



S.O.S GALE

Evelyne BOUDOT Cadre de Santé hygiéniste
Sophie VANDESTEEENE pharmacien hygiéniste
CPIAS Occitanie

Il était une fois...

Sarcoptes scabiei variété hominis

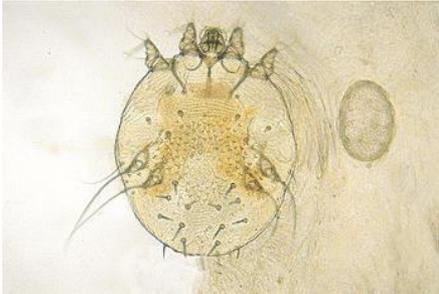
Pourquoi la Gale ?

- Diagnostic difficile : relève expertise
 - Pas de guérison spontanée
 - Plusieurs stratégies thérapeutiques
- Mesures d'hygiène définies contraignantes



- Perte de maîtrise de la situation
 - Désorganisation des services
 - Coût

Carte d'identité



Nom : *Sarcoptes scabiei hominis*

Prénom : Gale

Description : Acarien sous forme globuleuse à tégument plissé, de couleur brune à grisâtre, muni de 4 paires de pattes très courtes.

Taille : Entre 200 μm à 350 μm , **femelle responsable de la transmission** (figure) légèrement plus grande que le mâle

Viabilité :

- mobile à température de 25 à 35 °C
- avance de 1 mm à 2 mm par jour dans tunnel ou **sillon** en se nourrissant de la couche cornée
- pond **2 à 3 œufs** par jour pendant environ 1 mois et meurt
- éclosion des œufs dans l'épiderme en 3 à 4 jours en donnant une **larve** 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
- mort à > 55 °C et perd sa mobilité à < 20 °C

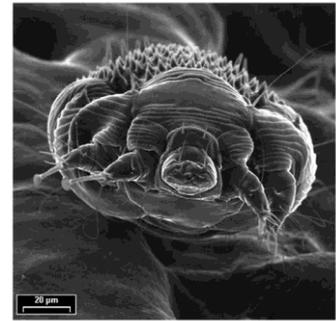








Mode de contamination



Mellanby K. Biology of the parasite (chapter 2) in Scabies and Pediculosis, Orkin M, Maibach HI, Parish LC, Schwartzmann RM eds, JB Lippincott Company, 1977; pp 8-16

Incubation
Au cours de sa vie (1 mois) une femelle → jusqu'à 40 œufs
mais + de 90 % n'atteindront jamais le stade adulte
→ Nombre limité de femelles adultes par malade

Moins de 3 jours en cas de réinfestation, risque de transmission faible mais possible

- Transmission**
- D'hôte à hôte lors d'un **contact cutané direct** ou, plus rarement, par l'intermédiaire d'objets de toilette (gants, serviette), de vêtements ou de la literie.
 - Contagiosité indirecte faible dans les gales communes, plus importante dans les cas de gale hyperkératosique

Mellanby, et al. Bull Entomol Res. 1942; 33: 267-71.

Viabilité
Adultes tués à 50° C pendant 10 minutes
Survie → 2-3 jours à 21 et 25° C
→ 14 jours à 14° C

En dehors de l'hôte le sarcopte reste infestant 24 à 48 h
En dehors de l'hôte les larves / œufs survivent 10 jours

Physiopathologie



- Manifestation allergique due à la présence de ce parasite dans notre organisme
 - ➡ localisations caractéristiques
 - ➡ lésions évocatrices
- Réaction œdémateuse locale due aux galeries creusées par les femelles
 - ⇒ **vésicules perlées, prurit** qui en persistant détermine un prurigo
- Une hyperkératose se développe sur terrain immunodéprimé.

Formes cliniques (1)



Gale commune de l'adulte

Prurit continu, diurne et nocturne

Lésions spécifiques

Sillon scabieux, lésion sinueuse de 5 mm à 15 mm, légèrement surélevée et se terminant par un renflement

Vésicule perlée translucide rarement retrouvée. Leur évolution se fait sous forme de croûtes punctiforme.

Papules, vésicules, lésions de grattage, parfois surinfectées, ou des **nodules** multiples et très prurigineux.

Lésions non spécifiques : secondaires du grattage / réaction immunitaire de l'organisme



