

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

République du Mali  
Un peuple - Un but - Une foi



## *Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie*

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2025 – 2026

N°...../

Mémoire

# Etude d'une épidémie de gale en milieu carcéral à la maison d'arrêt de Koulikoro en 2025

Présenté et soutenu publiquement le 30/03/2026

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par

**Dr. Ismaila BAMBA**

Pour l'obtention du Diplôme d'études spécialisées de dermatologie

Léprologie vénéréologie

**JURY**

**PRESIDENT : Ousmane FAYE (Professeur titulaire)**

**Co- DIRECTEUR : Lamissa CISSE (Maitre de recherche)**

**JURY : Binta GUINDO (Maitre de recherche)**

**DIRECTEUR : Adama Aguisa DICKO (Maitre de conférences agrégé)**

## **Dédicaces et remerciements**

## **Dédicaces :**

Je dédie ce modeste travail :

Au Tout puissant **Allah Soubanah wa taallah**, le Clément, le Miséricordieux qui par sa grâce, sa bonté, nous a permis de mener à bien ce modeste travail.

### **A mes parents :**

Honneur à toi ma très chère maman, feu Aoua Ganamé, malheureusement tu n'as pas vu ce grand jour que tu attendais tant et dont tu es l'initiatrice principale. Grace à la rigueur, la bravoure, la persévérance et l'humilité que tu m'as enseignée, ce travail a pu aboutir. Merci pour la vie et qu'Allah te fasse miséricorde.

A mon cher papa, Mamadou Bamba, tu as été l'ossature de cette formation, persévérant par tes conseils, tes encouragements, tu es un model et la torche qui illumine mon chemin, merci pour tout et qu'Allah t'accorde une longue vie.

Je vous serai reconnaissant pour toujours. Qu'Allah vous accorde une longévité et une santé de fer afin que vous puissiez profiter du fruit de ce travail et qu'il vous récompense pour tout.

**A ma femme :** aucun mot ne traduira ce que je pense de toi, compréhension, disponibilité, attention, soutien moral n'ont jamais fait défaut. C'est l'occasion pour moi de te remercier très sincèrement. Qu'Allah t'accorde une longue et paisible vie pour bénéficier aux fruits de ce travail.

**A mes frères et sœurs :** votre solidarité, votre respect et votre amour les uns envers les autres ont fait de vous une famille exemplaire. Restons unis. Veuillez recevoir ici mes sentiments les plus fraternels. Qu'Allah nous donne longue vie pour qu'on continue de partager ensemble ces moments de joie.

**A mes amis :** vos soutiens multiforme et multidimensionnel n'ont pas fait défaut, soyez en remercier.

## **Remerciements**

Au bon Dieu, le Tout Puissant, le Clément, le Miséricordieux, le maître du monde et des cieux. Pour m'avoir donné la santé et la chance de poursuivre mes études. Grâce à vous, nous avons pu mener à bout ce travail.

A notre maître :

**Pr Ousmane FAYE** : Le premier Directeur de l'hôpital de dermatologie de Bamako. Ce travail est le fruit de l'effort conjugué de toute une équipe de recherche à laquelle vous avez su inculquer l'esprit de la compétitivité dans l'honnêteté scientifique. Puisse ce travail exprimer toute ma profonde reconnaissance et mon admiration.

**A Dr Tall Koreissi, Dr Sylla Ousmane, Dr Salla Sow, Dr Chaka Koné et Dr Diakité Mahmoudou** : les mots sont faibles pour décrire mes reconnaissances pour votre accueil dans le bureau et guider mes pas, non seulement pas en dermatologie mais aussi le savoir être, l'humilité et l'amour du prochain

**A Dr Lamissa Cissé** : un chercheur et un scientifique de haut niveau, vous avez été la cheville ouvrière de tous mes exploits scientifiques, de la thèse au mémoire, passant par ma bourse de l'ADF au congrès SODAF/ADF 2024 et la bourse Strauss and Katz de l'académie américaine de dermatologie (AAD) en 2025, pour ne citer que ceci. C'est difficile pour moi d'exprimer le sentiment qui m'anime en écrivant ses mots, en tout cas c'est rempli de respect et de gratitude.

**A Dr Niare**, médecin chef du CSREF de Koulikoro et son équipe, vos accompagnements n'ont pas fait défaut, ce travail est le fruit de votre volonté, merci pour tout.

**A mes autres maîtres et aînés du service de dermatologie de l'hôpital de dermatologie de Bamako (HDB)** : Acceptez ici mes reconnaissances intarissables.

**Aux collègues DES de la promotion :** ce Travail est le fruit de vos efforts conjugués. Je saisis cette opportunité pour vous faire part de ma profonde reconnaissance.

**Aux cadets DES du service :** merci pour votre collaboration, je vous souhaite bon courage.

A tout le personnel de l'hôpital de dermatologie de Bamako (HDB).

