Figure 2 : Lésions interdigitales de gale : sillons, lésions de grattage	13
Figure 3 : Vésicules perlées au niveau interdigital	14
Figure 4 : Petites papules érythémateuses disséminées, excoriées par endroit, surmontées de croûtes hémorragiques au cours d'une gale	15
Figure 5 : Lésions de gale papulo pustuleuses au niveau plantaire chez un nourrisson	17
Figure 6 : Chancre scabieux	18
Figure 7 : Photo dermoscopique montrant un sillon scabieux avec signe du Deltaplane	20
Figure 8: Surinfection bactérienne sur lésions de gale.....	23
Figure 9: Les complications de la gale selon Engelmann et al	24
Figure 10: Répartition des médecins selon l'âge	45
Figure 11: Répartition des médecins selon le sexe	46
Figure 12: Répartition des médecins selon les années d'exercice	47
Figure 13: Répartition des médecins selon la formation	48
Figure 14: Fréquence des signes cliniques sur 135 réponses	49
Figure 15: Protocoles de traitement des patients par Ascabiol	51
Figure 16: Pourcentage de prescription des antihistaminiques	52
Figure 17: Pourcentage de prescription des dermocorticoïdes	52
Figure 18: Attitudes des médecins en cas de persistance du prurit	56

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Posologie de l'ivermectine en fonction du poids.....	27
Tableau 2: Fréquence estimée des cas de gale par mois	48
Tableau 3: Répartition des différentes localisations évoquées par les médecins	49
Tableau 4: Fréquences des moyens de désinfection.....	54
Tableau 5: Fréquences des bilan d'IST	55
Tableau 6: Pourcentages de traitement de l'entourage dans les études similaires	64

INTRODUCTION

A. Généralités :

1. Définition :

La gale , dermatose parasitaire contagieuse, est due à un acarien, Sarcopte Scabiei variété Hominis, parasite humain obligatoire . (1)

2. Historique de la gale :

C'est une pathologie qui trouve son origine au tout début de l'humanité.

Il fallait attendre 1834 pour que soit véritablement mis en évidence l'acarien par Simon François Renucci.

Le sarcopte fut enfin reconnu comme la cause de la gale humaine .(2)

3. Épidémiologie de la gale :

La gale est l'une des affections dermatologiques les plus fréquentes, qui représente une part importante des maladies de peau dans les pays en développement. À l'échelle mondiale, on estime à plus de 200 millions le nombre de personnes touchées à tout moment, bien que des efforts supplémentaires soient nécessaires pour évaluer la charge de morbidité. (3)(4)(5)

Les estimations de la prévalence dans la littérature récente consacrée à la gale vont de 0,2 % à 71 %.(3)

La gale est endémique dans de nombreuses régions tropicales aux ressources limitées, où la prévalence moyenne est estimée entre 5 et 10 % chez les enfants.(3)

La gale existe dans le monde entier. Ce sont cependant les groupes les plus vulnérables tels que les jeunes enfants et les personnes âgées des communautés défavorisées qui sont particulièrement exposés à la gale et aux complications secondaires de l'infestation.

Les taux d'infestation les plus élevés sont enregistrés dans des pays au climat chaud et tropical, en particulier dans les communautés où coexistent promiscuité et précarité, et où l'accès au traitement est limité. (3)(4)(5)

Au Maroc, puisque la gale n'est pas une maladie à déclaration obligatoire, on n'en connaît pas son épidémiologie et sa véritable prévalence .

4. Agent pathogène :

La gale est une infestation cutanée causée par un arthropode ectoparasite qui vit dans l'épiderme : *Sarcoptes scabiei* variété *Hominis*. Il s'agit de la seule sous-espèce spécifique de l'Homme. D'autres sous-espèces sont susceptibles de passer chez l'Homme mais sans pouvoir s'y maintenir. Ce sarcopte n'est pas responsable d'autres maladies que la gale. (5)

a. Morphologie :

L'acarien se présente sous une forme globuleuse à tégument plissé, de couleur brune à grisâtre. L'adulte mesure 200 µm à 350 µm ; la femelle est légèrement plus grande que le mâle. L'adulte est muni de quatre paires de pattes très courtes. Les deux paires antérieures, orientées vers l'avant, se terminent par des ventouses. Les paires postérieures se terminent par des soies. (5)(6)

b. Cycle évolutif :

Les sarcoptes s'accouplent sur leur hôte ; le mâle meurt après l'accouplement tandis que la **femelle fécondée** s'enfonce dans la **peau en creusant une galerie** entre la couche cornée et les autres couches kératinocytaires. Dans ce tunnel, communément dénommé sillon, elle avance de 1 mm à 2 mm par jour en se nourrissant de la couche cornée et de l'exsudat de la couche de Malpighi. Tout en progressant, elle pond un à deux œufs par jour pendant environ 1 mois et meurt. Les œufs éclosent dans l'épiderme en 3 à 4 jours et donnent chacun une larve hexapode qui gagne la surface

de la peau. Chaque larve subit des mues successives pour devenir nymphe puis adulte mâle ou femelle en 10 à 15 jours. (Figure1) (5)(7)

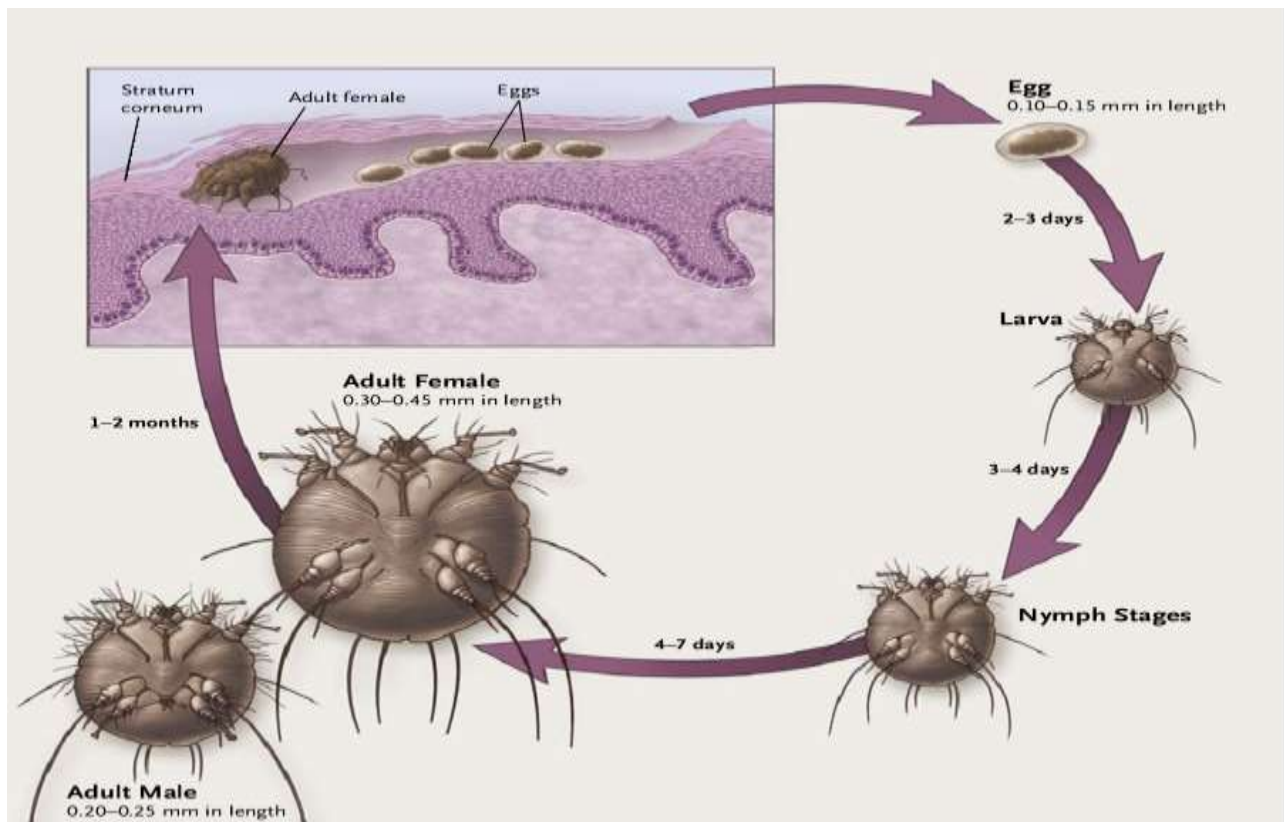


Figure 1: Cycle parasitaire de la gale (8)

c. Modes de transmission :

Le parasite infectant transmis est la femelle adulte. La transmission se fait essentiellement par contacts directs cutanés étroits et prolongés notamment les sujets vivant sous le même toit et les partenaires sexuels; c'est la raison pour laquelle la scabiose est aussi considérée comme une infection sexuellement transmissible. La transmission se fait également de manière indirecte, par l'intermédiaire du linge et de la literie, des matériaux absorbants du mobilier (par exemple : canapé en tissu ou en cuir). Ce mode de transmission est plus rare, en raison de l'affaiblissement du parasite hors de son hôte, mais il ne doit pas être écarté, surtout en collectivité et dans les formes profuses et hyperkératosiques de gale. La survie du sarcopte hors de la peau est favorisée par une température basse et une humidité ambiante élevée. Elle est de

deux à quatre jours pour les formes adultes tandis que celle des larves ou des œufs est de dix jours.

Par conséquent, les facteurs favorables à la contagion sont les contacts physiques rapprochés fréquents, comme les enfants, la vie en collectivité, la précarité sociale, une température basse et une forte humidité.

A noter que le sarcopte de la gale humaine ne peut pas se développer chez les animaux de compagnie tels que les chiens ou les chats. Ces animaux peuvent être considérés comme des vecteurs occasionnels. Il est donc recommandé, en cas d'épidémie, d'éviter les contacts rapprochés avec ceux-ci pendant les jours qui suivent le traitement. Certaines gales animales peuvent cependant être transmises accidentellement à l'homme. (4)(5)(7)

d. Physiopathologie et réaction de l'organisme :

La gale est caractérisée par un prurit à prédominance nocturne car la femelle a une activité nocturne en creusant des sillons et en pondant des œufs .

Ce symptôme dominant de la maladie, est essentiellement dû à une réaction immunologique de l'organisme envers le sarcopte responsable (*Sarcoptes scabiei*) et ses déchets. Le mécanisme mis en jeu est une hypersensibilité de type IV. Le prurit apparaît au bout de 3 semaines à 1 mois après la contamination. Durant cette période, le parasite se multiplie et l'organisme se sensibilise au sarcopte. C'est pourquoi, lors d'une réinfestation, la période d'incubation est plus courte (de 1 à 3 jours). Le pouvoir sensibilisant est à l'origine de manifestations biologiques non spécifiques (hyperéosinophilie sanguine, augmentation des immunoglobulines) qui ne seront pas utilisés au diagnostic. Dans le cas d'une gale commune, on retrouve 5 à 15 sarcoptes logés simultanément dans les sillons. En cas de gale profuse ou hyperkératosique, des centaines, des milliers, voire des millions de parasites peuvent être impliqués . (4)(9)

5. Clinique :

a. Gale commune de l'adulte :

Le symptôme principal est le prurit, à recrudescence nocturne, et de caractère collectif ou familial. (9)

La localisation caractéristique correspond aux zones où la peau est la plus fine :
(9)

- Espaces interdigitaux
- Face antérieure des poignets et des avant-bras, face antérieure des coudes
- Face interne des cuisses, fesses, organes génitaux externes masculins
- Omblig
- Aréoles mammaires

Les creux axillaires peuvent être touchés, mais le dos, le visage et le cuir chevelu sont habituellement épargnés chez l'adulte.

L'examen clinique retrouve des signes atypiques (lésions de grattage, parfois surinfection) et des signes typiques qui ne sont pas systématiques(7)(9) (Figure 2) :

➤ Les sillons scabieux :

Le sillon scabieux est la lésion pathognomonique de la gale, représentant le tunnel que la femelle sarcopte creuse dans la couche cornée tout au long de sa vie. Chez l'adulte sain, les sillons sont peu nombreux. Ils sont fins, sinueux, courts et très légèrement en relief, pouvant être décrits comme une trace irrégulière décolorée, qui peut être plus pâle que la peau environnante, surtout à l'entrée du tunnel. Ils sont peu visibles, parfois soulignés par la crasse ou les excréments des parasites. À l'extrémité des sillons se trouve l'éminence acarienne, un renflement grisâtre de la taille d'une tête d'épingle où est logé le sarcopte.

Sur une peau noire, le sillon peut être plus pâle que la peau et l'acarien va apparaître comme une tache blanche. Les sillons scabieus sont principalement trouvés au niveau des espaces interdigitaux de la face antérieure des poignets, des coudes, des plis antérieurs des aisselles, des aréoles des seins chez la femme et des organes génitaux chez l'homme. Mais, parfois, ils peuvent être localisés au niveau de la face latérale des doigts, des bords cubitiaux des mains, de l'ombilic, des fesses, du creux poplité et du tendon d'Achille.



Figure 2 : Lésions interdigitales de gale : sillons, lésions de grattage

➤ Les vésicules perlées :

Les vésicules perlées ne sont pas toujours présentes car effondrées par le grattage provoqué par le prurit. Ces vésicules peu saillantes et limpides se situent principalement au niveau des espaces interdigitaux. (Figure 3)



Figure 3 : Vésicules perlées au niveau interdigital

➤ Les nodules scabieux :

La stimulation des cellules immunocompétentes par les antigènes acariens entraîne des infiltrats cellulaires dermiques formant les nodules scabieux. Le nodule scabieux se présente comme un nodule de 5 à 10mm de diamètre de couleur rouge brun cuivré et infiltré à la palpation. On les retrouve dans les régions axillaires. Chez l'homme ils sont plutôt situés dans la région génitale au niveau du scrotum et de la verge, on parle de « chancre scabieux » . Chez la femme il se situe plutôt autour de l'aréole mammaire . Ces nodules peuvent persister pendant des mois malgré un traitement efficace et seront nommés dans ce cas-là des nodules post scabieux .