Vésicule perlée



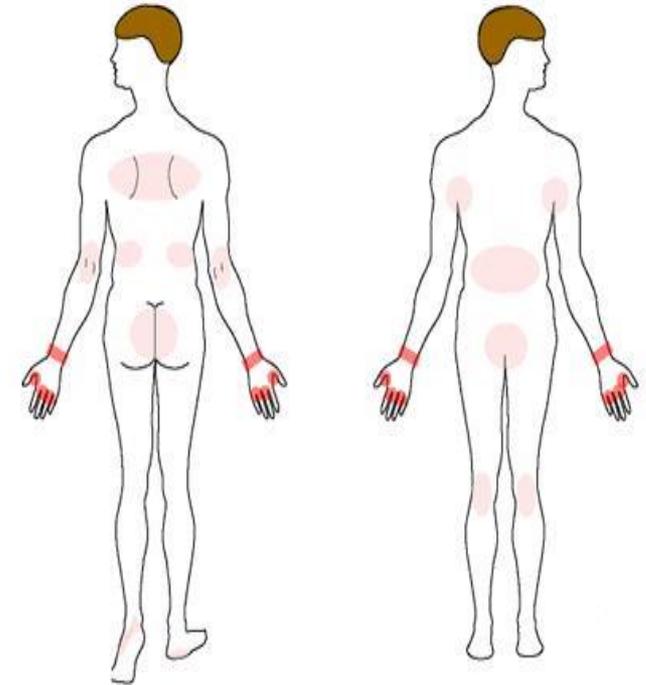
Sillon scabieux



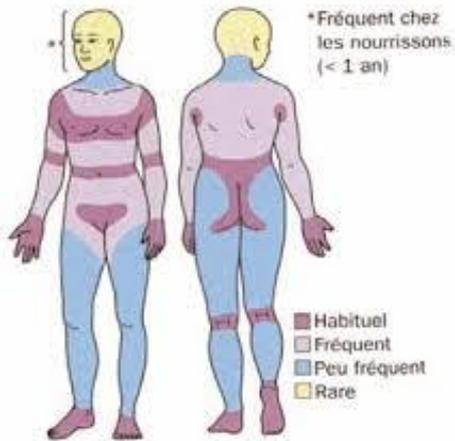
Nodule scabieux

Topographie des lésions

Principales localisations des lésions spécifiques de la gale



- Espaces interdigitaux +++
- Poignets face antérieure, coude face extérieure
- Aisselle, aréole, mamelon, ombilic, verge, scrotum, bas des fesses, cuisses



Papules érythémateuses et papulovésicules



Figure 6. Papulo-pustules et sillons scabieux plantaires.

Formes cliniques (2)

Gale profuse

Profusion des lésions

Y compris dans le dos

Conséquence d'un diagnostic tardif, voire de traitements itératifs d'une gale commune avec des corticoïdes locaux

Rencontrée chez les immunodéprimés et les sujets âgés sans l'hyperkératose, souvent grabataires et vivant en collectivité

Signes atypiques

Éruption rouge vif sans sillon, papuleuse et vésiculeuse, très prurigineuse

Formes cliniques (3)

Gale hyperkératosique Ou Norvégienne

Érythrodermie avec zone hyperkératosique

Signes cliniques

Contagiosité majeure

Prurit souvent discret parfois absent

Chez le sujet âgé ou à l'état général amoindri, sujets immunodéprimés

Généralisation à toute la surface cutanée, y compris le visage, le dos, la paume des mains et la plante des pieds (formations croûteuses, squameuses, parfois épaisses, blanc-jaune soufré)



Gale profuse



Gale hyperkératosique

Diagnostic

1. Clinique

- **Principalement clinique** sur la présence de lésions évocatrices

2. Dermoscopie

- Examen simple et indolore qui permet au dermatologue de visualiser la peau en profondeur : repérage de l'acarien responsable

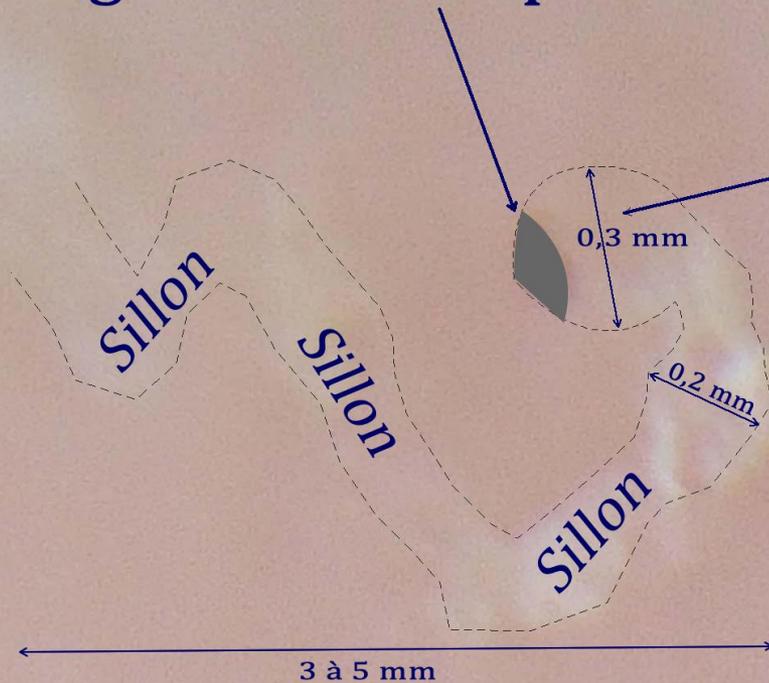
Prélèvement parasito

- Lésions grattées et prélèvement examiné au microscope. Les acariens, entiers ou fragmentés, leurs œufs ou leurs déjections sont alors aisément repérés. Examen très spécifique mais peu sensible / sensibilité augmentée par un repérage dermoscopie

=> Un examen parasitologique négatif ne permet pas d'éliminer le diagnostic de gale.

Visualisation directe du sarcopte dans la peau par dermatoscopie (x 10), sans aucun prélèvement

Le signe du “deltaplane”



Corps du sarcopte
... au bout du sillon

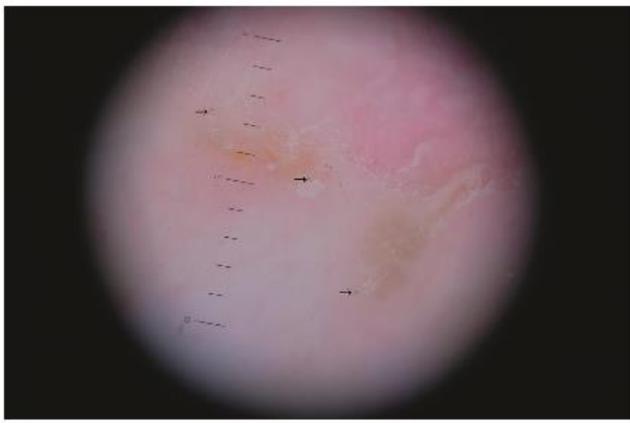


Fig. 24.6 Dermatoscope Image en « deltaplane » correspondant à la partie antérieure de l'acarien