**Hommage aux membres du  
jury**

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Pr Ousmane FAYE**

- **Professeur titulaire en Dermatologie à la FMOS**
- **Spécialiste en dermato-lépro-vénérologie et en anatomopathologie**
- **PH. D en santé publique épidémiologie et Science de l'information biomédicale de l'université Pierre et Marie Curie**
- **Coordinateur du DES de Dermatologie-vénérologie et du projet télé dermatologie du Mali**
- **Président de la société malienne de dermatologie vénéréologie (SOMADEV) et Membre de plusieurs sociétés savantes nationale et internationale**
- **Ancien vice doyen de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de 2014 à 2017**
- **Ancien directeur Général de HDB de 2019 à 2024**
- **Directeur du laboratoire de dermatologie CEREFORD**
- **Membre de l'académie française**

**Cher maitre,**

Nous demeurons très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant d'assurer la présidence de ce jury malgré vos multiples occupations

Vous nous avez toujours accueillie avec chaleur et sympathie.

Vos qualités académiques, professionnelles et humaines font de vous un homme remarquable.

Votre éloquence, votre sens de la rhétorique, votre simplicité, et votre volonté de transmettre votre savoir, font de vous un professeur émérite et un père attentif.

Trouvez ici, cher Maître, le témoignage de nos profonds remerciements et de notre sincère reconnaissance.

Qu'ALLAH le tout puissant vous garde encore longtemps auprès de nous

**A NOTRE MAITRE ET JUGE :**

**Docteur Binta Guindo**

- Spécialiste en dermato-vénérologie
- Praticienne hospitalière à l'hôpital de Dermatologie de Bamako
- Membre de la société malienne de Dermatologie-léprologie-vénérologie (SOMADEV).
- Maître de recherche à la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako.

Cher maître, Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail, veuillez recevoir l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance. Votre engagement constant pour l'excellence académique constitue pour nous une source d'inspiration.

**A NOTRE MAITRE ET Co-Directeur :**

**Docteur Lamissa CISSE**

➤ Spécialiste en dermato-vénérologie

Diplôme d'études spécialisées approfondie dermatologie ; université des Antilles, Martinique

➤ Praticien hospitalier à l'hôpital de Dermatologie de Bamako

➤ Membre de la société malienne de dermatologie vénéréologie

➤ Membre de l'académie européenne de dermatologie vénéréologie (EADV)

➤ Maître de recherche à la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako.

Cher maître, Je vous suis reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail et de l'intérêt que vous lui portez. Vos observations et votre expertise constituent un apport précieux à l'amélioration de ce manuscrit.

À vous tous, nous dédions ce travail, en témoignage de notre profond respect, de notre gratitude et de notre attachement aux valeurs de rigueur scientifique et de transmission du savoir.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE MEMOIRE :**

**Pr Adama Aguisa Dicko**

- Professeur titulaire en Dermatologie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)
- Dermatologue-léprologue-vénérologue
- Chef de service de Dermatologie de l'HDB
- Président du comité Médical d'établissement de l'HDB
- Membre de plusieurs sociétés savantes nationales et internationales

**Cher Maître,**

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Durant notre formation, nous avons eu le privilège de bénéficier de votre sens professionnel.

Votre culture scientifique et votre simplicité exemplaire sont pour nous un objet d'admiration et de profond respect.

Permettez-nous de vous exprimer, cher maître, notre profonde gratitude et notre grande estime.

## Table des matières

I.	Introduction .....	14
II.	Objectifs .....	15
1.	Objectif général .....	15
2.	Objectifs spécifiques .....	15
III.	Méthode et matériels : .....	17
1.	Cadre d'étude : .....	17
2.	Type et période d'étude : .....	17
3.	Population d'étude : .....	18
4.	Echantillonnage : .....	18
5.	Déroulement de l'étude : .....	18
6.	Méthode et collecte de données : .....	19
7.	Analyse des données .....	19
IV.	Résultat : .....	22
1.	Données socio-démographiques .....	22
2.	Données cliniques .....	23
V.	Discussion .....	30
1.	Discussion de la méthode .....	30
2.	Discussion des données .....	30
VI.	Conclusion et recommandations .....	35
1.	Conclusion : .....	35
2.	Recommandations : .....	35
VII.	Reference bibliographiques .....	37
Annexes : Fiches signalétique et résumé		

## Liste d'abréviation

**MCA** : maison d'arrêt centrale

**IVM** : Ivermectine

**PER** : Perméthrine

**Kg** : Kilogramme

**G** : gramme

**µg** : microgramme

**IACS** : l'International Alliance for Control of Scabies

**HDB** : Hôpital de dermatologie de Bamako

**FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**USTTB** : Université des Sciences de Technique et Technologie de Bamako

**CSREF** : Centre de Santé de Référence

**ADF** : Association des Dermatologues Francophones

**SODAF** : Société des Dermatologues Africains

# Introduction

## **I. Introduction**

La gale est une parasitose cutanée contagieuse causée par *Sarcoptes scabiei* var *hominis*.

C'est une maladie cosmopolite qui évolue par épidémie. Il y'a plus de 400 millions de cas par an dans le monde[1]. Elle fut déclarée comme maladie tropicale négligée par l'organisation mondiale de la Santé depuis 2017. [2]

Le prurit observé dans la gale porte un préjudice fonctionnel important qui altère la qualité de vie par son caractère nocturne et insomniant.

L'évolution parasitologique est de 24 à 48 heures après 1<sup>ère</sup> dose du traitement et 2 à 4 semaines pour la disparition du prurit. [7]

L'évolution est souvent marquée par des complications infectieuses et à la longue une glomérulonéphrite, endocardite, fasciite nécrosante.

Cependant, des études ont été menées en milieu carcéral au Ghana [3] et au Nigeria[4]. Au Mali des études ont eu lieu en milieu hospitalier avec une fréquence hospitalière de 1,8%. [5].