Il n'existe pas de score clinique d'aide au diagnostic de la gale.

Les signes atypiques :(7)(9)

Il s'agit de lésions polymorphes banales (Figure 4). Elles sont beaucoup plus fréquentes que les lésions spécifiques. Elles englobent les lésions de grattage, de prurigo, de lichénification et des signes de complications comme l'eczéma suintant et croûteux, la pyodermite prurigineuse avec impétigo bulleux et croûteux, la tache érythémateuse urticarienne et l'hyperkératose.



Figure 4 : Petites papules érythémateuses disséminées, excoriées par endroit, surmontées de croûtes hémorragiques au cours d'une gale

b. Formes cliniques particulières :

i. Gale hyperkératosique :

Également appelée gale croûteuse ou norvégienne, la gale hyperkératosique est une dermatose généralisée. Elle est due à une infestation abondante par le sarcopte, principalement chez les sujets ayant une immunodépression (infection par le virus de l'immunodéficience humaine, traitement par des corticoïdes) ou des troubles neurologiques. Dans cette forme de gale, le prurit est souvent discret, voire absent, et les papules érythémateuses deviennent croûteuses. Elle est très contagieuse en raison du très grand nombre de parasites. Un même sujet peut porter des milliers, voire des millions de parasites. (7)(9)(10)

ii. La gale profuse :

La gale profuse est souvent la conséquence d'un diagnostic tardif ou la conséquence d'un traitement de la gale par des corticoïdes topiques. On observe une éruption papulo-vésiculeuse, érythémateuse, prurigineuse et sans sillon. L'atteinte du dos est fréquente. Cette forme est retrouvée fréquemment chez les personnes âgées grabataires vivant en collectivité. (9)

iii. La gale du nourrisson et du jeune enfant :

Les particularités cliniques observées chez l'enfant touché par la gale pourraient être dues à une différence de distribution des follicules pilo-sébacés et à une plus faible épaisseur de la couche cornée.

Le diagnostic est difficile chez le nourrisson, car les lésions sont peu spécifiques et ne s'accompagnent pas toujours d'un prurit.

Les signes caractéristiques sont la présence :

- De vésicules ou de pustules palmo-plantaires; (Figure 5)
- De lésions papulo-pustuleuses ou nodulaires dans la région axillaire.

Le cou, le cuir chevelu et le visage (particulièrement le pli rétro-auriculaire) sont fréquemment touchés.

Les ongles peuvent également être atteints et abriter des parasites qui ne seront pas touchés par le traitement.

L'état général de l'enfant se trouve affecté par la gale. Il paraît irritable et fatigué en raison du manque de sommeil provoqué par le prurit continu et le grattage. (9)(11)



Figure 5 : Lésions de gale papulo pustuleuses au niveau plantaire chez un nourrisson

iv. La gale des gens propres :

Également appelée gale “des gens du monde”, la gale des gens propres est une forme pauci-lésionnelle.

Les sillons caractéristiques sont difficiles à trouver car chez les personnes ayant une bonne hygiène cutanée, la desquamation de la couche cornée est plus rapide et les sillons sont donc plus courts.

Le tableau clinique est dominé par le prurit qui est souvent le seul symptôme.

C'est la notion d'un prurit familial qui fait évoquer le diagnostic de la gale. (9)

v. Gale localisée :

Ce sont des formes exceptionnelles se présentant sous la forme d'une atteinte palmaire ou plantaire unilatérale hyperkératosique (aspect farineux) ou du cuir chevelu (comme les cils et sourcils).

Au niveau du cuir chevelu, la gale mime un psoriasis ou une dermite séborrhéique.(12)

vi. Gale dans le cadre d'infection sexuellement transmissible (IST) :

La contagiosité de la gale est en lien avec un contact peau à peau qui concerne donc les partenaires sexuels : il est recommandé de proposer systématiquement un dépistage d'IST lors du diagnostic de gale notamment la sérologie de l'hépatite B ; de la syphilis et du VIH.

Cette forme clinique est suspectée quand les lésions prédominent au niveau génital avec présence de chancres scabieux de petites taille (Figure 6) . (13)



Figure 6 : Chancre scabieux

6. Diagnostic positif :

a. Diagnostic clinique :

Le diagnostic de la gale est surtout clinique. Il y a suspicion de gale devant un prurit à recrudescence nocturne et à topographie évocatrice et devant la présence de lésions évocatrices comme les sillons scabieux.(9)

Il repose également sur l'interrogatoire permettant de déceler un contexte positif de contamination et la notion de contagé avec la survenue d'un prurit familial ou de collectivité. Ces critères sont souvent suffisant pour établir le diagnostic. En cas de doute ou de gale atypique, il existe des examens permettant de confirmer le diagnostic. (9)

Il existe une technique visant à faciliter la découverte des sillons, il s'agit du test à l'encre de Chine. Une goutte d'encre est déposée sur la zone suspectée de contenir un sillon, puis la peau est immédiatement nettoyée avec un tampon imbibé d'alcool. L'encre va pénétrer à l'intérieur du sillon qui va apparaître en noir, mais cette technique n'est plus utilisée actuellement et remplacée par d'autres techniques. (14)

b. Dermatoscopie

La dermoscopie est utilisée dans le diagnostic de la gale depuis quelques années .

A fort grossissement (X 40), elle permet de visualiser le sarcopte comme une structure triangulaire ressemblant à un avion vu du ciel (« jet with contrail »). A plus faible grossissement (X 10 ou X20), avec un dermatoscope de poche, moins coûteux et beaucoup plus simple d'utilisation, le sarcopte se visualise sous la forme d'un triangle noir de très petite taille (signe dit du deltaplane) (Figure 7) .Cette image correspond à la tête du sarcopte et les deux paires de pattes avant.

Cette technique est également opérateur-dépendante et limitée par le coût de

l'équipement. Elle présente l'avantage indiscutable d'être rapide, permettant l'exploration de plusieurs sites en quelques minutes et peut guider le prélèvement parasitologique. Elle est non invasive, la rendant particulièrement intéressante chez l'enfant.(14)(15)

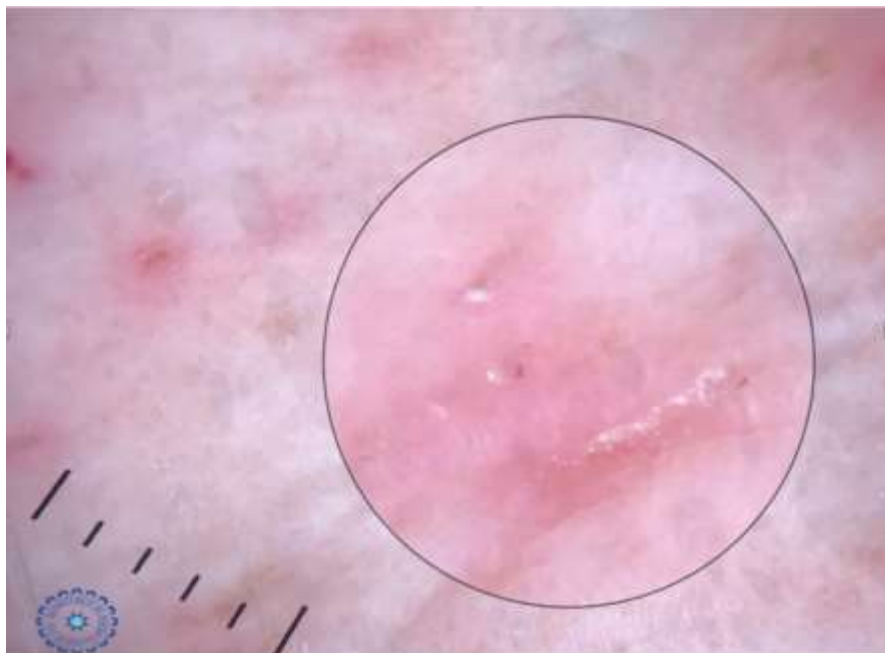


Figure 7 : Photo dermoscopique montrant un sillon scabieux avec signe du Deltaplane

c. Diagnostic microscopique :

➤ **Diagnostic par examen parasitologique direct :**

La confirmation diagnostique par prélèvement parasitologique doit être, au mieux, réalisée devant toute suspicion clinique de gale, si les conditions logistiques le permettent. En cas de gale hyperkératosique ou de gale profuse, et en cas d'épidémie en collectivité, il est indispensable, de prélever le cas index afin d'avoir une confirmation parasitologique.

Le prélèvement parasitologique permet de visualiser le sarcopte, les œufs, les larves et/ou les scybales (excréments) par l'examen au microscope du produit de grattage des lésions spécifiques.

La recherche des sillons se fait au niveau des espaces interdigitaux et des poignets, des papules péri ombilicales, mammelonnaires (pour la femme adulte), toutes lésions du gland (chez l'homme), et des régions palmoplantaires chez le petit enfant.

Il faut pratiquer ensuite un grattage profond de la vésicule « perlée » située au bout du sillon ou de la lésion afin de déposer un maximum de cellules épithéliales dans la goutte d'agents éclaircissant (type potasse ou lactophénol) sur la lame. Cette technique est « opérateur-dépendante », « temps dépendante » et elle manque de sensibilité dans la gale commune, en raison du nombre peu élevé de sarcoptes .La sensibilité augmente avec le nombre de sites testés et si l'examen est répété dans le temps. Ainsi une moyenne de trois à six prélèvements par patient doit être réalisée avant de rendre un résultat parasitologique négatif. La spécificité est en revanche excellente, rendant cette technique intéressante dans les gales atypiques.

La négativité du prélèvement parasitologique n'élimine pas le diagnostic de gale car la sensibilité de cette technique est faible .(9)

➤ Scotch test :

Le scotch test est une technique consistant à appliquer une bande adhésive durant quelques secondes sur des lésions cutanées évocatrices, puis à la retirer et la transférer directement sur une lame de verre pour observation au microscope. Les avantages de cette technique sont : sa simplicité et sa rapidité. Elle est facilement réalisable par tout médecin et permet de visualiser directement le sarcopte au microscope. Son principal inconvénient est son manque de sensibilité (68%) qui peut cependant augmenter chez le sujet âgé (peau atrophique). Ce test n'est pas utilisé en routine . (16)

d. Biopsie cutanée :

La biopsie cutanée peut montrer le sarcopte dans la couche cornée, mais n'est pas nécessaire au diagnostic, elle peut être réalisée si d'autres diagnostics sont suspectés. (16)

e. Signes biologiques non spécifiques :

Il n'y a pas vraiment de signe biologique spécifique, on peut cependant retrouver une hyperéosinophilie sanguine et une discrète augmentation des immunoglobulines E totales, proportionnelle à l'extension des lésions cutanées et à l'importance de la surinfection. L'éosinophilie a peu de valeur pour le diagnostic. (16)

f. Diagnostic par polymérase chaîne réaction (PCR) :

La technique de PCR pour le diagnostic de la gale est très spécifique (100% du fait de la cible moléculaire) mais peu sensible. (16)

g. Diagnostic différentiel :

Il est nécessaire d'éliminer les causes d'autres prurits avant d'évoquer le diagnostic de la gale.

Cette dernière doit, par exemple, être différenciée d'autres parasitoses telles que la pédiculose corporelle, la phtiriase pubienne chez l'homme, l'aoûtase et la gale d'origine animale (se manifestant par un prurit, avec des lésions excoriées mais sans les sillons caractéristiques de la gale humaine, guérissant après éloignement ou traitement des animaux en cause).

La gale filarienne provoquant un prurit féroce, des nodules hypodermiques hébergeant les filaires adultes et la présence de microfilaires dermiques (à l'origine du prurit), doit être évoquée chez des sujets originaires d'Afrique noire.

Chez les enfants, il faut penser à la gale devant un tableau de dermatite atopique ou d'eczéma constitutionnel.

De même, un tableau clinique de prurigo strophulus (prurigo aigu de l'enfant caractérisé par des papules très prurigineuses) doit faire évoquer un diagnostic de gale.

Chez les personnes âgées, le diagnostic est souvent retardé car le prurit est attribué à un prurit sénile lié à la sécheresse de la peau.

Dans le cas des formes bulleuses de gale, les signes cliniques peuvent faire penser, à tort, à une pemphigoïde bulleuse.

Un eczéma, un psoriasis, un prurit d'origine métabolique causé par une cholestase, un lymphome ou encore une insuffisance rénale sont autant de diagnostics à poser avant de confirmer celui de gale sarcoptique humaine négligés avec un prurit devenant chronique. (9)

7. Complications :

a. L'infection :

Les lésions de grattage dues au prurit intense constituent une porte d'entrée pour les microorganismes pathogènes. (Figure 8)

Les complications infectieuses sont essentiellement dues à des bactéries des genres Staphylocoques et Streptocoques.

Le plus souvent, il s'agit d'infections cutanées superficielles : impétigo, lésions bulleuses, cellulite, mais, parfois, elles sont plus profondes (lymphangite avec bactériémie, voire septicémie. (9)



Figure 8: Surinfection bactérienne sur lésions de gale (17)

b. Glomérulonéphrite aiguë :

La glomérulonéphrite aiguë survient après une colonisation des lésions scabieuses par des streptocoques néphritogènes bêta-hémolytiques du groupe A.

Elle se caractérise par des œdèmes, des signes digestifs, une hématurie, une oligurie et une hypertension artérielle.