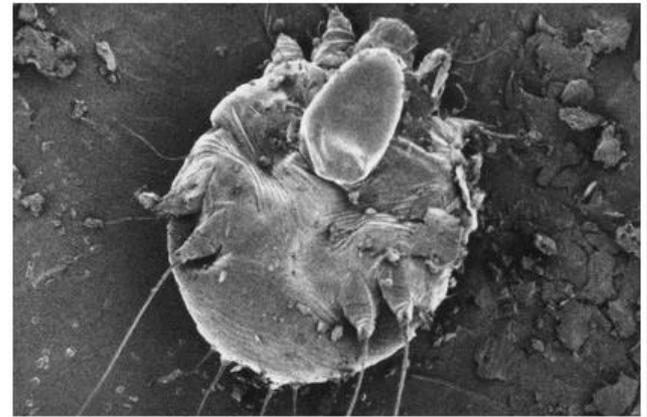


Fig. 24.7 *Sarcoptes scabiei* : adulte femelle et son œuf (MEB)

Diagnostic différentiel du prurit (1)

- Souvent retrouvé chez les personnes âgées
- Causes générales
 - Maladies métaboliques (insuffisance rénale, diabète, maladie hépatique, hypo ou hyperthyroïdie), hématologiques (cancer du sang, carence en fer)
- Causes médicamenteuses

Tableau 1 - Médicaments responsables de prurit (liste non exhaustive).

Cause du prurit	Médicaments ou classes thérapeutique
Cholestase	Sulfamides Antidépresseurs Céphalosporines
Pemphigoïde bulleuse, Lyell, Stevens Johnson	Gliptine (DPP4) AINS Antibiotiques...
Sécheresse cutanée	Diurétiques
Libérateurs d'histamines	Tous les dérivés de la codéine et de la morphine
Immuno-allergique	Inhibiteur d'enzyme de conversion Allopurinol Antiépileptiques Pénicillines et dérivés

Diagnostic différentiel du prurit (2)

- Causes dermatologiques
 - Sécheresse cutanée physiologique, eczéma de contact, excès d'hygiène avec l'utilisation de savon entraînant une dermatite irritative, maladies immunologiques cutanées (pemphigoïde bulleuse)
- Causes infectieuses
 - Virales, bactériennes et parasitaires
- Causes localisées
 - Insuffisance veineuse chronique, botes scléro-atrophiques post-phlébitiques, poux, dermatites d'irritation des shampooings



Mesures à mettre en œuvre

A vous de jouer....

1 - Quand suspecter une gale ?

- ✓₁ 1. Prurit
- ✓₂ 2. Lésions de grattage
- 3. Lésions localisées systématiquement sur le cuir chevelu
- ✓₄ 4. Prurit généralisé
- ✓₅ 5. Perte d'appétit
- ✓₆ 6. Agitation

Prurit

- Désigne la sensation de démangeaison, principal symptôme en cas de gale
- Provoqué par **les déjections et les œufs du sarcopte**

Gale = Notion de prurit
permanent intense généralisé

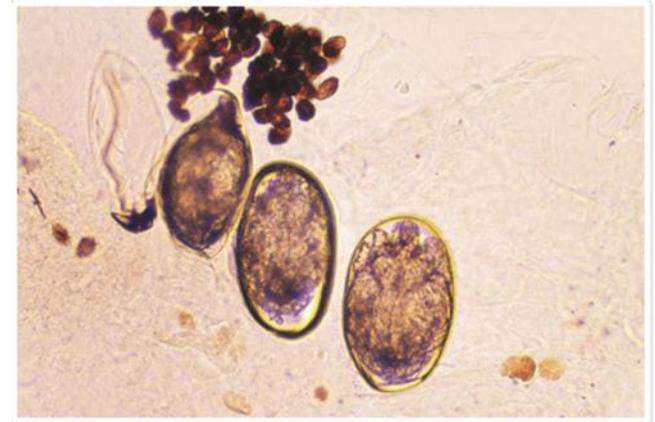


Fig. 24.8 *Sarcoptes scabiei*, œufs et déjections (examen direct ; × 200)

2 - Quand doit-on mettre en place les mesures de protection ?

- ✓₁ 1. Dès la suspicion de gale
- 2. Uniquement à la confirmation du diagnostic
- 3. A l'apparition des sillons
- 4. A l'apparition des vésicules

Cas clinique

- Secteur d'hospitalisation rééducation
- Madame D dépendante et désorientée présente un prurit depuis 3 semaines ne cédant pas malgré un traitement
- Diagnostic posé par le médecin du service : dermatite atopique avec lésions de grattage
 - traitement antihistaminique
 - crème corticoïde depuis 10 jours

Devant la non régression des symptômes, un avis dermatologique est demandé : une suspicion de gale commune est posée dans l'attente de confirmation.

3 - Quelles sont les mesures à mettre en place ?