On note peu de données dans la littérature sur la gale en milieu carcéral au Mali.

La survenue de la gale en milieu carcéral constitue un foyer qui peut maintenir une épidémie pendant des années et constitue un risque pour une propagation à la population générale.

Une description de l'épidémie en milieu carcéral permettra de remonter aux sources de l'épidémie actuelle au Mali.

Le but de ce travail est d'étudier l'épidémie de gale survenue en milieu carcéral à Koulikoro.

## **II. Objectifs**

### 1. Objectif général

Décrire le profil épidémio-clinique des patients atteints de gale au centre pénitentiaire de la région de Koulikoro au Mali en mars 2025.

### 2. Objectifs spécifiques

- a. Déterminer la proportion de cas confirmés parmi les pensionnaires
- b. Déterminer la topographie des lésions de gale chez nos cas
- c. Décrire les caractéristiques cliniques des lésions chez nos cas

## **Méthode et matériels**

### III. Méthode et matériels :

#### 1. Cadre d'étude :

Koulikoro : 2<sup>ème</sup> région du Mali à 60 km de Bamako, abrite une maison d'arrêt recevant des détenus venant de plusieurs localités.

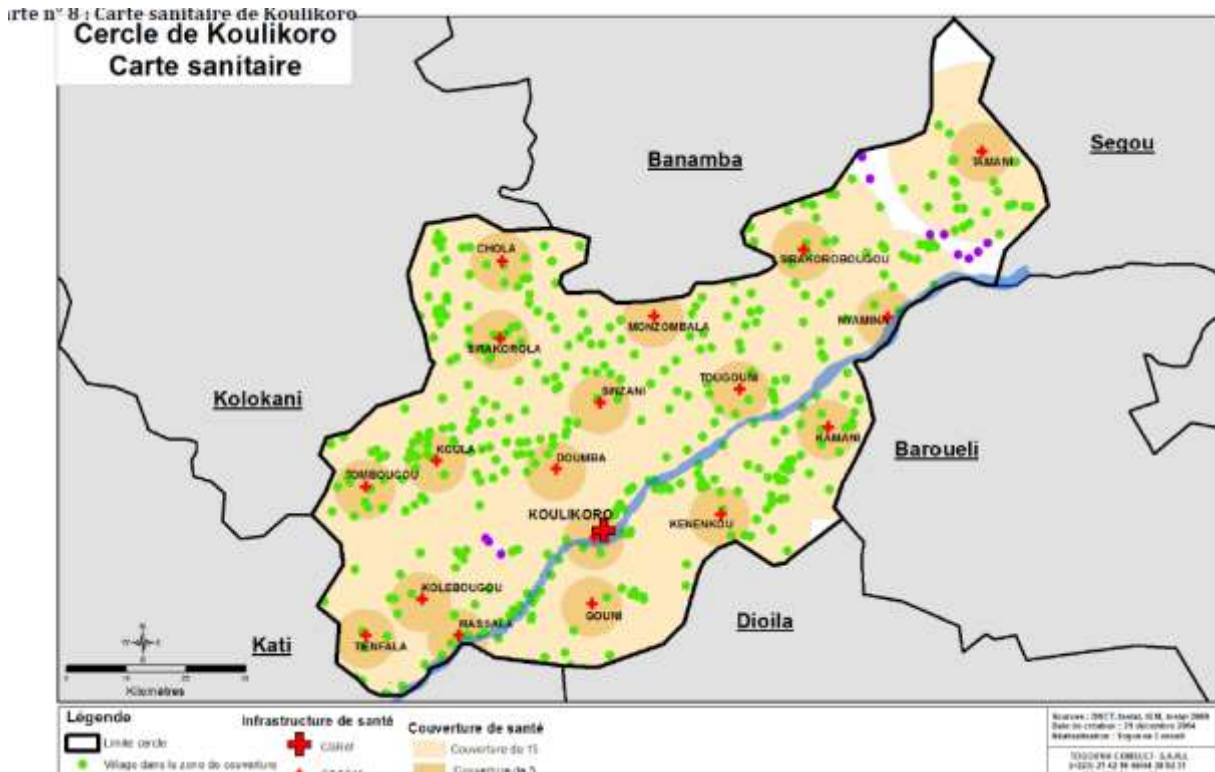


Figure 1 : carte sanitaire de Koulikoro

#### 2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive. Cette étude a été initiée par le médecin chef du Csref de Koulikoro, suite au signal de plusieurs cas de prurit chez les détenus par la direction. L'équipe était composée d'un dermatologue, d'un infirmier et d'un hygiéniste. Elle fut menée en mars 2025.