Le diagnostic est confirmé par la recherche de protéines et de sang dans les urines. Le traitement comprend systématiquement une antibiothérapie antistreptococcique. (9)

c. Autres complications :

D'autres complications sont possibles, et notamment une eczématisation, une lichénification, des croûtes et une acropustulose. (9)

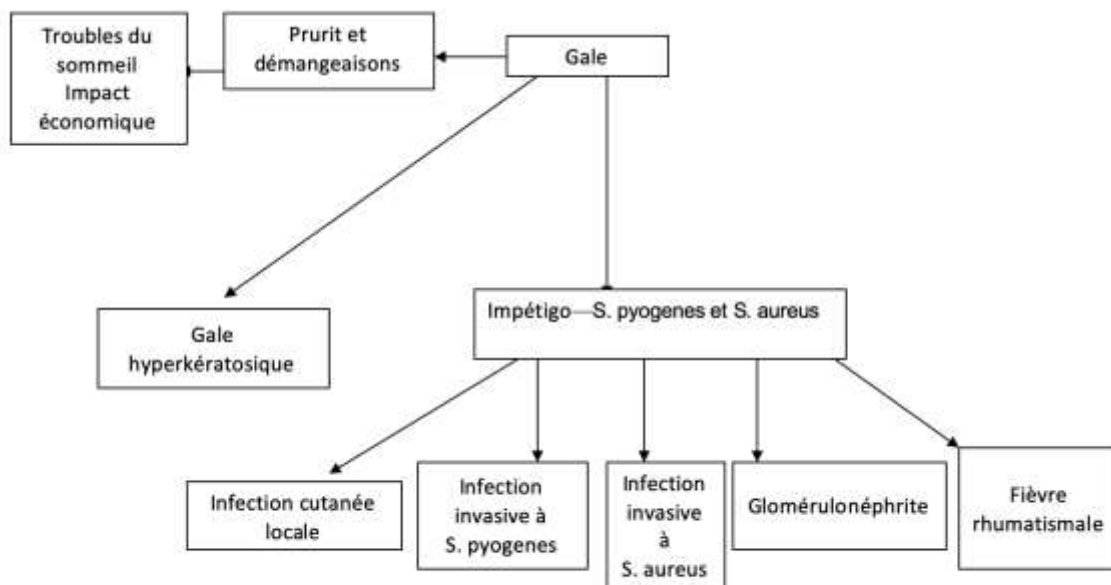


Figure 9: Les complications de la gale selon Engelmann et al (17)

8. Prise en charge thérapeutique :

a. But du traitement :

- Éliminer le parasite .
- Prévenir sa transmission.
- Prévenir les récives.

b. Moyens et modalités thérapeutiques :

i. Les traitements par voie locale :

- **Benzoate de benzyle (Ascabiol®) : produit de référence, disponible au Maroc(16) (18)(19)**

L'Ascabiol est indiqué dans le traitement de la gale chez les adultes, les adolescents, les enfants, les nourrissons et les nouveau-nés à partir de 1 mois.

Le benzoate de benzyle tue les sarcoptes adultes et les nymphes mais inefficace contre les œufs. Par conséquent, après la première application, les œufs vont éclore en nymphes et se transformer en adultes au bout de 7 jours permettant la ré- infestation. Il est donc nécessaire de procéder à une deuxième application au 8^{ème} jour pour éviter tout risque de réapparition de la gale.

La posologie de l'Ascabiol est de 2 applications de 24h à 24h d'intervalle , avec une ré application à J8 du traitement selon le schéma suivant :

J1 : Bain chaud, avec gommage et savonnage de tout le corps, puis rinçage abondant.

Appliquer sur une peau asséchée, à l'aide d'un pinceau ou d'un gant, 2 couches à 10 minutes d'intervalle de lotion Benzoate de Benzyle , seulement une couche chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 2 ans et de plus de 1 mois.

En insistant sur les zones de prédilection.

En épargnant les muqueuses et le visage sauf chez l'enfant pour ce dernier .

Mettre des vêtements propres et garder le produit 24 heures chez l'adulte et l'enfant de plus de 2 ans , et 12 heures pour la femme enceinte et le nourrisson de plus de 1 mois et moins de 2 ans sans toilette, en remettant du produit sur les mains après chaque lavage de celles-ci.

J2: faire exactement le même traitement et changer les draps et les vêtements.

J3 :Prendre un bain et changer une dernière fois par des vêtements et des draps propres et non utilisés depuis plus de 6 jours.

Nouvelle application à J7

NB : Il est à noter que le prurit post-scabieux peut persister jusqu'à quatre semaines après l'arrêt du traitement, ce qui ne signifie pas nécessairement un échec du traitement mais peut être en faveur d'une réaction allergique aux parasites morts .

Il n'y a pas d'autres **contre-indications** que l'hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients .

Parmi les **effets indésirables**, on retrouve une possible sensation de cuisson immédiate, une possible eczématisation particulièrement accrue en cas d'applications répétées .

➤ **Pyréthrinoïdes de synthèse : SPREGAL , Disponible au Maroc (16) (18)(19)**

Le SPEGAL® est une lotion en flacon pressurisé de 152g, composé de l'association de 1,008g d'esdépalléthrine et de 8,064g de butoxyde de pipéronyle.

La **posologie** est d'une application sur tout le corps sauf le visage, à renouveler 8 à 10 jours plus tard. Le produit doit agir 12h avant de le rincer .

SPREGAL® est **contre-indiqué** chez les asthmatiques et les enfants ayant des antécédents de bronchite dyspnéisante avec sibilants et en présence de personnes souffrant de ces pathologies .

Les **effets indésirables** pouvant subvenir lors d'un traitement par SPREGAL® sont des picotements et une irritation cutanée .

ii. Traitement par voie orale : Non disponible au Maroc (16)(18)(19)

L'ivermectine : STROMECTOL est le seul traitement par voie orale disponible. L'ivermectine est active sur les sarcoptes adultes alors que son activité sur les larves est mal établie, et il n'est pas ovicide .

La **posologie** du STROMECTOL® est déterminée en fonction du poids. Chaque comprimé contient 3mg d'ivermectine et les comprimés sont non sécables. La dose recommandée est de 200 microgrammes par kilogramme en prise unique à jeun.

Contres indications : poids en dessous de 15 kg

Tableau 1: Posologie de l'ivermectine en fonction du poids

Poids corporel (kg)	Dose en nombre de cp à 3 mg
15 à 24 kg	1 cp
25 à 35 kg	2 cp
36 à 50 kg	3 cp
51 à 65 kg	4 cp
66 à 79 kg	5 cp
> 80 kg	6 cp

Les **effets indésirables** sont peu fréquents et mineurs. Une exacerbation transitoire du prurit peut être observée .

c. Traitement des formes particulières :

i. Forme hyperkératosique : (10)(18)(19)

D'après les recommandations françaises, une prise en charge hospitalière spécialisée systématique est recommandée, avec isolement .

Le traitement est une association d'ivermectine par voie orale renouvelée après 8 ou 15 jours et d'applications répétées d'un scabicide topique jusqu'à négativation

des prélèvements parasitologiques.

La prise en charge doit aussi comporter un traitement kératolytique adapté comme la vaseline salicylée à 10% .

Les récentes recommandations européennes préconisent l'administration de scabicide topique répétée quotidiennement pendant sept jours puis deux fois par semaines jusqu'à la guérison, associée à l'Ivermectine *per os* les jours 1, 2 et 8.

ii. **Gale impétiginisée : (19)(20)**

Le traitement de la gale impétiginisée commence tout d'abord par une antibiothérapie anti staphylococcique et antistreptococcique pendant 7 jours suivi d'un traitement scabicide local ou oral après 48h d'antibiothérapie .

iii. **Gale eczématisée : (19)(20)**

- Traitement anti-scabieux habituel.
- Secondairement, traitement de l'eczéma par corticothérapie locale avec un dermocorticoïde d'activité forte pendant quelques jours.

iv. **Gale du nourrisson :**

Le benzoate de benzyle (Ascabiol®) est le traitement de référence. Il a l'AMM chez le nourrisson.

Il est recommandé d'appliquer le produit à l'aide d'un pinceau, et cela, sur une peau sèche, après un bain. les recommandations du Vidal sont la réalisation d'une application unique d'une durée de 12 heures et non de 24 heures, comme chez le grand enfant ou l'adulte.

Dans les formes profuses, il est souvent nécessaire de renouveler l'application.

Certains praticiens diluent le produit dans un même volume d'eau. L'intérêt de cette dilution est incertain et il ne s'agit pas d'une mention légale.

Il est également conseillé dans le Vidal de bander les mains de l'enfant pour éviter toute ingestion de produit.

Chez le nourrisson, en cas de forme profuse, toutes les régions du corps, y compris le cuir chevelu et le visage, doivent être traitées, tout en protégeant les yeux et la bouche.

Les effets indésirables sont représentés par une irritation et une eczématisation. Pour cela, on peut proposer l'application d'un corticoïde local 24 heures après l'application d'Ascabiol®.

Il existe un risque neurologique (à type de convulsions) qui augmente chez les enfants de moins de deux ans et lors de l'utilisation sur peau lésée, ce qui justifie la réduction du temps d'application à 12 heures . (11)(20)

La pyréthrine (Sprégal aérosol®) a également l'AMM chez le nourrisson.

Des antécédents de bronchite dyspnéisante avec sibilants doivent être recherchés à l'interrogatoire car ils constituent une contre-indication à l'utilisation de ce produit.

Le produit doit être appliqué par pulvérisation sur tout le corps, sauf le visage et le cuir chevelu (en cas d'atteinte de ces zones, il convient de frotter avec un coton imbibé de la solution). Le temps d'application est de 12 heures. Il existe peu d'effets indésirables qui sont à type de picotement ou d'irritation cutanée.

Il n'existe pas d'étude comparative chez l'enfant.

Une étude randomisée et contrôlée a comparé chez 240 adultes le Sprégal® à l'Ascabiol®. Les résultats montraient une efficacité identique à quatre semaines (95 % versus 91 %) avec une meilleure tolérance cutanée pour le Sprégal® . (11)(20)

v. Gale de la femme enceinte et allaitante :

Chez la femme enceinte, la prise en charge de la gale répond aux mêmes critères que chez l'adulte . La seule différence est que la durée d'application doit être réduite à 12 heures .

Si le traitement par voie cutanée ne convient pas ou n'est pas suffisant, l'ivermectine peut être utilisé . (16)(20)

d. Autres traitements de soutien :

Cela consiste en l'utilisation de crèmes émoullientes afin d'hydrater la peau pour soulager la sécheresse et les démangeaisons, notamment en cas de gale eczématisée. Il peut être envisagé l'utilisation d'un stéroïde local pour soulager le prurit persistant après le traitement. (19)

e. Autres mesures obligatoires :

i. Décontamination du linge :

L'absence ou le mauvais traitement du linge peut être responsable de nombreux échecs thérapeutiques ou de nombreuses ré-infestations. Il est donc très important de désinfecter dans le même temps les vêtements et le linge de lit de toutes les personnes vivant sous le même toit.

Le parasite étant détruit à 55°C, un simple lavage en machine à 60° permet de décontaminer efficacement le linge.

Pour les vêtements et le linge qui ne se lavent pas en machine, les conserver dans un sac plastique fermé avec un acaricide pendant 3 heures, ou sans acaricide pendant au moins 3 jours (voire 8 jours en cas de gale sévère).

Le traitement du linge concerne : les vêtements, serviettes de table, draps, taies d'oreiller, housses de couette, couvertures, chaussons, chaussures, gants, doudous. En cas de lésions du cuir chevelu, la liste doit être étendue aux bonnets, chapeaux, foulards, écharpes, casques de moto ou de vélo.

Ce traitement concerne le linge utilisé dans les dernières 72 heures en cas de gale commune et dans les 10 derniers jours en cas de gale hyperkératosique ou profuse. (16)(19)(20)(21)

ii. **Décontamination de l'environnement :**

Un nettoyage simple (aspirateur, lavage) des locaux et du mobilier doit toujours être réalisé.

La désinfection large de l'environnement est indiquée en cas de gale profuse mais n'est pas nécessaire en cas de gale commune.

Dans certains cas il apparaît nécessaire de traiter avec un spray anti-acariens tous les éléments du mobilier constitués de matériaux adsorbants et potentiellement contaminés. Il n'y a aucun risque de contamination par le biais de surfaces froides et inertes telles que la vaisselle, les couverts, les stylos ou les cahiers. Après la pulvérisation de l'acaricide, un nettoyage complet des locaux et du mobilier doit être effectué. Un délai de 12 heures doit être respecté avant de pouvoir réutiliser une literie traitée par un acaricide.

Le traitement de l'environnement peut se faire avant, pendant ou après la prise du traitement individuel. Il paraît cependant préférable de procéder à la désinfection alors que les individus sont protégés par un traitement actif, et en tenant compte du délai de 12h avant réutilisation de la literie. Il convient de prendre le traitement individuel le soir et de procéder à la décontamination de l'environnement le matin suivant.

Le produit acaricide de référence est l'**A-PAR®**. Un flacon permet de traiter une chambre en pulvérisant sur toute la surface et en tenant l'aérosol à 30–40 cm de l'article à désinfecter. Le temps de contact doit être de trois heures, suivi d'une aération des locaux et d'un nettoyage conseillé. La literie décontaminée est réutilisable dans les douze heures après pulvérisation sans lavage et deux heures pour les vêtements. L'A-PAR® ne doit pas être utilisé par un asthmatique ou en sa présence. (16)(19)(20)(21)

iii. **Traitement de l'entourage :**

Le traitement de l'entourage dépend du degré de proximité avec la personne affectée et de la forme clinique de la gale (commune ou hyperkératosique). La proximité des sujets–contacts est répartie en trois cercles :

- Premier cercle : personnes ayant eu un contact cutané prolongé avec un cas (exemple : entourage familial proche, relations sexuelles...) .
- Deuxième cercle : personnes vivant ou travaillant dans une même collectivité.
- Troisième cercle : personnes visitant occasionnellement la collectivité, et l'entourage familial des personnes fréquentant régulièrement la collectivité.

En cas de gale commune, tous les sujets–contacts du premier cercle doivent être traités, même s'ils sont asymptomatiques.

En cas de gale hyperkératosique, tous les sujets–contacts du premier cercle, du deuxième cercle, voire du troisième cercle, doivent être traités . (16)(19)(20)(21)

f. **Évolution :**

Après un traitement efficace, la gale peut laisser des séquelles à plus ou moins long terme notamment un prurit et des nodules post–scabieux.(9)

- Le prurit post-scabieux :

Après un traitement efficace et bien conduit, le prurit disparaît le plus souvent en quelques jours. Parfois, il se peut qu'il persiste plus longtemps, mais il doit s'atténuer spontanément en 2 à 4 semaines. Au-delà de ce délai, il faut sérieusement envisager la possibilité d'une ré infestation et mettre en œuvre les moyens de mise en évidence du parasite .