- ✓1. Isolement de la patiente
- 2. Port uniquement des tabliers de protection à UU
- ✓3. Port de surblouse à manches longues
- 4. Port de gants à UU uniquement au moment des soins souillants
- ✓5. Port de gants à UU dès l'entrée de la chambre

Mise en place des mesures de protection

- **Dès la suspicion** d'un cas (à faire prescrire dès que possible)
 - Pour diminuer la transmission croisée : chambre individuelle

Mettre en place les Précautions Complémentaires Contact « gale »

 - Pour éviter l'accroche du sarcopte sur les poils : port de blouse manches longues et gants avant d'entrer dans la chambre
 - Pour éviter la propagation du sarcopte : arrêt des activités et prise en charge des textiles pour un traitement adapté

Cas clinique (suite)

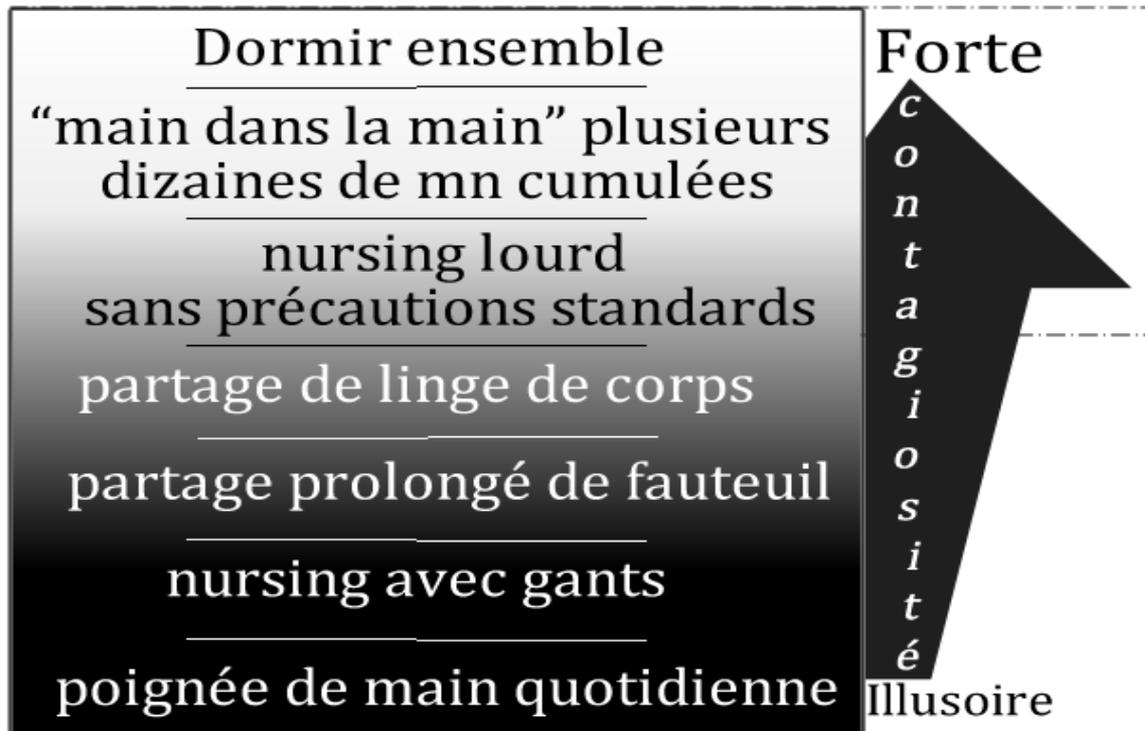
- Pose du diagnostic par le dermatologue : confirmation d'une gale commune.
- L'investigation faite dans le service montre :
 - Cas isolé d'une gale chez une patiente hospitalisée dépendante, depuis plusieurs jours dans le service
 - Patiente hospitalisée en chambre double
 - Réalisant sa rééducation au plateau technique
- Recensement des sujets contacts :
Réaliser l'enquête épidémiologique : qui est en contact direct ? quels types de contact direct ? quelles sont la fréquence et la durée de ces contacts ?

4 - Qui sont les contacts ?

- ✓₁ 1. Personnel réalisant des soins rapprochés à évaluer au cas par cas
- ✓₂ 2. Patients / résidents ayant eu des contacts cutanés directs prolongés, répétés, rapprochés
- ✓₃ 3. Entourage familial ayant eu un contact direct, rapproché, prolongé avec le cas

Niveau de risque

Critère spatial de contagiosité



Contacts devant une gale commune isolé

- **1^{er} cercle** : personnes ayant eu un contact cutané prolongé avec un cas
- Outil d'aide à la définition du niveau de risque

Type de contact	Durée du contact	Fréquence du contact	Identification du contact	Contact à risque
Soins de nursing	Minimum 20 mn	2 fois/jour, 7j/7	AS	oui
Prise de sang	Maximum 5 mn	1 fois	IDE	non
Rééducation à la marche	Minimum 10 mn	1 fois/jour, 5 j/7	KINE	oui
....				

Rappel Cas clinique

- Pose du diagnostic par le dermatologue : confirmation d'une gale commune
- Investigation dans le service :
 - Cas isolé d'une gale chez une patiente hospitalisée dépendante, depuis plusieurs jours dans le service
 - Patiente hospitalisée en chambre double
 - Réalisant sa rééducation au plateau technique
- Recensement des sujets contacts :

Réaliser l'enquête épidémiologique : qui est en contact direct ? quels types de contact direct ? quelles sont la fréquence et la durée de ces contacts ?

5 - Quelle stratégie thérapeutique mettez-vous en place ? Vous traitez...

1. Tous les patients et agents présents dans le service depuis que la patiente a été admise
2. La patiente uniquement
- ✓₃ 3. La patiente, les professionnels ayant réalisé des soins de nursing et de rééducation ainsi que son mari
4. Toutes les personnes ayant croisé la patiente dans les 6 dernières semaines

Pour que le traitement de la gale soit efficace, il faut traiter simultanément : la personne atteinte de gale, ses contacts proches, leur linge et leur environnement.