3. Population d'étude : les pensionnaires présents pendant la période de l'étude.
4. Echantillonnage :
  - a. Définition de cas : tout patient présentant un prurit nocturne avec ou sans lésion dermatologique, touchant au moins deux sites caractéristiques de la gale
  - b. Critères d'inclusion : tout pensionnaire ou personnel de la maison d'arrêt répondant à la définition de cas ;
  - c. Critères de non inclusion : les cas de refus
  - d. Aspect éthique : la participation à l'étude était volontaire, les pensionnaires n'étaient pas obligés de participer à l'étude, la confidentialité des données est garantie. Certaines données n'étaient pas collectées telles que, le motif de séjour en milieu pénitentiaire, l'identité ou toute autre donnée susceptible de permettre l'identification de la personne
5. Déroulement de l'étude : Cette étude fait suite à une investigation menée dans la maison d'arrêt suite à la notification de cas de prurit diffus chez des pensionnaires récemment admis au centre. Le district sanitaire de Koulikoro à travers le centre de santé de référence assure les activités de prise en charge des maladies au centre pénitentiaire en appui à l'infirmerie du centre. Le médecin chef du Csref a décidé de mener une investigation de ces cas de prurit diffus. Une équipe technique composé du dermatologue, des hygiénistes et de l'infirmier du centre a réalisé les activités. A l'arrivée, l'équipe a visité toutes les cellules et l'environnement des détenus, suivi de la consultation par lot de 5 détenus qui se plaignait de prurit. Le processus était coordonné avec les forces de sécurité. Le traitement reposait sur l'administration de masse de l'ivermectine à tous les pensionnaires et les agents pénitencier à la dose d'un comprimé pour 15 kilogrammes. Les services d'hygiène ont procédé à la désinfection des cellules. Un suivi hebdomadaire pendant trois semaines.

6. Méthode et collecte de données : un questionnaire de recueil de données a été élaboré en accord avec l'administration pénitentiaire.

Variables :

- a. Sociodémographiques : âge, sexe, profession, résidence ou district sanitaire d'origine.
- b. Variable de l'étude (clinique) : elle portait sur les signes cliniques, la topographie des lésions, diagnostic et l'évolution des cas

#### 7. Analyse des données

Les données collectées avec Kobocollect, ont été traitées et analysées avec le Microsoft office et Excel 2016 for Windows. La saisie a été fait sur Word 2016.

### **Résumé des critères consensuels de 2020 de l'Alliance internationale pour le contrôle de la gale relatifs au diagnostic de la gale [6]**

#### A. Gale confirmée

Au moins l'un des éléments suivants :

A1 : Présence d'acariens, d'œufs ou de selles à l'examen microscopique à la lumière de prélèvements cutanés

A2 : Présence d'acariens, d'œufs ou de selles observés sur un individu à l'aide d'un appareil d'imagerie à fort grossissement

A3 : Acarien observé sur un individu à l'aide d'un dermoscope

#### B. Gale clinique

Au moins l'un des éléments suivants :

B1 : Galeries de gale

B2 : Lésions typiques touchant les organes génitaux masculins

B3 : Lésions typiques présentant une distribution typique et deux éléments anamnestiques

C. Suspicion de gale

L'un des éléments suivants :

C1 : Lésions typiques présentant une distribution typique et un élément anamnestique

C2 : Lésions atypiques ou répartition atypique et deux éléments anamnestiques

Éléments anamnestiques

H1 : Démangeaisons

H2 : Antécédents de contact positifs

Le diagnostic peut être posé à l'un des trois niveaux (A, B ou C). Un diagnostic de gale clinique ou suspectée ne doit être posé que si les autres diagnostics différentiels sont considérés comme moins probables que la gale

## Résultats

#### IV. Résultats :

Au total, nous avons examiné 189 personnes (détenus et personnel pénitentiaire), réparties en moyenne 25 détenus par chambre (5 chambres). Nous avons observé 30 Cas confirmés de gale soit une fréquence de 15,87%.

##### 1. Données socio-démographiques

Répartition selon le sexe :