Il est important de préciser que ce prurit peut être long à disparaître par son ancrage psychologique et à cause de la phobie que suscite cette parasitose.

Une persistance du prurit au-delà de 1 semaine doit faire discuter:

1. Mauvaise compliance : traitement inapproprié ou insuffisant
2. Une ré-infestation par l'entourage
3. Une irritation ou un eczéma au traitement local
4. Une parasitophobie (prurit psychogène)
5. Une résistance au traitement

- Les nodules post-scabieux :

Ce sont des lésions papulonodulaires rouges ou cuivrées, prurigineuses, pouvant persister plusieurs semaines ou mois après un traitement efficace. Ces lésions sont situées au voisinage des aisselles chez l'enfant et succèdent à des nodules scabieux. Chez l'adulte, elles sont ubiquitaires. Les nodules post-scabieux sont des réactions inflammatoires à prédominance lymphocytaire et éosinophilique qui ne contiennent pas de parasites vivants. Ils s'affaissent progressivement et finissent par disparaître .

B. Contexte de thèse :

La gale est l'une des affections dermatologiques les plus fréquentes, représentant une part importante des maladies de la peau dans les pays en voie de développement.

Bien que bénigne dans la majorité des cas, cette parasitose très contagieuse affecte un nombre important d'individus ce qui en fait un véritable problème de santé publique et aboutit à une altération de la qualité de vie des patients par le prurit.

Cependant, selon l'expérience des professionnels de la santé, la gale provoque une morbidité importante et elle est sous-évaluée. (3)

Le contrôle de la maladie et la prévention des épidémies reposent principalement sur la réalisation d'un diagnostic rapide et efficace, ainsi que sur un traitement bien mené et couvrant tout risque de réinfestation.

Ceci nécessite une bonne connaissance de cette pathologie et de sa prise en charge par les médecins généralistes étant les principaux praticiens à en prendre en charge.

Au Maroc, aucune étude évaluant les connaissances des médecins généralistes en matière de diagnostic et de traitement de la gale n'a été réalisée auparavant.

C. Hypothèses et questions de recherche :

La gale est un fléau mondial, en particulier dans les pays en voie développement dont fait partie notre pays.

A cause de l'absence de compétences locales, la gale risquerait de passer inaperçue et d'être diagnostiquée plus tardivement, tandis que les cas et leurs contacts risqueraient d'être traités de manière inadéquate.

A travers cette thèse, nous voulons savoir comment sont les connaissances et les pratiques réelles des médecins généralistes de la ville de FES dans la prise en charge de la gale, nous voulons également étudier de la façon la plus exhaustive possible l'ensemble des éléments de cette prise en charge : doses d' acaricides topiques prescrites, intervalle entre ces traitements, traitement systématique ou non de l'entourage, désinfection de l'environnement, prescription de dermocorticoïdes et d'antihistaminiques et finalement la prescription d'un bilan d'IST en cas de gale de la région génitale .

OBJECTIFS

A. Objectif principal :

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes de la ville de FES concernant la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la gale.

B. Objectifs secondaires :

- Identifier les écarts aux recommandations et connaître les informations manquantes aux médecins.
- Évaluer les facteurs de risque de l'échec thérapeutique notamment :
 - Le traitement des sujets contacts.
 - La décontamination du linge et de la literie.
 - L'utilisation de dermocorticoïdes.

MÉTHODES

A. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude qualitative, prospective et observationnelle reposant sur un questionnaire réalisé auprès des médecins généralistes de la ville de FES .

B. Population cible :

Les médecins généralistes des secteurs public et privé, exerçant dans la ville de FES constituaient la population cible de notre étude.

1. Critères d'inclusion :

Les médecins généralistes du secteur public exerçant dans les centres de santé.

Les médecins généralistes du secteur privé exerçant dans les cabinets .

Les internes de périphérie .

2. Critères d'exclusion :

Les médecins généralistes exerçant en milieu hospitalier .

3. Échantillonnage :

La taille de l'échantillon était obtenu à partir du nombre total des médecins généralistes du secteur public exerçant dans les centres de santé : délivré par la direction régionale de santé de la région de FES et dont le nombre était de 84 ; Et ceux du secteur privé exerçant dans les cabinets : délivré par le conseil régional de l'ordre des médecins de FES et dont le nombre était de 185, et en se basant également sur les connaissances des médecins à propos de la gale dans des études similaires en France en prenant un risque alpha de 5% et une précision de 5%.

La taille de l'échantillon était de 156 médecins .

C. Collecte des données :

1. Élaboration du questionnaire :

Nous avons élaboré un questionnaire(Annexe 1) en privilégiant des questions sur le diagnostic et la prise en charge devant une suspicion de gale , dans différentes situations.

La majorité des questions étaient fermées à choix multiples . Les seules questions ouvertes concernaient l'âge et les années d'exercice du praticien .

Le questionnaire reposait sur 4 parties :

La première partie concernait les informations sur le praticien , notamment l'âge, le sexe , le nombre d'années d'exercice , et les formations suivies en dermatologie .

La deuxième partie concernait la fréquence des cas de gale observés par mois .

La troisième partie s'intéressait au volet de diagnostic clinique et paraclinique .

La quatrième partie concernait l'attitude thérapeutique chez l'adulte , le nourrisson et la femme enceinte en matière de scabicides topiques utilisés , et de prescription d'antihistaminique et de dermocorticoïdes . Cette partie élaborait également les mesures associés notamment le traitement de l'entourage et la désinfection de l'environnement .

Et finalement, nous nous sommes également interrogés sur la prescription d'un bilan d'IST devant une gale de la région génitale .

Il s'agit d'un questionnaire anonyme et se composant de 25 QCM pouvant être rempli en 10 min. Il a été testé auprès de 10 médecins généralistes avant d'aboutir à sa version finale .

2. Distribution et récupération des questionnaires :

Nous avons effectué la distribution et la récupération du questionnaire, du mois de Septembre 2021 au mois de Février 2022 , soit pendant 5 mois.

La distribution du questionnaire s'est faite par remise en mains propres après accord de participation.

La récupération s'est faite dans l'immédiat ou le plus souvent par recouvrement différé.

Après trois tentatives de recouvrement différé infructueuses, nous avons considéré comme non répondants les médecins participants qui n'avaient pas rempli le questionnaire d'enquête.

3. Saisie et analyse des données :

La saisie des données a été réalisé à l'aide du Logiciel Excel, et l'analyse statistique a été réalisé à l'aide du logiciel SPSS.

Toutes les variables étaient résumées par l'utilisation des statistiques descriptives. Les variables qualitatives étaient décrites en termes de proportions et les variables quantitatives étaient décrites en termes de moyenne, valeurs extrêmes et écart-type.

Dans un deuxième temps, une analyse univariée a été faite pour étudier l'association entre chacune des variables explicatives (années d'exercice, secteur d'exercice, formation suivie en dermatologie) et les connaissances des médecins vis-à-vis de la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la gale.

L'association entre deux variables qualitatives a été recherché en utilisant le test de Khi2 et l'association entre une variable qualitative et une variable quantitative a été recherché en utilisant le test de Student.

Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme significative.

4. Méthodes d'évaluation :

Le diagnostic était considéré comme certain devant la présence d'un prurit (à recrudescence vespérale, à caractère familial ou conjugal) associé aux lésions spécifiques de la gale (vésicules, sillons et nodules) .

Le diagnostic était considéré comme probable devant la présence d'un prurit à prédominance nocturne avec des lésions non spécifiques telles que les lésions papuleuses excoriées.

Le traitement du patient par Ascabiol était considéré comme adapté si le nombre d'applications était de 2 ou 3 applications avec un intervalle et durée de 24 h et une réapplication à J8 , concernant le nourrisson et la femme enceinte , il a été considéré comme adapté si le nombre d'application était 1 ou 2 applications d'une durée de 12h à renouveler après une semaine.

En matière de Spregal, le traitement adapté était considéré pour une seule application de 12h à renouveler après une semaine .

Le traitement des sujets contacts devait obéir aux mêmes règles .

D. Considérations éthiques :

En ce qui concerne les considérations éthiques, le questionnaire était anonyme avec respect de la confidentialité des informations durant l'étude et après consentement des médecins avant la remise du questionnaire.

RÉSULTATS

A. Analyse descriptive :

1. Effectif des médecins participants :

Nous avons sollicité 156 médecins parmi lesquels 135 ont accepté de participer.

Le taux de réponse global était de 87 %.

2. Caractéristiques sociodémographiques des médecins participants :

Selon l'âge : (Figure 10)

Les médecins participants avaient une moyenne d'âge de 47 ans \pm 16.

Les extrêmes étaient 25 et 77 ans .

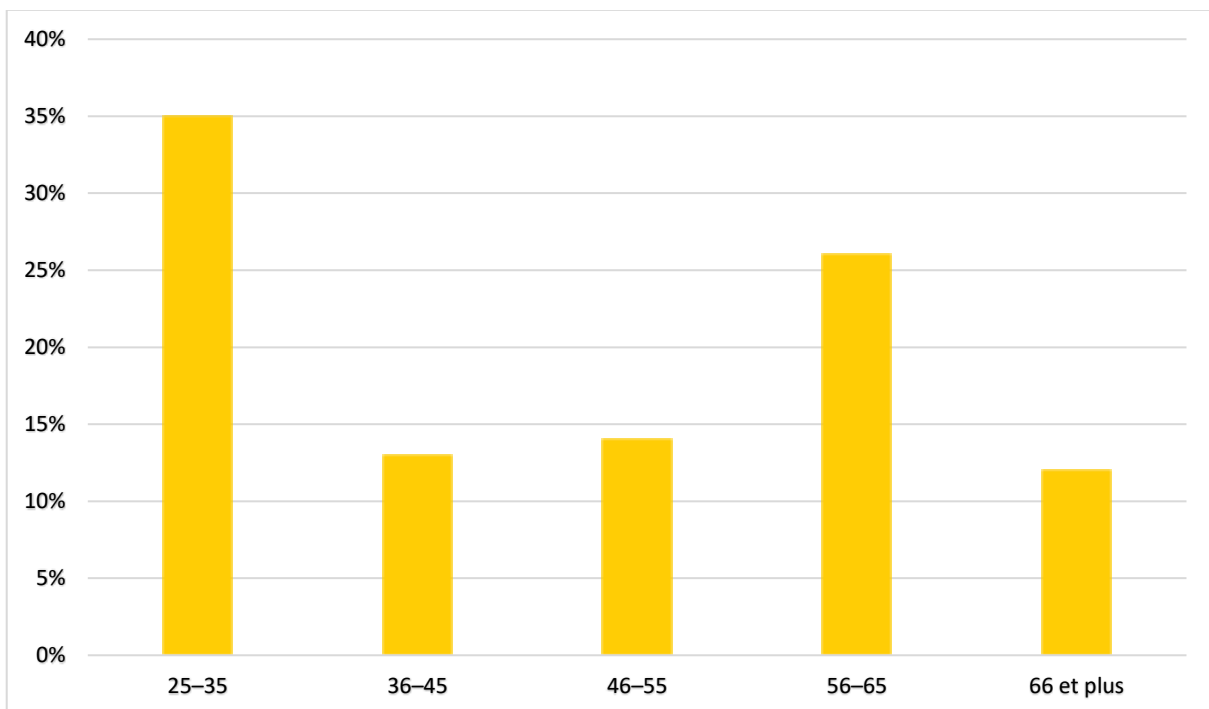


Figure 10: Répartition des médecins selon l'âge

Répartition selon le sexe : (Figure 11)

L'étude a porté sur 135 médecins dont :

- 74 femmes
- 61 hommes
- Le sexe ratio H/F était de 0,8

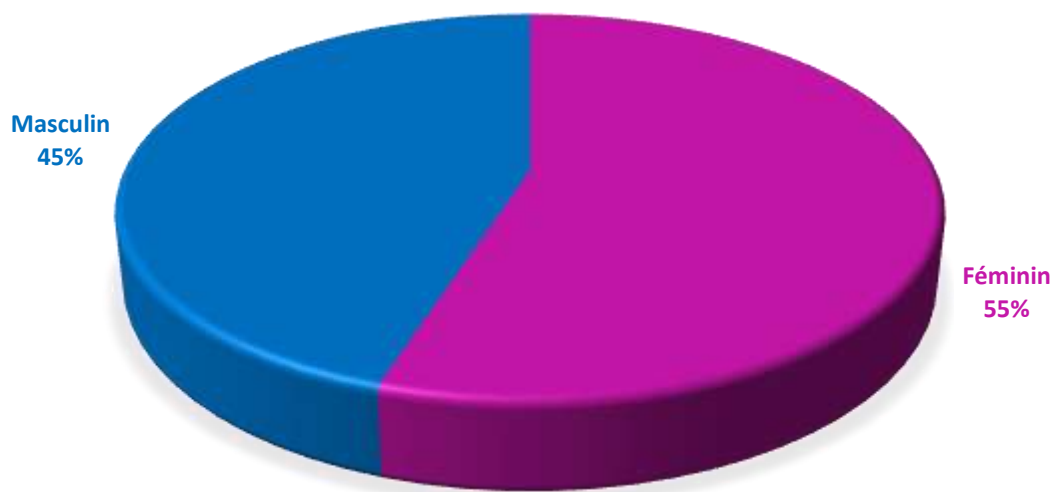


Figure 11: Répartition des médecins selon le sexe

Selon de secteur d'exercice :

Soixante-trois médecins (47%) exerçaient dans le secteur public et 72 médecins (53%) exerçaient dans le secteur privé .

Selon la durée d'exercice : (Figure 12)

La durée d'exercice moyenne de nos participants était de 19 ans \pm 15.