Traitement du cas

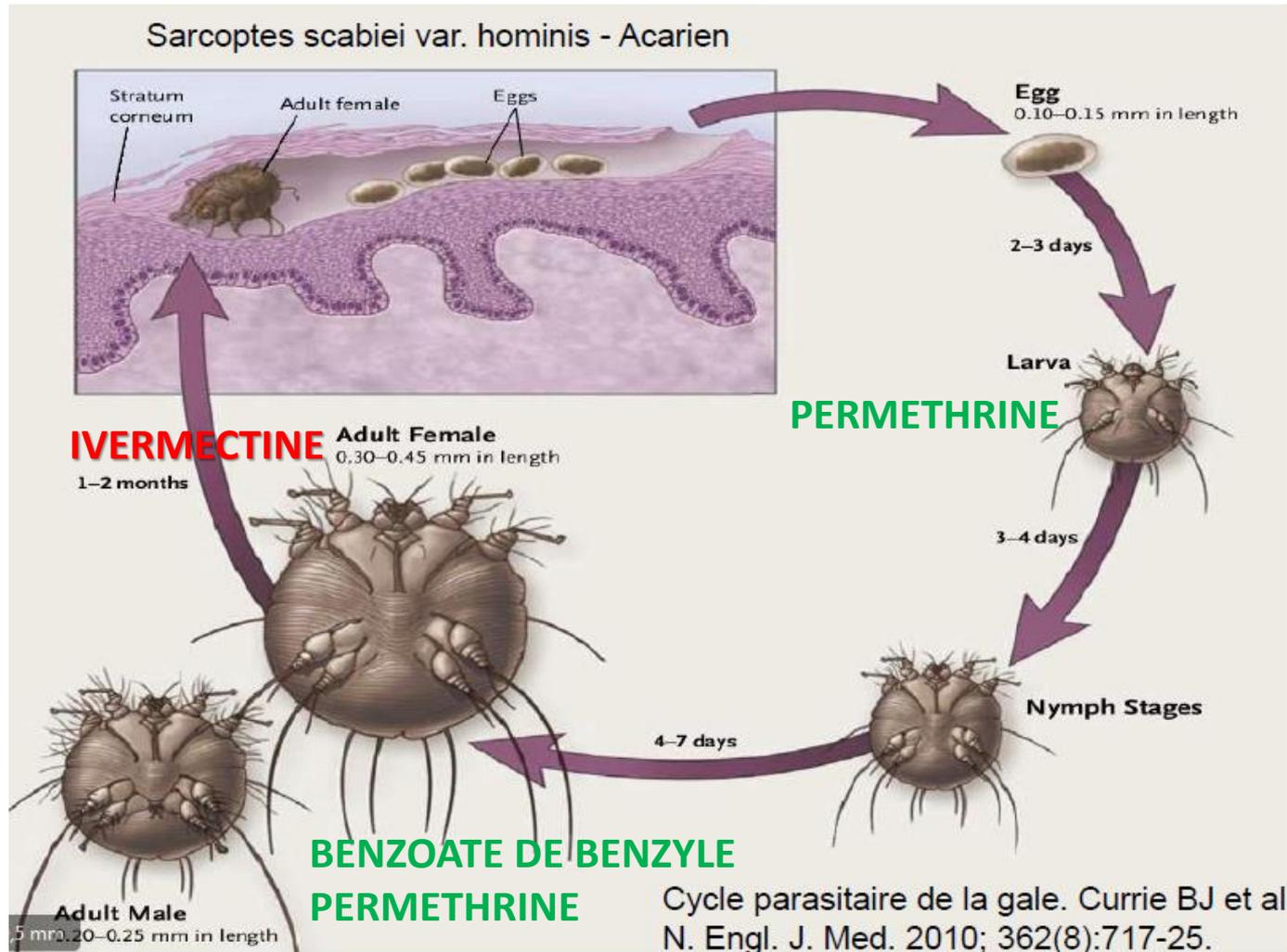
Il existe aujourd'hui 4 spécialités, per os ou topiques, disponibles en 1^{ère} intention pour traiter la gale (Cf. tableau). Parmi ces 4 traitements, seul le Stromectol[®], traitement par voie orale, est soumis à prescription médicale obligatoire et seul le Spregal[®] n'est pas remboursé.

Traitement des contacts proches

Traiter simultanément les personnes vivant sous le même toit, ou ayant eu un contact étroit avec le patient par un traitement antiscabieux. Hors contre-indication, le traitement per os doit être privilégié pour ces contacts pour sa facilité d'utilisation.

1 CAT en cas de diagnostic d'un cas de gale

Traitements	Utilisation
ASCABIOL [®] <u>nouvelle formule 2015</u> (10% benzoate de benzyle) ; traitement local, émulsion	Appliquer le soir sur tout le corps (éviter le visage) en 2 couches successives à 10 min d'intervalle pour laisser sécher le produit. <u>Laisser agir 24h</u> ; réitérer 8j après.
SPREGAL [®] (esdépalléthrine/butoxyde de pipéronyle) ; traitement local, aérosol	Appliquer le soir sur tout le corps (sauf visage). Rincer 12h après application ; réitérer 8 à 14j après.
STROMECTOL [®] (ivermectine) ; traitement per os, comprimés	En une prise à jeun avec de l'eau, pas d'alimentation 2h après la prise ; réitérer 8 à 14j après.
TOPISCAB [®] <u>nouveauté 2015</u> (perméthrine) ; traitement local, crème	Appliquer le soir sur tout le corps. Rincer 8h après application ; réitérer 8 à 14j après.