Tous nos patients étaient de sexe masculin

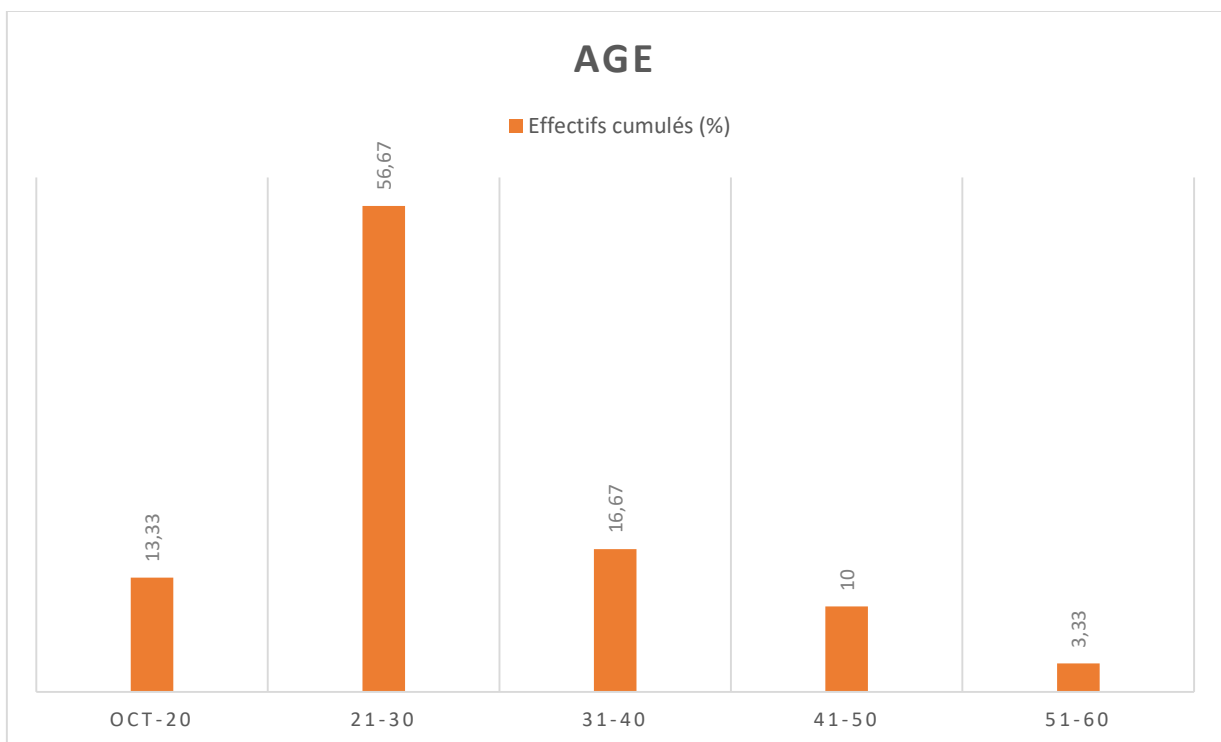
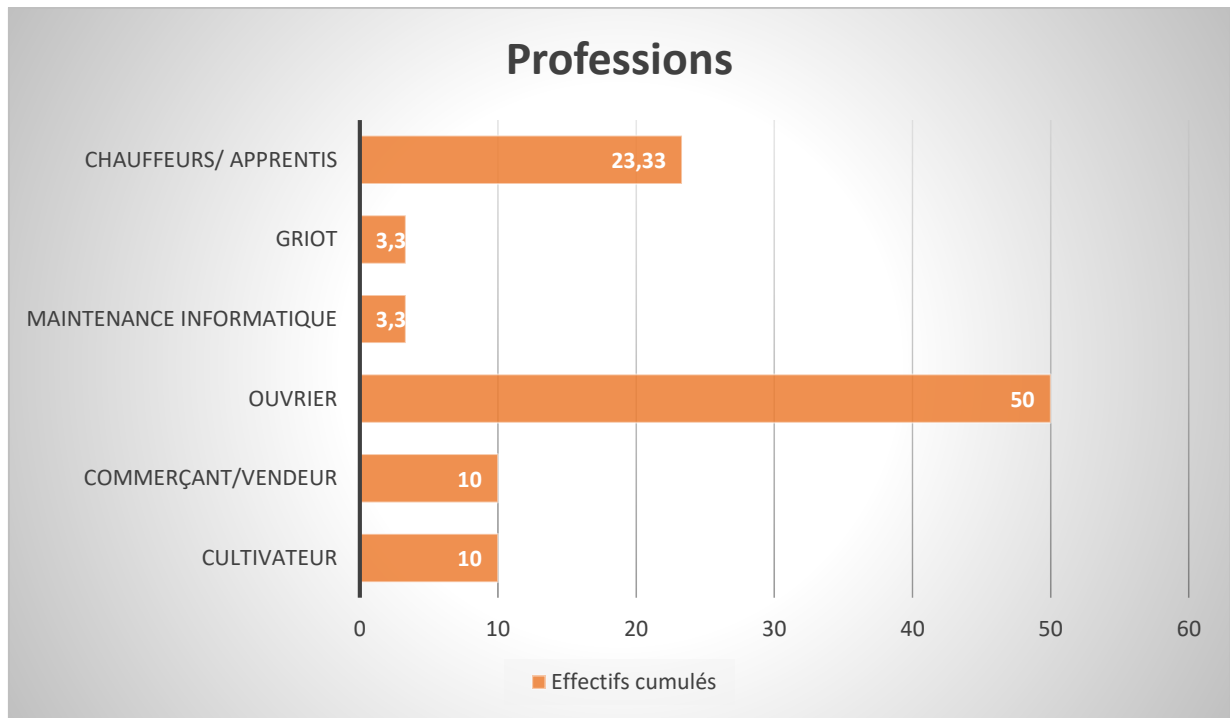