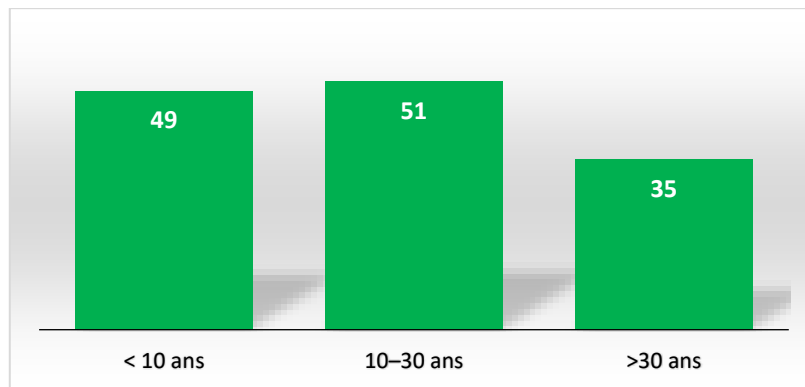


Figure 12: Répartition des médecins selon les années d'exercice

3. Formation suivie en dermatologie :

64 médecins (47%) avaient suivis une formation en dermatologie durant leur cursus , dont :

- 56 médecins (87%) l'avaient suivie au Maroc
- 6 médecins (9%) l'avaient suivie à l'étranger
- 2 médecins (3%) l'avaient suivie au Maroc et à l'étranger

La répartition selon le type de formation est représenté dans la figure suivante :

(Figure13)

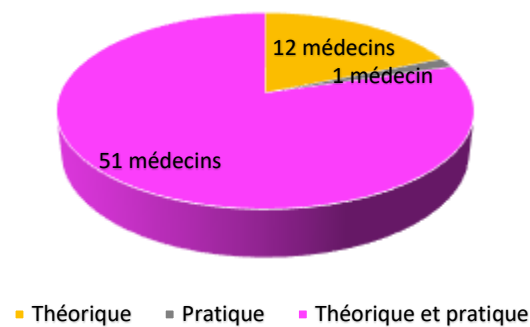


Figure 13: Répartition des médecins selon la formation

4. Données épidémiologiques générales :

La fréquence estimée des cas de gale rencontrée en consultation de médecine générale est représentée dans le tableau suivant :

Tableau 2: Fréquence estimée des cas de gale par mois

Fréquence estimée	Effectif	Pourcentage
Moins d'un cas par mois	68	50 %
1 à 3 cas par mois	50	37%
4 à 6 cas par mois	14	10%
7 à 9 cas par mois	1	1%
10 cas ou plus par mois	2	2%

5. Diagnostic positif :

a. Signes cliniques :

La figure 14 montre la répartition des signes cliniques ayant conduit à la suspicion de gale .

Il était possible de cocher plusieurs signes cliniques .

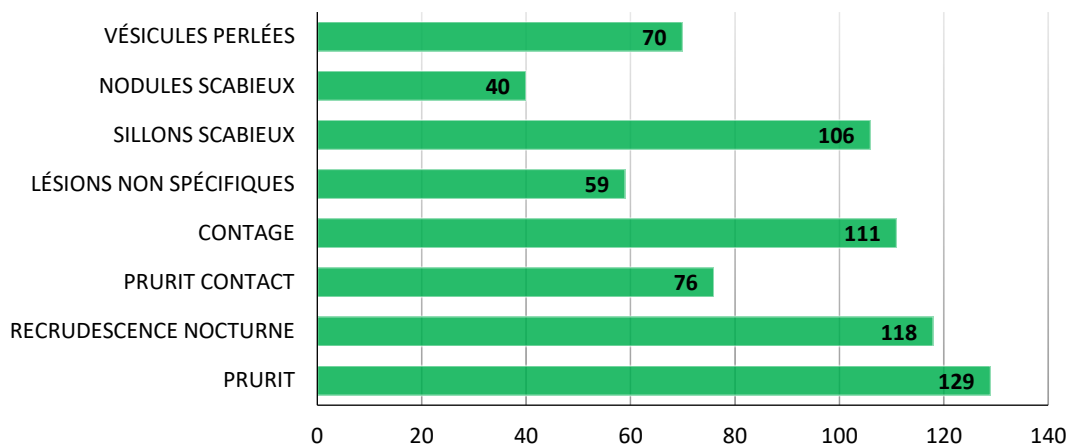


Figure 14: Fréquence des signes cliniques sur 135 réponses

b. Les localisations spécifiques des lésions :

Le tableau suivant montre la fréquence des différentes localisations des lésions évoquées par les médecins :

Tableau 3: Répartition des différentes localisations évoquées par les médecins

Localisation des lésions	Effectif	Pourcentage
Espaces interdigitaux	125	93%
Poignets	100	74%
Creux axillaire	62	50%
Coude	72	53%
Mamelon	40	30%
Organes génitaux	83	62%
Diffuse	88	65%

c. Particularités chez le nourrisson :

Sur 135 réponses , la localisation palmoplantaire représentait 72 % et celle du visage représentait 32 % .

d. Évaluation des connaissances concernant le diagnostic :

Sur 135 réponses, le diagnostic semblait certain pour le médecin dans 85 cas (63%), probable dans 47 cas (35%), douteux dans 3 cas (2%) .

Pour étayer le diagnostic :

- 1 médecin avait demandé un bilan biologique.
- 9 médecins avaient demandé une consultation spécialisée .
- 124 médecins avaient prescrit un traitement d'épreuve avec un contrôle clinique.
- 1 médecin avait demandé un bilan de prurit .

6. Attitude thérapeutique :

a. Prescription des scabicides topiques :

L'Ascabiol était prescrit par tous les médecins : (Figure 15)

- 68 médecins (50%) l'avaient prescrit selon un protocole adapté .
- 28 médecins(21%) avaient prescrit un traitement adéquat mais sans réapplication après une semaine.
- 39 médecins (29 %) avaient prescrit un protocole non adapté dont :
 - 14 médecins avaient prescrit 1 application de 24h .
 - 2 médecins avaient prescrit 1 application de 12h
 - 23 médecins avaient prescrit 2 ou 3 applications avec des intervalles et des durées non respectées.

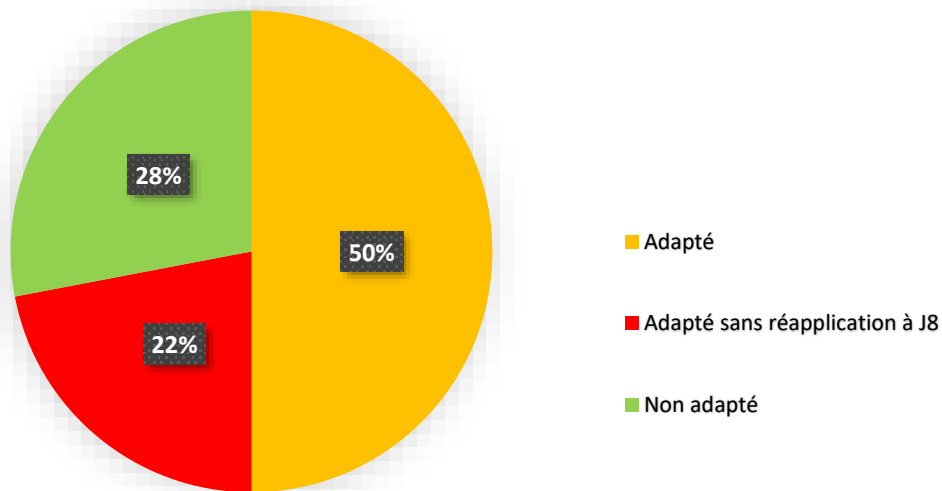


Figure 15: Protocoles de traitement des patients par Ascabiol

Le Spregal était prescrit par 53 médecins (39%):

- 11 médecins avaient prescrit un traitement adapté
- 15 médecins avaient prescrit un traitement adéquat mais sans réapplication à J8
- 27 médecins avaient prescrit un traitement non adapté dont 18 médecins prescrivaient le Spregal en 2 et 3 applications , et 9 le prescrivaient en une application de 24 heures .

b. Prescription des antihistaminiques et des dermocorticoïdes :

Les pourcentages de prescription des antihistaminiques et des dermocorticoïdes est représenté dans les deux figures suivantes : (Figure 16) (Figure 17)

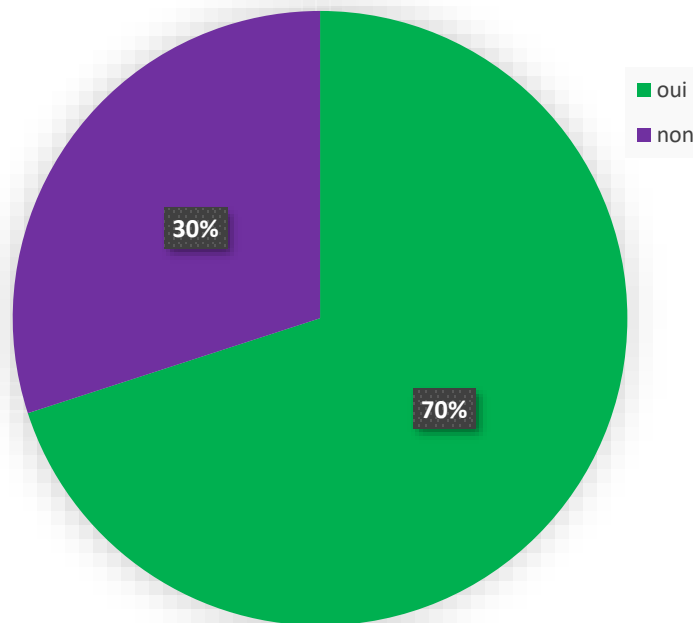


Figure 16: Pourcentage de prescription des antihistaminiques

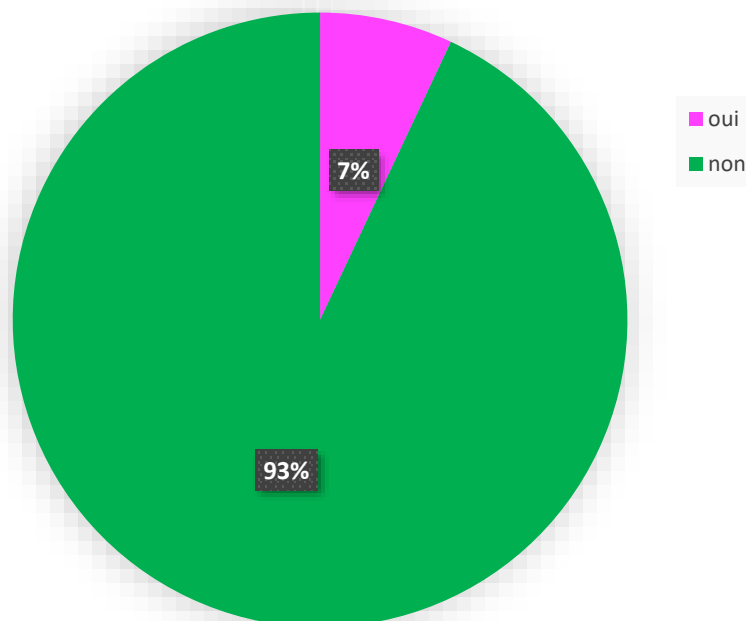


Figure 17: Pourcentage de prescription des dermocorticoïdes

c. Traitement du nourrisson et de la femme enceinte :

L'Ascabiol était prescrit par 120 médecins (89%) :

- 49 médecins (41%) le prescrivait de façon adaptée
- 27 médecins (22%) le prescrivait de façon adéquate mais sans ré application à J8
- 44 (37%) médecins le prescrivait de façon non adaptée dont 35 médecins prescrivait une durée d'application de 24 heures

Le Spregal était prescrit par 35 médecins (30%) :

- 10 (29%) médecins l'avaient prescrit de façon adaptée
- 15 (42%) médecins l'avaient prescrit de façon adéquate mais sans réapplication à J8
- 10 (29%) médecins l'avaient prescrit de façon non adaptée dont :
 - 3 médecins avaient prescrit 3 applications.
 - 3 médecins avaient prescrit 2 applications.
 - 4 médecins avaient prescrit 1 application mais de 24 h.

Par ailleurs , 10 médecins avaient déclaré qu'ils ignoraient le protocole de traitement du nourrisson et de la femme enceinte.

d. Application du traitement :

63 médecins (47%) avaient précisé de réappliquer le traitement sur les paumes après chaque lavage des mains pendant la durée d'application.

e. Décontamination de l'environnement :

Les instructions de désinfection avaient été donnés par 131 médecins (97%) dont 28 médecins (21%) avaient remis des instructions écrites.

Cette désinfection concernait :

Le linge dans 127 cas (97%) .

Le linge et la literie dans 122 cas (93%) .

La fréquence des moyens de désinfection est représenté dans le tableau suivant : (tableau 4)

Tableau 4: Fréquences des moyens de désinfection

Moyens de désinfection :	Fréquence :	Pourcentage
Solution acaricide	99	(75%)
Isolement 72h dans un sac	60	(46%)
Lavage à 60	110	(83%)

f. Traitement de l'entourage :

Concernant l'entourage du patient , 112 médecins l'avaient traité (83%) .

Parmi ces médecins , 19 (17%) avaient prescrit des doses moindres de scabicides pour l'entourage.

g. Contrôle clinique :

108 médecins (80%) avaient prévu de revoir le patient.

h. Autres mesures :

Devant une gale de la région génitale , 83 médecins (61%) avaient prescrit un bilan d'IST .

Leur fréquence est représenté selon le tableau suivant : (tableau 5)

Tableau 5: Fréquences des bilan d'IST

Bilan d'IST	Fréquence	Pourcentage
Syphilis seul	20	24%
VIH seul	1	1%
Syphilis +VIH	13	16%
Syphilis +VIH+ Hépatite B	47	57%
Hépatite B +Syphilis	1	1%
Hépatite B +VIH	1	1%

Devant toute gale de l'adulte , 73 médecins(54%) avaient recherché un comportement sexuel à risque .