Traitement voie orale
Traitement voie locale

à J0 Jour du traitement médical

- **au réveil**, prendre son petit-déjeuner puis rester à jeun pendant deux heures, jusqu'à la prise du traitement ;
- **veiller à avoir une bonne hygiène des ongles** (courts et brossés) ;
- **prise du Stromectol® à la dose prescrite (doit être adaptée au poids de la personne !)** en une seule fois avec un grand verre d'eau. Respecter une période de jeûne de deux heures après l'administration ;
- **au coucher, prendre sa douche avec un savon liquide**, se rincer abondamment et se sécher avec une serviette propre. Utiliser un pyjama et du linge de lit propres.

à J1 Traitement de l'environnement

- **le lendemain matin, procéder à un nettoyage classique des locaux** et en cas de gale profuse ou hyperkératosique à une désinfection par un acaride des matelas, sommiers et autres mobiliers absorbants ;
- **rassembler le linge utilisé jusqu'à ce jour** (y compris serviettes de toilettes, draps, taies...) et le laver en machine à 60° C ou le désinfecter avec un acaricide (stockage en sac plastique avec produit acaricide pendant au moins trois heures) ou par mise en quarantaine de quatre jours (gale commune) à huit jours (gale profuse) dans un sac plastique ;
- **après le traitement de l'environnement, prendre sa douche avec un savon liquide**, se rincer abondamment et se sécher avec une serviette propre. Utiliser un pyjama et du linge de lit propres.

Remarques : le délai d'action de l'ivermectine étant d'au moins huit heures, un traitement de l'environnement à J1 ne présente pas de risque de réinfestation, la personne étant protégée par son traitement. Ce traitement de l'environnement pourrait aussi être effectué à J0 en fin d'après-midi mais en cas de désinfection de la literie par un acaricide, celle-ci ne pourra être utilisée pendant 12 heures.

J10

à J15 +/- 2^e prise du traitement médical Entre J8 et J14

Sur prescription médicale, prise d'une deuxième cure d'ivermectine 15 jours après la première.

Après traitement, le prurit régresse le plus souvent en deux à trois jours. Cependant, les démangeaisons peuvent persister quelques semaines sans pour autant être un signe d'échec du traitement.

CONDUITE À TENIR EN CAS DE TRAITEMENT DE LA GALE PAR STROMECTOL® EN PRISE AU COUCHER

à J0 Jour du traitement médical

- veiller à avoir une bonne hygiène des ongles (courts et brossés) ;
- au coucher, prise de Stromectol® à la dose prescrite (doit être adaptée au poids de la personne !) en une seule fois avec un grand verre d'eau en respectant la période de jeûne de deux heures avant et après la prise du médicament.

à J1 Traitement de l'environnement

- le lendemain matin, procéder à un nettoyage classique des locaux et en cas de gale profuse et hyperkératosique à une désinfection par un acaricide des matelas, sommiers et autres mobiliers absorbants ;
- changer le linge de lit afin d'éviter la poursuite d'une contamination éventuelle et rassembler tout le linge utilisé jusqu'à ce jour et le laver en machine à 60° C ou le désinfecter avec un acaricide (stockage en sac plastique avec produit acaricide pendant au moins trois heures) ou par mise en quarantaine de quatre jours (gale commune) à huit jours (gale profuse) dans un sac plastique ;
- prendre une douche au savon liquide, suivi d'un rinçage abondant, et d'un séchage avec une serviette de bain propre. S'habiller avec du linge propre.

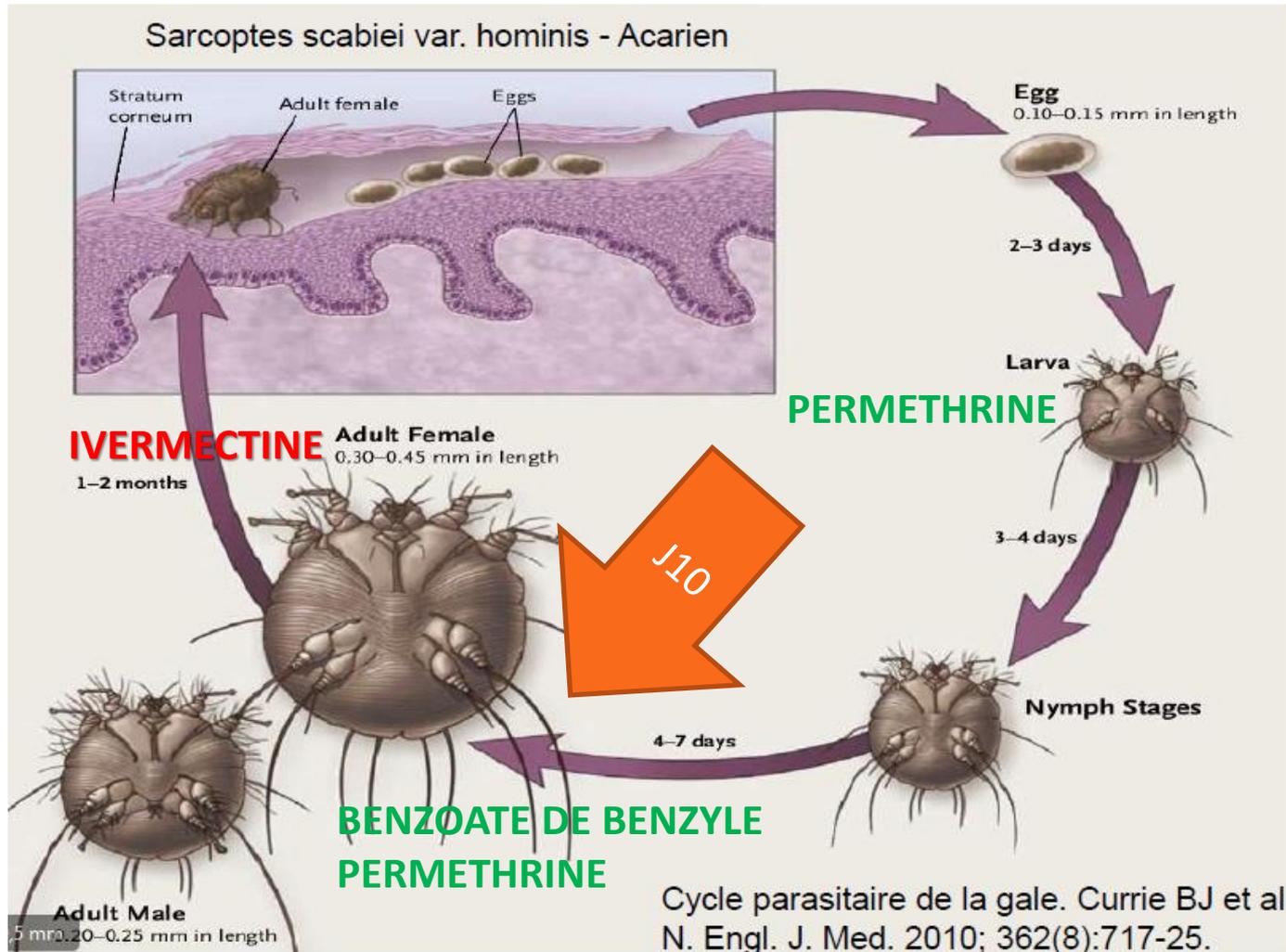
Remarque : le délai d'action de l'ivermectine étant d'au moins huit heures, un traitement de l'environnement le lendemain matin, à J1, ne présente pas de risque de réinfestation, la personne étant protégée par son traitement.