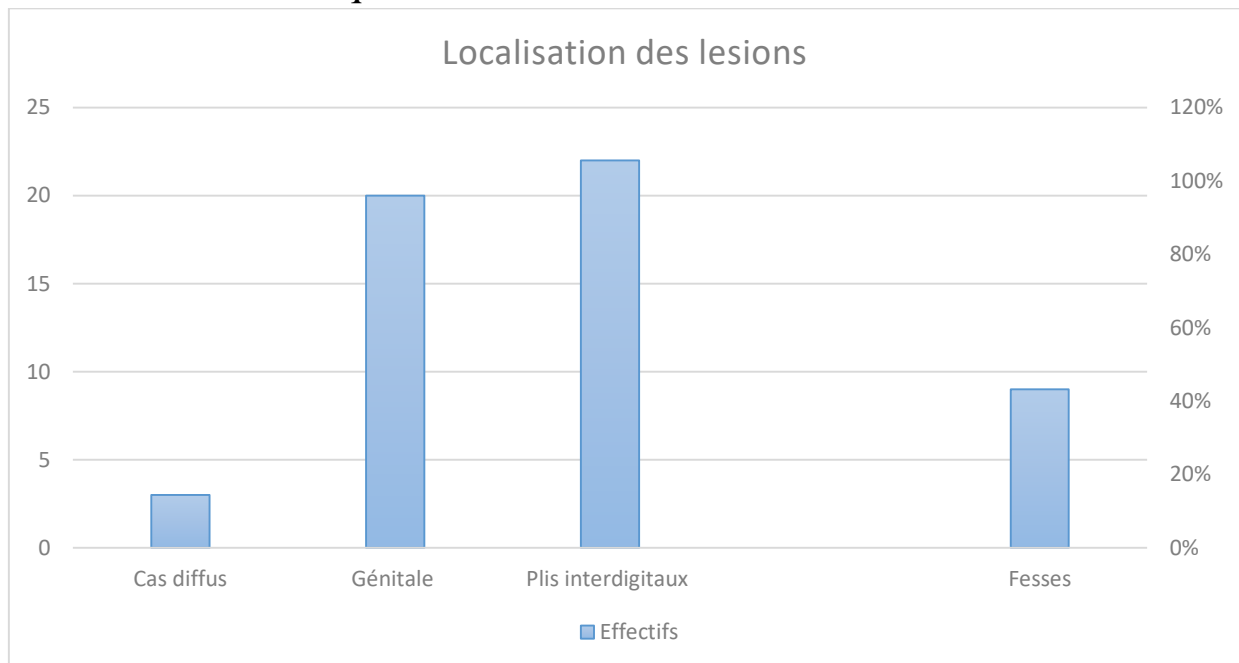
Figure 2 : Répartition selon l'âge

La classe d'âge 21-30 an était la fréquence la plus élevée, soit 56,67 %, avec une moyenne de 36,5 ans et les extrêmes de 18 et 55 ans



**Figure 3 : Répartition selon la profession**  
 Les ouvriers étaient les plus touchés (50%), suivis des chauffeurs/apprentis (23,33%)

## 2. Données cliniques



**Figure 4 : Répartition selon la disposition des lésions**  
 Les espaces interdigitaux étaient touchés dans 72 % des cas, suivis de l'atteinte génitale (66,67%), puis l'atteinte des fesses (30%).

**Tableau 1 : Répartition selon les lésions élémentaires retrouvées**

<i>Lésions élémentaires</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Fréquences</i>
<i>Sillons scabieux</i>	15	50%
<i>Papule érythémateuse</i>	25	83,33%
<i>Vésicules</i>	12	40%
<i>Nodules</i>	2	6,66%
<i>Excoriations</i>	21	70%
<i>Croutes</i>	9	30%

Des lésions pulpeuses étaient présentes chez 83,33%, suivies des excoriations chez 70% des cas et des sillons scabieux chez 50% des cas.

### **Les actions entreprises**

Traitement de masse avec l'ivermectine : tous les pensionnaires et personnel pénitentiaire ont reçu de l'ivermectine 3 µg selon la formule de 1 comprimé pour 15 kg en deux doses (J0 et J14)



**Figure 5 : Ivermectine**

## **Désinfection des locaux**

Le traitement a concerné toutes les chambres, les couloirs et les salles communes. La méthode de traitement utilisé est le protocole de nettoyage des surfaces (plancher, murs, paillasses) appelé aussi technique de trois seaux. Les produits utilisés sont le savon en poudre, l'hypochlorite de calcium (HTH 70%) et de l'eau.



**Figure 6** : hypochlorite de calcium (HTH 70%)

## **Lutte antivectorielle**

Le traitement a concerné toutes les chambres, les couloirs et les salles communes. La méthode de traitement utilisé est la pulvérisation avec un pulvérisateur. Les produits utilisés sont l'eau et le Dichlofort 100 EC pour le traitement des insectes rampants (cafards, punaises) et volants (moustiques). Dosage : 125 ml pour 10 litres d'eau.



**Figure 7** : Diclofort 100 EC



**Figure 8** : résultat après traitement anti vectoriel montrant Les insectes rampants (cafards, punaises) et volants (moustiques) morts

## Traitement de la literie



**Figure 9** : les effets personnels des pensionnaires étalés sous le soleil  
NB : l'administration de l'ivermectine, la désinfection et la lutte anti vectorielle ont été réalisées le même jour.

Répartition selon l'évolution sous traitement

**Tableau 2 : Evolution du prurit**

	<i>Prurit Effectifs</i>	<i>Effectifs cumulés</i>
<i>J0</i>	30	100%
<i>J7</i>	10	33,33%
<i>J14</i>	3	10%
<i>J21</i>	00	00%
<i>J28</i>	00	00%

À J14, 10% des cas avaient un prurit

**Tableau 3** : Répartition selon les complications aiguës

<i>Complications aiguës</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Prévalence</i>
<i>Surinfection bactérienne</i>	04	13,34 %
<i>Eczématisation</i>	01	3,34 %

La surinfection bactérienne représentait 13,34 % et l'eczématisation 3,34 %.

Durée d'évolution moyenne sous traitement : 3 semaines

Nouvelle contamination : 00

## **Discussion**

## **V. Discussion**

### **1. Discussion de la méthode**

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive sur une épidémie de gale dans la maison d'arrêt de Koulikoro. Ces investigations font suite aux rapports par l'infirmerie de la maison d'arrêt, de cas de prurit chez les pensionnaires. Les données des pensionnaires ont été collectées sur une durée de 3 semaines. Cette période prend en compte l'investigation pour détecter les cas, l'intervention pour traiter les cas et les locaux de la maison d'arrêt, le suivi pour détecter de nouvelles infections.