En cas de persistance du prurit , 96 médecins (71%) avaient adressé le patient au spécialiste. (Figure 18)

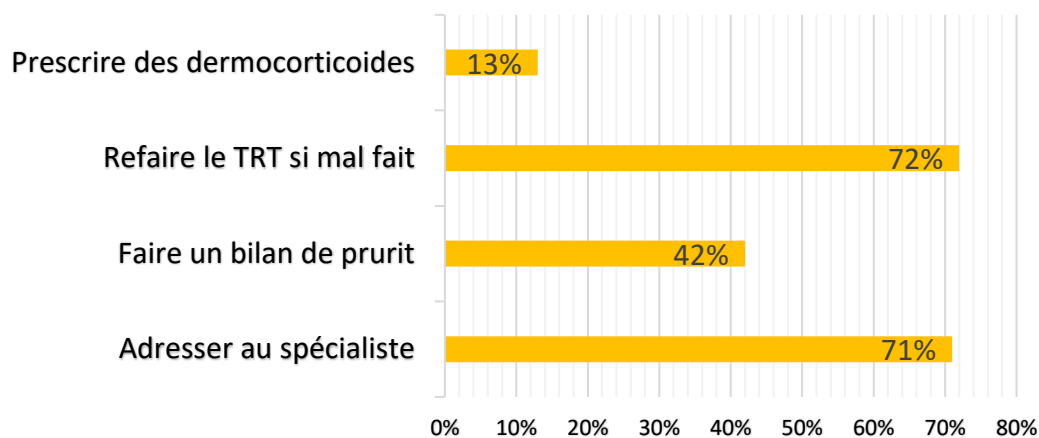


Figure 18: Attitudes des médecins en cas de persistance du prurit

B. Analyse univariée :

L'analyse de l'association entre le secteur d'exercice et les connaissances des médecins sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la gale était non significative avec un $p=0,214$.

De même concernant la formation suivie en dermatologie , le résultat était non significatif avec un $p=0,375$.

Concernant l'association entre les années d'exercice des médecins et leur connaissances, le résultat était significatif avec un $p=0.026$: les médecins ayant de meilleurs connaissances avaient une moyenne d'années d'exercice de 16 ans et ceux avec de moindres connaissances avaient une moyenne d'années d'exercice de 22 ans.

DISCUSSION

Notre étude a concerné l'évaluation des connaissances des médecins généralistes concernant le diagnostic et la prise en charge thérapeutique de la gale à travers un questionnaire. Le taux de réponse était satisfaisant.

L'absence d'étude similaire à l'échelle nationale et maghrébine a rendu l'analyse comparative illusoire. Seules 03 études des hôpitaux de France ont concerné le même sujet.

A. Caractéristiques sociodémographiques des médecins :

Notre étude comportait une surreprésentation des femmes (55%). Ceci peut être expliqué par la tendance à la féminisation du choix de la médecine en général.

Concernant l'âge, (70%) des médecins étaient âgés de moins de 60 ans, pouvant s'expliquer par une plus grande assiduité des jeunes médecins généralistes à répondre au questionnaire .

Quant au secteur d'exercice , (47%) des médecins exerçait au secteur public et (53%) au secteur privé , donc sans différence significative , avec une moyenne d'années d'exercice de 19 ans .

B. Formation suivie en dermatologie :

Dans notre étude , presque la moitié des médecins (47%) avait suivi une formation en dermatologie durant leur cursus dont la majorité (87%) l'avait suivi au Maroc dans sa forme théorique et pratique .

C. Données épidémiologiques générales :

Dans notre étude, la moitié des médecins généralistes (50%) avait diagnostiqué au moins un cas de gale par mois, expliquant la fréquence élevée des cas de gale en consultation de médecine générale au Maroc en comparaison avec d'autres études effectuées dans d'autres pays.

En effet, dans une étude similaire décrivant les pratiques des médecins généralistes dans le diagnostic et la prise en charge de la gale commune par les médecins généralistes en France installés dans le département de Doubs réalisé en 2017 (22) , 89% des médecins généralistes avaient diagnostiqué au moins un cas de gale au cours des 6 derniers mois .

Une thèse pareille réalisée auprès des médecins généralistes de la Gironde par Gonzalez Thomas en 2017 (23) avait montré que 77% des médecins avaient eu une suspicion de gale au cours des 3 mois précédents .

Une enquête menée auprès des médecins libéraux en Région Bretagne en 2013 sur la prise en charge de la gale (24), avait montré que 74 ,1 % des praticiens interrogés avaient rencontré au moins 1 cas de gale dans les derniers mois.

Dans une enquête évaluant les connaissances sur la gale chez les médecins travaillant dans un établissement de soins primaires réalisée en 2020 en Arabie Saoudite(25), la majorité des médecins avaient déclaré avoir traité des cas de gale (78,1%).

D. Diagnostic positif :

Dans notre travail, le prurit était le critère diagnostique principal suivi par son caractère nocturne, puis la présence d'un contage et de lésions dermatologiques spécifiques notamment les sillons scabieux .

Concernant la localisation des lésions, c'était principalement au niveau du poignet et des espaces interdigitaux .

Cela témoigne d'un bon niveau de connaissance concernant le diagnostic clinique de la gale .

Ces résultats étaient concordants avec les études similaires. En effet ; en France ; les omnipraticiens déclaraient que le prurit était le premier critère diagnostique , toujours présent , suivi par sa localisation anatomique, son caractère nocturne, sa présence dans l'entourage et l'observation de lésions spécifiques .

Particularités du nourrisson :

Le niveau de connaissances des omnipraticiens en matière de la gale du nourrisson était satisfaisant chez 78,5%.

En effet, la localisation palmoplantaire était la plus observée en comparaison avec celle du visage.

Ces résultats étaient non comparables avec les autres études vu que cette particularité n'a pas été traitée dans ces études.

Évaluation des connaissances concernant le diagnostic:

Dans notre étude, le diagnostic était certain dans 63% des cas, probable dans 35% des cas. Ce résultat était proche avec celui de l'étude menée par Gonzalez Thomas(23) ou le diagnostic était certain dans 52% des cas, et probable dans 37,5% des cas.

Cela peut être expliqué par le fait que la gale est de diagnostic essentiellement clinique.

Pour étayer le diagnostic, 92% des médecins prescrivaient un traitement d'épreuve avec un contrôle clinique.

L'avis dermatologique était demandé dans 6% des cas.

Ce résultat témoigne d'un bon niveau de connaissance concernant le diagnostic de la gale, et témoigne également que la gale commune est traitée en premier temps par les médecins généralistes.

Ce résultat était proche de l'étude auprès des médecins de Doubs où l'avis dermatologique était demandé dans 3% des cas.(22)

E. Attitude thérapeutique :

1. Prescription des scabicides topiques :

Dans notre travail, tous les médecins prescrivait l'Ascabiol pour leurs patients dont la moitié le prescrivait de façon adapté, 21% le prescrivait de façon adapté mais ne précisaient pas la réapplication après une semaine, et 29% le prescrivait de façon non adapté sans respecter ni le nombre ni la durée des applications .

En cas de gale commune, les recommandations (16) incluent deux applications de 24 heures à 24 heures d'intervalle avec une réapplication après une semaine vu que l'Ascabiol est inefficace contre les œufs qui vont éclore en nymphes et se transformer en adultes au bout de 7 jours, favorisant ainsi une réinfestation et donc un échec thérapeutique .

Ce résultat témoigne d'un niveau de connaissance moyen concernant la prescription de l'Ascabiol.

Concernant le Spregal, 39% des médecins l'avaient prescrit ,ceci pourrait être expliqué par le fait qu'il est souvent en rupture de stock .

Parmi ces médecins, uniquement 21% des médecins l'avaient prescrit de façon adapté.

Le fait qu'il soit presque toujours en rupture de stock, pourrait expliquer que les médecins ne connaissent pas le protocole exact de prescription du Spregal, qui selon les recommandations doit être appliqué en une seule application de 12 heures et qu'il était conçu pour faciliter l'application du traitement .

Ceci nous montre que les médecins avaient un faible niveau de connaissance en matière de prescription du Spregal.

Dans l'étude menée auprès des médecins de Doubs(22), le traitement orale par l'ivermectine était privilégié, où 38% des médecins généralistes le prescrivaient seule, 44% en association avec un scabicide topique(Spregal), ceci expliqué par sa facilité de prise et d'observance par rapport à l'application d'un produit topique et par la rupture de stock de l'Ascabiol en France entre 2012 et 2016 qui a pu changer les modes de prescription au long court, ainsi que ces contre-indications limitées . Toutefois , cette étude avait montré que les recommandations étaient insuffisamment suivies .

Dans l'étude similaire évaluant la PEC diagnostique et thérapeutique des médecins généraliste de la région Centre(26) ,les médecins généralistes traitaient les patients de manière préférentielle par l'ivermectine (73%).

Dans l'enquête menée par l'ARS Bretagne(24), 58% des médecins généralistes prescrivaient un traitement combiné (Ivermectine avec l'Ascabiol ou le Spregal).

Ces résultats étaient différents de ceux de notre étude vu que l'ivermectine est indisponible au Maroc .

2. Prescription d'antihistaminiques et de dermocorticoïdes :

Concernant l'utilisation d'antihistaminiques, 70% des médecins les prescrivaient, expliqué par le fait que les médecins voulaient soulager le prurit et limiter les réactions allergiques.

De façon générale , la symptomatologie prurigineuse est considérée comme liée à une libération de médiateurs stimulant des récepteurs spécifiques au niveau des fibres sensorielles épidermiques. Ce mécanisme n'a jamais été exploré de façon spécifique dans la gale, en effet, le prurit associé à l'infestation par la gale est induit par une voie indépendante de l'histamine, ce qui rend les antihistaminiques peu efficaces en dehors de leur utilité sédative.(27)

Toutefois même si les antihistaminiques pourraient diminuer un peu ce prurit , les patients seront faussement rassurés et cela va masquer l'efficacité thérapeutique.

Concernant la prescription des dermocorticoïdes, uniquement 7% des médecins les prescrivaient, témoignant alors d'un bon niveau de connaissance .

Ce résultat était proche de l'étude sur les médecins de la Gironde(23) où ils étaient prescrits par 10% des médecins .

3. Traitement du nourrisson et de la femme enceinte :

Le traitement de la gale chez la femme enceinte et le nourrisson était assez compliqué selon plusieurs médecins interrogés .

L'Ascabiol était prescrit par 89% des médecins dont 41% le prescrivaient de façon adapté .

Selon les recommandations(16), le temps d'application doit être réduit à 12 heures chez la femme enceinte et le nourrisson , voire 6 heures chez le nourrisson moins de 1 an.

Ce pourcentage témoigne d'un niveau moyennement satisfaisant. En effet, La prescription non adapté de l'Ascabiol pourrait être expliqué par le fait qu'ils rencontraient moins de cas de gale chez la femme enceinte et le nourrisson et donc ne se renseignaient pas sur les recommandations de traitement de cette catégorie.

Pour le Spregal, il était prescrit par 30% des médecins, expliqué soit par le fait qu'il est souvent en rupture de stock, soit il évitaient pour ces effets secondaires particulièrement pour le nourrisson .

Dans l'étude concernant les médecins généralistes de la région Centre(26) ,37% des médecins généralistes consultaient le CRAT ou le VIDAL avant toute prescription pour la femme enceinte , les traitements les plus prescrits étaient l'ivermectine à 23%, l'Ascabiol à 22% et le Spregal à 14% . 70% des médecins suivaient les recommandations et prescrivaient l'ivermectine à J1 et J8 .

4. Traitement de l'entourage :

Dans notre enquête, 83% des médecins avaient traité l'entourage du patient, dont 17% avaient prescrit des doses moindres pour l'entourage, expliqué par le fait qu'ils étaient asymptomatiques.

Selon les recommandations (16), tous l'entourage vivant sous le même toit du patient devrait être traité et selon le même protocole.

Le tableau suivant montre les pourcentages de traitement de l'entourage dans les différentes études similaires.

Tableau 6: Pourcentages de traitement de l'entourage dans les études similaires

Études similaires	Les médecins du Doubs(22)	Les médecins de la Gironde(23)	Les médecins de la région Centre(26)	Les médecins de la région Bretagne(24)	Notre étude
Pourcentage du traitement de l'entourage	79%	78%	65%	56.7%	83%

Notre étude semblait donc montrer une meilleure prise en charge des sujets contacts que dans les études précédentes avec une mise en conscience des omnipraticiens de cette considération importante.

5. Décontamination de l'environnement :

Dans notre étude ,les instructions de désinfection ont été délivré par 97% des médecins .

Cette désinfection concernait le linge et la literie dans 93% des cas ,résultat proche le l'étude auprès des médecins de la Gironde(23) où elle a été réalisée par 97% des médecins .

Concernant l'immobilier , l'instruction de désinfection était délivrée par 64 % des médecins contre 75 % des médecins de la Gironde , ceci pourrait être un facteur de risque de récidence.

Quant aux moyens de désinfection , le lavage à 60 degré était le moyen le plus recommandé (83%), suivi par l'utilisation d'une solution acaricide (75%) puis l'isolement dans un sac (46%).

Ces résultats étaient proches de l'étude auprès des médecins de la Gironde (23)ou le lavage était recommandé dans 92% des cas, la solution acaricide dans 88% et l'isolement dans un sac à 63%.

6. Informations aux patients :

Les instructions écrites étaient données par 21% des médecins contre 46% des médecins de la Gironde.(23)

En effet, un bas niveau d'instruction chez nos patients pourrait expliquer que les médecins préféraient donner ces instructions oralement.

L'information sur la réapplication de l'Ascabiol en cas de lavage des mains était rarement donnée, ce topique est appliqué généralement le soir, ceci rend souvent ce conseil inutile .

7. La gale : une infection sexuellement transmissible

Dans notre travail, 61% des médecins avaient prescrit un bilan d'IST en cas de gale de la région génitale, dont 57% avaient prescrit un bilan complet : sérologie VIH, sérologie HBV et sérologie de la Syphilis .

Devant toute gale à localisation génitale, presque la moitié des médecins 54% avait recherché un comportement sexuel à risque, ceci pourrait être expliqué par manque d'habiletés communicationnelle pour annoncer ce possible lien .Par ailleurs, ce pourcentage témoigne d'un niveau moyennement satisfaisant des connaissances de cette donnée.

8. Cas de persistance du prurit :

En cas de persistance du prurit , 72% des médecins avaient précisé de refaire de traitement si mal fait expliquant que le traitement est souvent soit mal compris soit mal appliqué par le patient.

71% des médecins généralistes adressaient le patient au dermatologue en cas de persistance du prurit.

Cette notion n'a pas été recherchée dans les études similaires.