J10

à J15 +/- 2^e prise du traitement médical Entre J8 et J14

Sur prescription médicale, prise d'une deuxième cure d'ivermectine 15 jours après la première.

Après traitement, le prurit régresse le plus souvent en deux à trois jours. Cependant, les démangeaisons peuvent persister quelques semaines sans pour autant être un signe d'échec du traitement.



Traitement voie orale
Traitement voie locale

Pour toutes les personnes rentrant dans le protocole de traitement

- Les vêtements / linge et objets en contact avec la peau (doudou, chaussons...) portés au cours des 3 derniers jours, le linge de toilette et de la literie doivent être lavés à 60 °C.
- Le lendemain du traitement, ne porter que des vêtements propres ou décontaminés et changer tous les draps, utiliser des serviettes propres pour la toilette.
- Les vêtements / linge et objets en contact avec la peau (doudou...) ne pouvant être lavés à 60 °C seront décontaminés en les enfermant dans des sacs plastiques, avec un acaricide pulvérisé dans le sac, et hermétiquement clos pour la durée déterminée par le fabricant.
- Sans acaricide, et dans des sacs plastiques (type poubelle) bien fermés et vidés de leur air, les vêtements resteront en “quarantaine” pour 3 jours en cas de gale commune, 8 jours en cas de gale hyperkératosique.
- Il faut décontaminer les vêtements à chaque traitement.

Gestion de l'environnement

- Gale commune :
- Réaliser un essuyage humide de l'ensemble des surfaces au détergent désinfectant.
 - Éliminer la poussière
- Gale profuse et hyperkératosique :
- Vaporiser les surfaces tissus avec l'acaricide si impossibilité de les laver : pièce sans patient, fenêtre ouverte, laisser agir 12 h pour la literie

Modalités de prise en charge de l'environnement

- Utilisation des antiparasitaires
 - Produits dangereux demandant des protections :
 - protections oculaires conçues contre les projections de liquide
 - **protection respiratoire adapté (à défaut FFP2)**
 - Traitement de la literie, des vêtements et tissus, de la moquette...
 - A pulvériser à 30 ou 40 cm des articles, temps d'action entre 2 et 4 h en fonction du fabricant

Cas clinique (suite)

... 3 semaines après, un prurit apparaît chez Mme R, même service de rééducation que le cas index depuis 1 mois.

Cette patiente est désorientée et déambulante, elle est admise après une chute dans un EHPAD.

1 AS de nuit et une IDE témoignent également de l'apparition d'un prurit depuis 5 jours.

6 - Que faites vous ?

1. Vous interdisez toute entrée et sortie de patient dans le service
- ✓₂ 2. Vous sollicitez l'aide des personnes ressources pour définir la conduite à tenir
3. Vous faites commander à la pharmacie des doses de traitement pour l'ensemble de l'établissement
4. Vous demandez l'éviction et le traitement de tous les agents ayant été en contact avec les cas suspects
5. Vous contactez l'EHPAD pour les prévenir qu'un traitement collectif doit être envisagé

Rôle de la cellule de gestion

- Elle attend la confirmation diagnostique
- Elle décrit l'épidémie
- Elle réalise l'enquête épidémiologique autour des cas / cercle de contact / outils
- Elle définit les responsabilités et missions de chacun et les écrit
- Elle s'assure de la possibilité de mettre en place le traitement : ressource en médicament / ressource en linge / ressource en personnel / ajustement de la logistique selon les modalités thérapeutiques choisies
- Elle écrit les consignes : une seule information pour tous / « parasite » de l'info média
- Elle est en lien avec le CPIAS / ARS : relais d'expertise si besoin / signalement
- Elle réalise le suivi en évaluant le respect des mesures prises : PCH / thérapeutique / logistique
- Elle effectue le bilan de l'épidémie

Gestion des cas groupés

1/ Mise en place des précautions complémentaires pour les cas suspect(s) dans un contexte de cas index diagnostiqué

- Description des mesures : à ajuster avec les contraintes liées à la désorientation des patients /résidents

2/ Orientation des soignants présentant des signes vers le médecin traitant ou médecin du travail pour diagnostic

3/ Mise en place d'une **cellule de gestion** composée de :

- Direction
- Médecin responsable / Médecin du travail +/- Médecin coordonnateur
- Cadre de santé
- Hygiéniste
- Responsable des services logistiques : linge, pharmacie

MODÈLE DE COURRIER D'INFORMATION MÉDECIN GÉNÉRAL

Objet : Conduite à tenir autour d'un cas de gale à la maison de retraite de.....