Les limites de notre étude étaient l'impossibilité d'investiguer chez les visiteurs réguliers ou occasionnels, qui sont de potentiel source de contamination ou de propagation de la maladie.

Toutefois, ce travail nous a permis de décrire le profil des cas de gale à la maison d'arrêt de Koulikoro

### **2. Discussion des données**

Nous rapportons une proportion de 15,87 % de gale en milieu pénitentiaire. Ce résultat est supérieur aux données collectées dans une prison à Dosso, au Niger, d'où la proportion de cas était de 12% [5], ainsi qu'en milieu carcéral en Guinée (12,91 %)[8] et reste inférieur à la proportion rapportée au Ghana qui était de 19% [2].

Les disparités entre les études peuvent s'expliquer par les approches méthodologiques, notamment les critères de diagnostic de la gale. Dans notre étude le diagnostic de la gale reposait sur la présence d'un prurit avec ou sans lésion sur deux zones caractéristiques de la gale. Au Ghana le diagnostic reposait sur les critères diagnostiques de l'international alliance for the control of scabies (IACS) [7]. Nos critères comme ceux du Niger correspondent en fait au niveau B3 de l'IACS. Au Ghana, ils ont plutôt utilisé les critères B1, B2 et C1, C2 de l'IACS. En Ethiopie [9], les critères de IACS étaient également utilisés mais de façon différente qu'au Ghana, notamment à travers la prise en compte de

tous les critères B et C. L'utilisation des critères A de L'IACS, semble difficile en Afrique en raison des limitations de moyens pour mettre en évidence le parasite. Malgré l'utilisation de critères distincts, les différents auteurs (Ghana, Niger) sont d'accord sur le traitement systématique de tous les pensionnaires avec l'ivermectine.

Nous rapportons des papules chez 86% de nos cas, Camara au Mali rapporte une proportion similaire soit 83% [5]. Par contre la proportion de papules était nettement inférieure au Bénin avec 78% rapporté par N'Golo [10].

La non observation de cas chez le personnel pourrait s'expliquer par le fait que les gardes rentrent rarement dans les cellules et gardent une distance de sécurité.

Profil genre du centre était uniquement des détenus adultes de sexe masculin.

Chez nos cas les lésions siégeaient surtout aux plis interdigitaux, aux organes génitaux et aux fesses. Au Niger les sites les plus atteints étaient les organes génitaux externes, les fesses et les cuisses [5]. Au Ghana, l'atteinte était surtout acrale, avec des lésions sur les mains, les poignets, les doigts et les interdigitaux. Nos données se rapprochent de l'étude du Niger, mais diffèrent sensiblement de celles du Ghana. Les disparités entre les études peuvent s'expliquer par les méthodes utilisées au niveau de l'examen physique. Au Ghana, l'examen physique se limitait aux zones découvertes, les participants n'étaient pas dévêtus pour examiner toutes les zones lésionnelles, ce qui explique peut-être l'absence d'atteinte génitale chez les cas rapportés par les auteurs. Au contraire de notre étude où l'examen clinique était orienté par l'interrogatoire et la notion de prurit conduisait à un examen clinique minutieux.

Une impétiginisation a été rapportée chez 13% de nos cas. Au Ghana, une proportion similaire a été rapportée soit 12%. En règle générale, l'impétiginisation est fréquente dans la gale, en raison

du prurit féroce qui entraîne des excoriations, qui sont des portes d'entrée potentielle pour les bactéries. En milieu carcéral, les conditions d'hygiène précaires tel que décrites par les auteurs Ethiopiens [7], favorisent davantage la survenue de cette complication infectieuse.

Nos cas ont été traités avec succès avec l'ivermectine par voie orale en raison de deux doses espacées de 14 jours. L'ivermectine reste le traitement de choix des épidémies [10], en raison de l'impossibilité d'utiliser les traitements topiques à grande échelle. Toutefois au Ghana, les cas ont été traités avec du benzoate de benzyle à 10% [2].

Évolution clinique moyenne des cas : 3 semaines, dans la fourchette de la littérature de 2 à 4 semaines [7]



**Figure 5** : Iconographie les différents sites atteints et lésions élémentaires

## **Conclusion et recommandations**

## **VI. Conclusion et recommandations**

### **1. Conclusion :**

La survenue de cas de prurit en milieu carcéral doit conduire à des investigations pour détecter une épidémie. L'ivermectine reste une option thérapeutique efficace et adaptée au milieu carcéral. Le diagnostic de gale reste facile, les critères de l'IACS pouvant être reproduits dans notre contexte.

D'autres travaux sont nécessaires pour décrire les facteurs de risques d'épidémie en milieu carcéral.