F. Discussion des données analytiques univariées :

L'étude univariée a montré que les médecins avec moins d'années d'exercice avaient de meilleures connaissances par rapport aux médecins avec un plus grand nombre d'années d'exercices .Ceci pourrait impliquer que les médecins généralistes les plus jeunes et ayant moins d'années d'exercice étaient les plus confrontés aux dernières recommandations concernant la prise en charge de la gale , ce qui nous montre l'intérêt d'une formation médicale continue .

Toutefois , l'association entre le secteur d'exercice et les connaissances des médecins n'était pas significativement retrouvée.

De même pour la formation suivie en dermatologie, le fait d'avoir suivi ou non une formation en dermatologie n'influçait pas le niveau de connaissances des médecins. Ceci peut être expliqué par le fait que ces formations s'intéressaient à d'autres pathologies dermatologiques.

POINTS FORTS ET LIMITES

DE NOTRE ÉTUDE

Notre étude est considérée comme la première étude marocaine à évaluer les connaissances sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la gale par les médecins généralistes.

De plus, l'échantillon a été recruté dans différents centres de santé et cabinets ce qui nous a permis d'obtenir un bon taux de réponse rendant ainsi crédibles les données.

En outre, le questionnaire était plus complet que celui utilisé dans les études similaires antérieures : nous avons traité les particularités du nourrisson et le cas de gale de la région génitale .

Néanmoins, certains biais et limites de l'étude doivent être reconnus :

- Biais d'évaluation : le questionnaire papier comportant des questions fermées, ce qui permettait d'obtenir des réponses précises mais pouvait orienter la réponse du médecin.
- Utiliser plusieurs modalités de remplissage du questionnaire devait permettre d'obtenir un meilleur taux de réponse .
- La comparaison de nos résultats avec des études similaires était difficile en raison de l'absence d'études similaires au niveau national et au niveau du Maghreb, et de la rareté des études comparables au niveau international. De plus, aucun questionnaire standard n'a été utilisé dans ces études pour assurer des comparaisons équitables .
- Nous n'avions également pas de moyens de vérifier si la conduite énoncée dans les réponses au questionnaire était réellement celle utilisée en pratique courante .

PERSPECTIVES ET

PROPOSITIONS

Dans notre étude, on avait constaté que les médecins avaient des connaissances moyennement satisfaisantes concernant la prise en charge thérapeutique de la gale,

De ce fait, une meilleure diffusion des recommandations disponibles semble nécessaire pour optimiser cette prise en charge notamment celles concernant la répétition du traitement à J8 étant donné que c'est une attitude définie à partir de 2015.

Il est également important pour les médecins de se tenir au courant des dernières avancées et de s'assurer d'une formation continue.

Nous proposons également une évaluation au-delà des connaissances, c'est celle des compétences dans la pratique des omnipraticiens.

CONCLUSION

L'objectif derrière notre travail était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes de la ville de FES concernant la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la gale. En effet, notre étude avait montré des niveaux de connaissances variables. Les médecins avaient un bon niveau de connaissance en matière du diagnostic notamment les différentes présentations cliniques de la gale et les particularités du nourrisson. Toutefois, leur niveau de connaissances était moyennement satisfaisant en matière des protocoles de prescription de l'Ascabiol et du Spregal et ils manquaient d'informations sur le traitement du nourrisson et de la femme enceinte.

Concernant les autres aspects de prise en charge, la majorité des médecins traitaient l'entourage et l'environnement du patient ce qui témoigne alors d'un bon niveau de connaissances concernant ce point. De même pour la prescription des dermocorticoïdes qui étaient rarement prescrits.

Notre étude avait également montré que les médecins avec de moindres années d'exercices avaient de meilleures connaissances, cela suggère que les jeunes médecins sont les plus confrontés aux dernières recommandations.

Il est donc important de sensibiliser davantage les médecins généralistes en actualisant leurs connaissances sur les nouvelles recommandations vu leur importance dans la gestion de première ligne de cette pathologie.

RESUMES

RESUME

Introduction : La gale est l'une des affections dermatologiques les plus fréquentes représentant une part importante des maladies de la peau dans les pays en voie de développement. Le médecin généraliste constitue le principal acteur dans la prise en charge de cette pathologie. Cependant, rares sont les études qui évaluent cette prise en charge.

Objectif : L'objectif de la présente étude était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes de la ville de FES concernant la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la gale.

Matériel et méthodes : Pour atteindre notre objectif, nous avons mené une étude prospective à visée descriptive et analytique basée sur un questionnaire anonyme entre Septembre 2021 et Février 2022. La population cible était constituée de médecins généralistes travaillant dans les centres de santé et dans les cabinets privés, et dont le nombre était de 156 médecins.

Résultats : Le taux de réponse était de 87%. Parmi les répondants, 50% avaient diagnostiqué au moins un cas de gale par mois. Les principaux arguments de diagnostic étaient le prurit, son caractère nocturne et la notion de contagion. Tous les médecins avaient identifié les particularités du nourrisson concernant la localisation au niveau palmoplantaire et au niveau du visage. Un avis dermatologique était systématiquement demandé par 6% des médecins, tandis que 92% des médecins avaient prescrit un traitement d'épreuve avec un contrôle clinique. Concernant le traitement, l'Ascabiol était prescrit par tous les médecins dont 50% le prescrivait de façon adaptée. Le Spregal était prescrit par 39% des médecins. Pour le traitement du nourrisson et de la femme enceinte, l'Ascabiol était prescrit par 89% des médecins dont 41% le prescrivait de façon adaptée, le Spregal était prescrit par 30% des médecins tandis

que 7% avaient déclaré qu'ils ignoraient le traitement de ces derniers. Les antihistaminiques étaient prescrit par

70% des médecins et les dermocorticoïdes par 7% des médecins. L'entourage était traité par 83% des médecins , et 97% avaient donné des instructions de décontamination.

En cas de gale de la région génitale, 61% des médecins avaient prescrit un bilan d'IST. Finalement, en cas de persistance du prurit, 71% des médecins adressaient le patient au spécialiste. En analyse univariée , les médecins avec de moindres années d'exercices avaient de meilleurs connaissances, alors que le secteur d'exercice et les formations suivies en dermatologie n'influençaient pas ces connaissances.

Discussion : Notre étude avait montré des niveaux de connaissances variables.

En effet, ils avaient un bon niveau de connaissances concernant le diagnostic tandis que leur niveau de connaissances était moyennement satisfaisant en matière de traitement. Nos résultats étaient concordants avec les études similaires et confirmaient que les connaissances des médecins généralistes sur la prise en charge thérapeutique de la gale étaient généralement insuffisantes.

Conclusion : Cette étude souligne la nécessité de renforcer les connaissances des médecins généralistes sur la prise en charge thérapeutique de la gale. Une meilleure diffusion des dernières recommandations semble nécessaire pour optimiser cette prise en charge.

ABTRACT

Introduction: Scabies is one of the most common dermatological diseases representing an important part of skin diseases in developing countries. The general practitioner is the main actor in the management of this disease. However, few studies have evaluated this management.

Objective: The objective of this study was to evaluate the knowledge of general practitioners in the city of FES regarding the diagnostic and therapeutic management of scabies.

Material and methods: To achieve our objective, we conducted a prospective descriptive and analytical study based on an anonymous questionnaire between September 2021 and February 2022. The target population consisted of general practitioners working in health centers and private offices, of which there were 156 physicians.

Results: The response rate was 87%. Among the respondents, 50% had diagnosed at least one case of scabies per month. The main arguments for diagnosis were pruritus, its nocturnal character and the notion of contagion. All physicians had identified the particularities of the infant concerning the localization on the palmoplantar area and on the face. A dermatological opinion was systematically requested by 6% of the physicians, while 92% of the physicians had prescribed a trial treatment with clinical control. Concerning the treatment, Ascabiol was prescribed by all doctors, 50% of whom prescribed it in an adapted manner. Spregal was prescribed by 39% of the doctors. For the treatment of infants and pregnant women, Ascabiol was prescribed by 89% of the doctors, of which 41% prescribed it in an adapted way, Spregal was prescribed by 30% of the doctors while 7% declared that they did not know the treatment of the latter. Antihistamines were prescribed by

70% of the physicians and dermocorticoids by 7% of the physicians. The environment was treated by 83% of the physicians, and 97% had given instructions for decontamination.

In case of scabies of the genital area, 61% of the physicians had prescribed an STI test. Finally, in case of persistent pruritus, 71% of the physicians referred the patient to a specialist. In univariate analysis, physicians with less years of practice had better knowledge, while the area of practice and the training courses in dermatology did not influence this knowledge.

Discussion: Our study showed varying levels of knowledge.

Indeed, physicians had a good level of knowledge regarding diagnosis while their level of knowledge was moderately satisfactory regarding treatment. Our results were consistent with similar studies and confirmed that general practitioners' knowledge of the therapeutic management of scabies was generally inadequate.

Conclusion: This study highlights the need to improve general practitioners' knowledge of the therapeutic management of scabies. A better dissemination of the latest recommendations seems necessary to optimize this management.

ملخص

مقدمة: الجرب هو أحد أكثر الأمراض الجلدية شيوعًا ويمثل جزءًا مهمًا من الأمراض الجلدية في البلدان النامية. الممارس العام هو الفاعل الرئيسي في إدارة هذه الحالة المرضية. ومع ذلك، فقد قيمت دراسات قليلة هذا العلاج.

الهدف: كان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم معرفة الممارسين العاميين في مدينة فاس فيما يتعلق بالتدبير التشخيصي والعلاجي للجرب.

المواد والأساليب: لتحقيق هدفنا، أجرينا دراسة وصفية وتحليلية بناءً على استبيان مجهول الهوية بين سبتمبر 2021 وفبراير 2022. وتألقت المجموعة المستهدفة من الممارسين العاميين العاملين في المراكز الصحية والعيادات الخاصة وقد كان عددها 156 طبيبًا.

نتائج: بلغ معدل الاستجابة 87%. من بين المستجيبين، قام 50% بتشخيص حالة واحدة على الأقل من الجرب شهريًا. كانت الحجج التشخيصية الرئيسية هي الحكمة وطبيعتها الليلية والعدوى. كان جميع الأطباء قد حددوا خصوصيات الرضيع فيما يتعلق بالتوطين على مستوى راحتي اليد، باطن القدمين وعلى مستوى الوجه. تم طلب رأي أطباء الجلدية بشكل منهجي من قبل 6% من الأطباء، بينما وصف 92% من الأطباء علاجًا تجريبيًا مع مراقبة إكلينيكية. فيما يتعلق بالعلاج، تم وصف أسكايبول من قبل جميع الأطباء، ووصفه 50% منهم بشكل مناسب. تم وصف سبريكال من قبل 39%. بالنسبة لعلاج الرضع والنساء الحوامل، تم وصف أسكايبول من قبل 89% من الأطباء، 41% منهم وصفوه بشكل مناسب. وتم وصف سيريكال من قبل 30% من الأطباء بينما أعلن 7% أنهم لم يكونوا على دراية بطرق علاج الرضع والحوامل. تم وصف مضادات الهيستامين من قبل 70% من الأطباء والكورتيكوستيرويدات الموضعية بنسبة 7% من الأطباء. تم علاج المحيط من قبل 83%، وأعطى 97% تعليمات للتطهير. في حالة الجرب في منطقة الأعضاء التناسلية، وصف 61% من الأطباء فحصًا للأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي. أخيرًا، في حالة استمرار الحكمة، قام 71% من الأطباء بإحالة المريض إلى الأخصائي.

في تحليل التباين الأحادي، كان لدى الأطباء الذين لديهم سنوات قليلة من الممارسة معرفة أفضل، بينما لم يؤثر قطاع الممارسة والتدريب في طب الأمراض الجلدية على هذه المعرفة.

مناقشة: أظهرت دراستنا مستويات متفاوتة من المعرفة. في الواقع، كان لديهم مستوى جيد من المعرفة فيما يتعلق بالتشخيص بينما كان مستوى معرفتهم متوسطًا فيما يتعلق بالعلاج. كانت نتائجنا متوافقة مع باقي الدراسات وأكدت أن معرفة الممارسين العاميين حول التدبير العلاجي للجرب كانت غير كافية بشكل عام.

الخلاصة: تؤكد هذه الدراسة على الحاجة إلى تعزيز معرفة الممارسين العاميين حول التدبير العلاجي للجرب، وذلك من خلال تعميم أفضل لآخر توصيات علاج هذا المرض.

ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire d'enquête

I. INFORMATIONS SUR LE PRATICIEN :

Age.....

Sexe : Féminin oui non

Masculin oui non

Années d'exercice

Secteur d'exercice : Public oui non

Privé oui non

Avez-vous suivi une formation en dermatologie durant votre cursus ? oui non

Si oui :

Formation au Maroc : oui non

Formation à l'étranger : oui non

Formation : Théorique oui non

Pratique oui non

Les deux oui non

II. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES GENERALES :

Dans votre pratique courante, à quelle fréquence rencontrez-vous des cas de gale ?

Moins d'un cas par mois oui non

1 à 3 cas par mois oui non

4 à 6 cas par mois oui non

7 à 9 cas par mois oui non

10 cas ou plus par mois oui non

Intervalle entre applications : 24H

12H

48H

Durée de l'application : 12H oui non

24H oui non

Réapplication après 7 jours : oui non

◇ Antihistaminique : oui non

2 . Avez-vous prescrit des dermocorticoïdes à visée symptomatique ?

oui

non

3 . Traitement du nourrisson et de la femme enceinte :

◇ Benzoate de benzyle topique Ascabiol 10% oui non

Si oui :

Nombre d'applications : 1 oui non

2 oui non

3 oui non

Intervalle entre applications : 24H oui non

12H oui non

48H oui non

Durée de l'application : 12 H oui non

24H oui non

Réapplication après 7 jours : oui non

◇ Pyréthrinoides de synthèse : Spregal oui non

Si oui :

Nombre d'applications : 1 oui non

2 oui non

3 oui non

Intervalle entre applications : 24H

12H

48H

Durée de l'application : 12H oui non

24H oui non

Réapplication après 7 jours : oui non

4 .Si vous avez prescrit un traitement topique , avez-vous préciser de réappliquer le traitement sur les paumes après chaque lavage des mains pendant la durée d'application ?

oui

non

5. En ce qui concerne l'environnement, avez-vous donné des instructions de désinfection ?

oui

non

6. Si oui, la désinfection concerne :

La literie oui non

Le linge porté depuis moins de 72h oui non

Le mobilier comprenant du tissu (fauteuil ,canapé ...). oui non

Les sièges de voiture oui non

7 . Quel moyen recommandez-vous pour cette désinfection :

Solution acaricide oui non

Isolement 72h dans un sac oui non

Lavage à 60° oui non

8. Avez-vous remis des instructions écrites ?

oui

non

9 . Avez-vous traité l'entourage vivant sous le même toit que le patient ?

oui

non

10 . Si oui, avec quel traitement ?