### **2. Recommandations :**

#### **a. Aux autorités sanitaires du pays :**

L'organisation des visites médicales ponctuelles et régulières en milieu carcéral

La prise en compte du milieu carcéral dans la politique de riposte aux épidémies

#### **b. À l'administration pénitentiaire :**

La mise en œuvre d'investigations devant les rapports de prurit diffus chez les pensionnaires

#### **c. Aux dermatologues :**

L'utilisation des critères diagnostiques de l'IACS en cas de suspicion d'épidémie de gale

## **Reference bibliographiques**

## VII. Reference bibliographiques

1. Fryett ER, Subasinghe CN, Old JM, Stannard HJ. Determining Environmental Factors That Influence the Occurrence of Sarcoptic Mange in Bare-Nosed Wombats (*Vombatus ursinus*) Using Citizen Science Data. *Transbound Emerg Dis*. 2025.
2. Paray AA, Chandra M, Wani I, Singh M, Kaur A, Najjar IA, et al. Scabies as a Neglected Tropical Disease: A Comprehensive Review of Pathogenesis, Epidemiology, Clinical Manifestations, Diagnosis and Treatment. *Yale J Biol Med*. déc 2025;98(4):489-500.
3. Amoako YA, Oppong MN, Laryea DO, Kyem G, Gyabaah S, Agbanyo A, et al. Burden of scabies in a Ghanaian penitentiary. *PLoS One*. 2024;19(12)
4. Egbi OG, Aladeh DA, Madubuko R, Okpiri JD, Ujah T, Mamven M, et al. Spectrum of Skin Diseases among Inmates in a Nigerian Correctional Centre in Southern Nigeria. *West Afr J Med*. 31 mai 2024;41(5):568-74.
5. Camara MMC. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DE LA GALE A L'HOPITAL DE DERMATOLOGIE DE BAMAKO. thèse de médecine. 2024.
6. Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, Osti M, Micali G, Norton S, et al. The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. *Br J Dermatol*. nov 2020;183(5):808-20.
7. Harouna M, Ibrahim Mamadou AK, Hamadou M, Ousmane S, Issa Abdou K, Ali I, et al. [PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF HUMAN SCABIES IN PRISONS IN DOSSO, NIGER]. *Med Trop Sante Int*. 30 sept 2023;3(3):mtsi.
8. Tounkara TMM, Keita M, Diané BF, Sylla D, Soumah MM, Diallo T, et al. Pathologies dermatologiques en milieu carcéral Africain : expérience guinéenne. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 1 déc 2015;SI: Journées Dermatologiques de Paris 2015142(12, Supplement):S579.
9. Bogino EA, Woldegeorgis BZ, Wondewosen L, Dessu BK, Obsa MS, Hanfore LK, et al. Scabies prevalence and its associated factors among prisoners in southern Ethiopia: An institution-based analytical cross-sectional study. *PLoS Negl Trop Dis*. déc 2023;17(12):e0011826.
10. Pal D, Behera P, Ravichandran M, Sahu DP, Sirka CS, Patro BK, et al. Efficacy of Two Doses of Ivermectin Tablet in Treatment of Scabies in Comparison to Once Application of 5% Permethrin Lotion - A Randomized Controlled Trial. *Indian J Community Med*. 2025;50(6):969-74.



## **Annexes**

**Fiche signalétique :**

**Prénom :** Ismaïla

**Bamba :** Bamba

**Nationalité :** Malienne

**Titre :** Etude d'une épidémie de gale en milieu carcéral à la maison d'arrêt de Koulikoro en 2025.

**Année universitaire :**

**Capital :** Bamako

**Pays :** Mali

**Lieu de dépôts :** Bibliothèque de la FMOS

**Service :** Dermatologie

**Résumé :**

**Introduction**

La gale est une parasitose cutanée contagieuse causée par *Sarcoptes scabiei* var hominis

C'est une maladie cosmopolite qui évolue par épidémie, plus de 400 millions de cas par an dans le monde.

On note peu de donnée dans la littérature sur la gale en milieu carcéral au Mali.

Une description de l'épidémie en milieu carcéral permettra de remonter aux sources de l'épidémie actuelle au Mali.

**Méthodologie**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive. Cette étude a été initiée par le médecin chef du Csref de Koulikoro, suite au signal de plusieurs cas de prurit chez les détenus par la direction. L'équipe était composée d'un dermatologue, un infirmier et un hygiéniste. Elle fut menée en Mars 2025.

## **Résultats**

Au total, nous avons examiné 189 personnes (détenus et personnel pénitentiaire). Les détenus étaient répartis en moyenne de 25 personnes par chambre (5 chambres). Nous avons observé 30 Cas confirmé de gale soit une fréquence de 15,87%. La classe d'âge 21-30 an était la fréquence la plus élevée, soit 56,67 %, avec une moyenne de 36,5 ans et les extrêmes de 18 et 55 ans Les ouvriers étaient les plus touchés (50%), suivis des chauffeurs/apprentis (23,33%). Les espaces interdigitaux étaient touchés dans 72 % des cas, suivis de l'atteinte génitale (66,67%) puis l'atteinte des fesses (30%). Des lésions pulpeuses étaient présentes chez 83,33%, suivis des excoriations chez 70% des cas et des sillons scabieux chez 50% des cas. Tous nos cas et personnel ont reçu de l'ivermectine orale avec un rappel à 14 jours plus tard. À J14, 10% des cas avaient un prurit. La surinfection bactérienne représentait 13,34 % et l'eczématisation 3,34 %. Durée d'évolution moyenne sous ttt: 3 semaines. Nouvelle contamination : 00.

## **Conclusion**

La survenue de cas de prurit en milieu carcéral doit conduire à des investigations pour détecter une épidémie. L'ivermectine reste une option thérapeutique efficace et adaptée au milieu carcéral. Le diagnostic de gale reste facile, les critères de l'IACS pouvant être reproduits dans notre contexte.

**Mots clés :** Gale ; Epidémie ; Milieu carcéral ; Ivermectine.