◇ Benzoate de benzyle topique Ascabiol 10% oui non

Si oui :

Nombre d'applications : 1 oui non

2 oui non

3 oui non

Intervalle entre applications : 24H oui non

12H oui non

48H oui non

Durée de l'application : 12 H oui non

24H oui non

Réapplication après 7 jours : oui non

◇ Pyréthrinoides de synthèse : Spregal oui non

Si oui :

Nombre d'applications : 1 oui non

2 oui non

3 oui non

Intervalle entre applications : 24H oui non

12H oui non

48H oui non

Durée de l'application : 12H oui non

24H oui non

Réapplication après 7 jours : oui non

10. Avez-vous revu ou prévu de revoir le patient ?

oui

non

11. Si gale de la région génitale :

Avez-vous effectué un bilan d'IST oui non

Si oui lequel Hépatite B oui non

VIH oui non

Syphilis oui non

11. Devant toute gale de l'adulte , cherchez vous un comportement sexuel à risque ?

Oui

Non

13 . Si prurit persiste : que préconisez-vous ?

Adresser à un spécialiste. oui non

Faire un bilan de prurit oui non

Refaire le traitement si mal fait oui non

Prescrire des dermocorticoïdes oui non

Annexe 2 : Les données codées

OUI =1 NON=0

I. INFORMATIONS SUR LE PRATICIEN :

Age...**Age**.....

Sexe : **Sexe** Féminin oui non FEM =1 MASC=2

Masculin oui non

Années d'exercice**Ann Ex**.....

Secteur d'exercice : **Secteur** Public oui non Public =1 Privé=2

Privé oui non

Avez-vous suivi une formation en dermatologie durant votre cursus? **Formation** oui

non

Si oui :

Formation au Maroc : **Form Maroc** oui non

Formation à l'étranger : **Form Etranger** oui non

Formation : **Type Form** NIVEAU : 1----3 Théorique oui

non

Pratique

oui non

Les deux

oui non

Particularités chez le nourrisson : Palmoplantaire **Palmp** oui non

Visage **Visage** oui non

2. le diagnostic était :

Certain **Certain** oui non

Probable **Probable** oui non

Douteux **Douteux** oui non

3. Pour étayer le diagnostic, vous avez demandé :

Un examen complémentaire (prélèvement, biologie) **Ex comp** oui non

Une consultation spécialisée **Consul spé** oui non

Un traitement d'épreuve **Trt Epreuve** oui non

Un contrôle clinique **Controle** oui non

Bilan de prurit **Bilan pr** oui non

IV. ATTITUDE THERAPEUTIQUE

1. Quel traitement médicamenteux avez-vous prescrit au patient ?

◇ Benzoate de benzyle topique Ascabiol 10% **Ascabiol** oui non

Si oui :

Nombre d'applications : **NBRE APP** NIVEAU : 1----3 1 oui non

2 oui non

3 oui non

Intervalle entre applications : **INTER APP** NIVEAU : 1----3 24H oui non

12H oui non

48H oui non

Durée de l'application : **DUR APP** NIVEAU : 1----2 12 H oui non

24H oui non

Réapplication après 7 jours : REAP oui non

◇ Pyréthrinoides de synthèse : Spregal SPREGAL oui non

Si oui :

Nombre d'applications : NBRE APP SPR NIVEAU : 1----3 1 oui non

2 oui non

3 oui non

Intervalle entre applications : INTER APP SPRE NIVEAU : 1----3 24H oui non

12H oui non

48H oui non

Durée de l'application : DUR APP SPRE NIVEAU : 1----2 12 H oui non

24H oui non

Réapplication après 7 jours : REAP SPRE oui non

◇ Antihistaminique : ANTIHIST oui non

2 . Avez-vous prescrit des dermocorticoïdes à visée symptomatique ? DERMOCOR

oui

non

3 . Traitement du nourrisson et de la femme enceinte :

◇ Benzoate de benzyle topique Ascabiol 10% oui non ASCB NSS

Si oui :

Nombre d'applications : NB AP NSS NIVEAU : 1----3 1 oui non

2 oui non

3 oui non

Intervalle entre applications : INT AP NSS NIVEAU : 1----3 24H oui non

12H oui non

48H oui non

Durée de l'application : **DUR AP NSS** NIVEAU : 1----2 12 H oui non
24H oui non

Réapplication après 7 jours : **RE AP NSS** oui non

◇ Pyréthrinoides de synthèse :Spregal oui non **SPR NSS**

Si oui :

Nombre d'applications : **NB SP NS** NIVEAU : 1----3 1 oui non
2 oui non
3 oui non

Intervalle entre applications : **INT SP NS** NIVEAU : 1----3 24H oui non
12H oui non
48H oui non

Durée de l'application : **DUR SP NS** NIVEAU : 1----2 12 H oui non
24H oui non

Réapplication après 7 jours : **RE SP NS** oui non

4 .Si vous avez prescrit un traitement topique , avez-vous préciser de réappliquer le traitement sur les paumes après chaque lavage des mains pendant la durée d'application ? **REAP TR**

oui

non

5. En ce qui concerne l'environnement, avez-vous donné des instructions de désinfection ?

INSTRU

oui

non

6. Si oui, la désinfection concerne :

- La literie **Literie** oui non
- Le linge porté depuis moins de 72h **Linge** oui non
- Le mobilier comprenant du tissu (fauteuil ,canapé ...). **Mobilier** oui non
- Les sièges de voiture **Voiture** oui non

7 . Quel moyen recommandez-vous pour cette désinfection :

- Solution acaricide **Sol acar** oui non
- Isolement 72h dans un sac **Isolement** oui non
- Lavage à 60° **Lavage** oui non

8. Avez-vous remis des instructions écrites ? **INST ECR**

- oui
- non

9 . Avez-vous traité l'entourage vivant sous le même toit que le patient ? **TRT ENT**

- oui
- non

10 . Si oui, avec quel traitement ?

◇ Benzoate de benzyle topique Ascabiol 10% oui non **ASC ENT**

Si oui :

- Nombre d'applications : **NB ASC ENT** NIVEAU : 1----3
- 1 oui non
- 2 oui non
- 3 oui non
- Intervalle entre applications : **INT ASC ENT** NIVEAU : 1----3
- 24H oui non
- 12H oui non
- 48H oui non

Durée de l'application : **DUR ASC ENT** NIVEAU : 1----2 12 H oui non
24H oui non

Réapplication après 7 jours : **RE ASC ENT** oui non

◇ Pyréthrinoides de synthèse : Spregal oui non **SPR ENT**

Si oui :

Nombre d'applications : **NB SP ENT** NIVEAU : 1----3 1 oui non
2 oui non
3 oui non

Intervalle entre applications : **INT SP ENT** NIVEAU : 1----3 24H oui non
12H oui non
48H oui non

Durée de l'application : **DUR SP ENT** NIVEAU : 1----2 12 H oui non
24H oui non

Réapplication après 7 jours : **RE SP ENT** oui non

10. Avez-vous revu ou prévu de revoir le patient ? **Revoir**

oui

non

11. Si gale de la région génitale :

Avez-vous effectué un bilan d'IST **IST** oui non

Si oui lequel Hépatite B **HVB** oui non

VIH **VIH** oui non

Syphilis **Syphilis** oui non

11. Devant toute gale de l'adulte , cherchez vous un comportement sexuel à risque ?

C SEXUEL

Oui

Non

13 . Si prurit persiste : que préconisez-vous ?

Adresser à un spécialiste. **SPE** oui non

Faire un bilan de prurit **BILAN** oui non

Refaire le traitement si mal fait **REFAIRE** oui non

Prescrire des dermocorticoïdes **P DERMOCOR** oui non

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Leung AKC, Lam JM, Leong KF. Scabies: A Neglected Global Disease. *CPR*. 9 avr 2020;16(1):33-42.
- [2]. Michel Janvier. Histoire du Sarcopte de la gale. In: Histoire des sciences médicales. 1994. (Tome XXVIII N 4).
- [3]. World health Organization. Water Sanitation Health. [Internet]. Disponible sur: www.who.int/water_sanitation_health/diseases/scabies/fr
- [4]. Hay RJ, Steer AC, Engelman D, Walton S. Scabies in the developing world--its prevalence, complications, and management. *Clinical Microbiology and Infection*. avr 2012;18(4):313-23.
- [5]. Barachy N, Dreyfuss G, Vono J. La gale : épidémiologie et généralités. *Actualités Pharmaceutiques*. mai 2013;52(526):16-7.
- [6]. Arlian LG, Morgan MS. A review of *Sarcoptes scabiei*: past, present and future. *Parasit Vectors*. 20 juin 2017;10:297.
- [7]. Gould D. Prevention, control and treatment of scabies. *Nursing Standard*. 3 nov 2010;25(9):42-6.
- [8]. Currie BJ et al N. *Engl. J. Med*. 2010; 362(8):717-25.
- [9]. Barachy N, Dreyfuss G, Vono J. Physiopathologie et diagnostic de la gale. *Actualités Pharmaceutiques*. mai 2013;52(526):18-22.
- [10]. Jouret G, Bounemour R, Presle A, Takin R. La gale hyperkératosique. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. avr 2016;143(4):251-6.
- [11]. Royer M, Latre CM, Paul C, Mazereeuw-Hautier J. La gale du nourrisson. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. déc 2008;135(12):876-81.
- [12]. Elmas ÖF, Çiçek M. Eczema-like Eruption Limited to the Right Sole: Localised Scabies. *Turkiye Parazitol Derg*. 2 déc 2020;44(4):264-6.

- [13]. Xavier GOCKO, Marc Bayen, Yoann Gabordeau, Aurélie Janczewski et al. Références en médecine générales pour le 2ème cycle. In Université de SAINT ETIENNE: GM santé; 2021.
- [14]. Kluger N. Gale profuse en maison de retraite : apport de la dermoscopie. NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie. déc 2018;18(108):329-32.
- [15]. Phan A, Dalle S, Thomas L. Diagnostic dermoscopique de la gale. Annales de Dermatologie et de Vénérologie. févr 2008;135(2):155-6.
- [16]. Bitar D, Caumes E, Chandre F, Wazières B, del Giudice P, Gehanno F, et al. Survenue de un ou plusieurs cas de gale. Conduite à tenir. HCSP. 2012;
- [17]. Engelman D, Kiang K, Chosidow O, McCarthy J, Fuller C, Lammie P, et al. Toward the Global Control of Human Scabies: Introducing the International Alliance for the Control of Scabies. Vinetz JM, éditeur. PLoS Negl Trop Dis. 8 août 2013;7(8):e2167.
- [18]. Monsel G, Del Giudice P, Chosidow O. Gale, pédiculoses et ivermectine. Journal des Anti-infectieux. sept 2013;15(3):141-8.
- [19]. Barachy N, Dreyfuss G, Vono J. Le traitement de la gale. Actualités Pharmaceutiques. mai 2013;52(526):23-8.
- [20]. Bouvresse S, Chosidow O. Ectoparasitoses : poux et gale. EMC – Traité de médecine AKOS. janv 2010;5(1):1-7.
- [21]. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. J Eur Acad Dermatol Venereol. août 2017;31(8):1248-53.

- [22]. Schmidt–Guerre AR, Aranda–Hulin B, Maumy–Bertrand M, Aubin F. Description des pratiques des médecins généralistes dans le diagnostic et la prise en charge de la gale commune. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. févr 2018;145(2):89-94.
- [23]. Gonzalez T. La prise en charge de la gale par les médecins généralistes de la Gironde. :73.
- [24]. Genow J, Boyd A, Tillaut H, Demillac R, Crépey P. Étude transversale des pratiques de diagnostics et de traitement de la gale par les médecins : un faible suivi des recommandations pourrait expliquer l'épidémie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. sept 2014;62:S191.
- [25]. Alsaidan MS, Alhaqbani YJ, Alfaifi AM, Alotaibi FG, Alsomari AK, Alzhrani AA, et al. Assessing knowledge of scabies among physicians working in primary health care setting. *J Family Med Prim Care*. 30 oct 2020;9(10):5320-6.
- [26]. Finon A, Carvigan C, Valery A, Estève E. Évaluation des pratiques et des difficultés de prise en charge de la gale par les médecins généralistes en région Centre. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. déc 2017;144(12):S282.
- [27]. Nattkemper LA, Bernigaud C, Rosen JD, Sanders KM, Andersent HH, Hsiang J, et al. Nouvelles perspectives de recherche pour le traitement du prurit de la gale : rôle des médiateurs non histaminergiques. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. déc 2018;145(12):S112-3.



أطروحة رقم 22/195

سنة 2022

تقييم مجموعة معارف الأطباء العامين بمدينة فاس حول تشخيص وعلاج الجرب

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2022/05/09

من طرف

الآنسة شيما عرج

المزداة في 31 يوليوز 1995 بفاس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية

معارف - أطباء عامون - جرب

اللجنة

الرئيس	السيدة فاطمة الزهراء المرنيسي
	أستاذة في طب الجلد
المشرف	السيدة حنان باي باي
	أستاذة مبرزة في طب الجلد
أعضاء	السيد طارق صقلي حسيني
	أستاذ في علم أمراض الكلي
	السيدة سميرة الفقير
	أستاذة في علم الأوبئة السريرية
	السيدة سميرة رابحي
	أستاذة في الطب الباطني