Cher confrère,

Plusieurs cas de gale sont survenus depuis le "date" chez des personnes fréquentant "nom de l'établissement". Les personnes ont été orientées vers leur médecin traitant pour une prise en charge médicale et "une éviction de la résidence". Conformément à l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 27 juin 2003, il convient de mettre en œuvre un traitement de toutes les personnes et, le cas échéant, leur propre entourage en privilégiant le traitement *per os* (facilité d'utilisation). Une éviction de la résidence est à privilégier en cas d'épidémie longue à maîtriser.

De ce fait, la Ddass et la direction de l'établissement ont décidé de mettre en place une prophylaxie. Aussi, nous adressons chaque personne à son médecin traitant afin qu'elle soit examinée et qu'une prophylaxie adaptée soit prescrite. Pour les cas de gale avérés, il convient également de rechercher d'éventuels contacts... et de leur proposer également un traitement.

Nous restons à votre disposition pour tout complément d'information et vous demandons également de nous adresser tout cas de problème ("Nom").

En vous remerciant pour votre précieuse collaboration, je vous prie de recevoir, cher confrère, mes salutations distinguées.

Docteur "Nom, Prénom"

Médecin inspecteur de santé publique

Pièce jointe : Avis du CSHPF de juin 2003

Docteur,

Une personne chargée de l'entretien des locaux à la maison de retraite serait un cas probable de gale commune. Un traitement anti-scabieux et un arrêt de travail couvrant la période de contagiosité lui ont été prescrits.

Elle n'est intervenue qu'une demi-journée et les contacts avec les résidents étaient faibles. Dans ces circonstances, le risque de transmission est faible mais non nul, **ce qui incite à une surveillance des résidents exposés**, en lien avec une pathologie d'incubation longue, et dans un contexte d'épidémie de gale profuse au CH de Dans le cadre de ses missions de prévention et protection des populations, l'ARS se joint à la stratégie mise en œuvre pour répondre à cet épisode.

Ainsi, le diagnostic de gale doit être évoqué devant un prurit constant, intense, à recrudescence nocturne, localisé puis rapidement généralisé épargnant au début face, cuir chevelu, dos et cou. La période d'incubation étant en moyenne d'un mois, des cas seraient susceptibles d'apparaître aux environs de

Information sur la stratégie mise en œuvre à et pouvant être dupliquée en cas de confirmation de plusieurs cas à

Le traitement médicamenteux :

Qui ?

- Les membres du personnel de la résidence et les résidents ayant été en contact cutané avec les résidents atteints (transmission directe) ou avec leur environnement (transmission indirecte par l'intermédiaire de la literie, du linge, des fauteuils ...)
- Les membres de la famille des cas probables parmi le personnel
- Les membres de la famille des cas probables parmi les résidents

Comment ?

Le traitement recommandé fait appel à un médicament prescrit par voie orale. Pour les rares personnes présentant une contre-indication, un traitement topique (local) sera prescrit :

· Traitement par voie orale : ivermectine (Stromectol®) 3 mg : 200 µg/kg en une seule prise à distance d'un repas (encadrée par un jeûne de deux heures avant et deux après).

Le protocole **chez l'adulte** est le suivant (source Vidal) :

Gestion des cas groupés

4/ Confirmation diagnostique et enquête épidémiologique :

- Description du type de gale : notion de contagiosité
- Identification des contacts et caractérisation de ces derniers
- Définition de la stratégie thérapeutique qui va s'appuyer sur :
le type de gale, le type de contact, l'espace temps, l'espace géographique

5/ Investigation des cas secondaires potentiels et des contacts à risque par l'identification des signes caractéristiques : prurit permanent, intense et généralisé / à rapprocher de la localisation

7 - Comment définir une épidémie de gale ? Pour vous, c'est...

1. 2 cas de gale dans un même service à 3 mois d'intervalle
2. 1 cas suspect avec 3 agents qui présentent un prurit depuis 4 mois
- ✓₃ 3. 2 cas confirmés dans un délai maximum de 6 semaines avec des contacts à risque identifiés

Principe d'investigation d'épidémie

Lors de l'investigation d'une épidémie il est fait appel à la fois :

- Epidémiologie descriptive : répertorier et réaliser une description des cas en y intégrant la notion de temps (compatible avec contagiosité), de lieu (notion de secteur / chambre) et de personne (contact).
- Epidémiologie analytique : réservoir, source, mode de transmission
- Épidémiologie évaluative : vérification de l'évolution après mise en place de mesures de contrôle

Quelques outils d'aide à la gestion

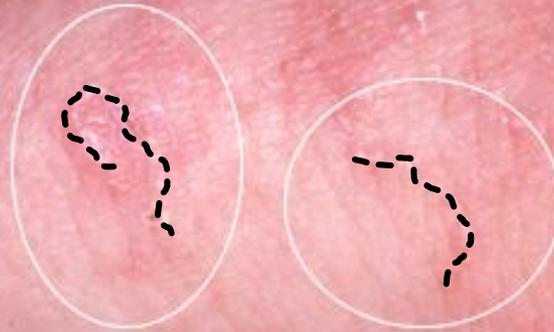
Reconnaître les lésions...



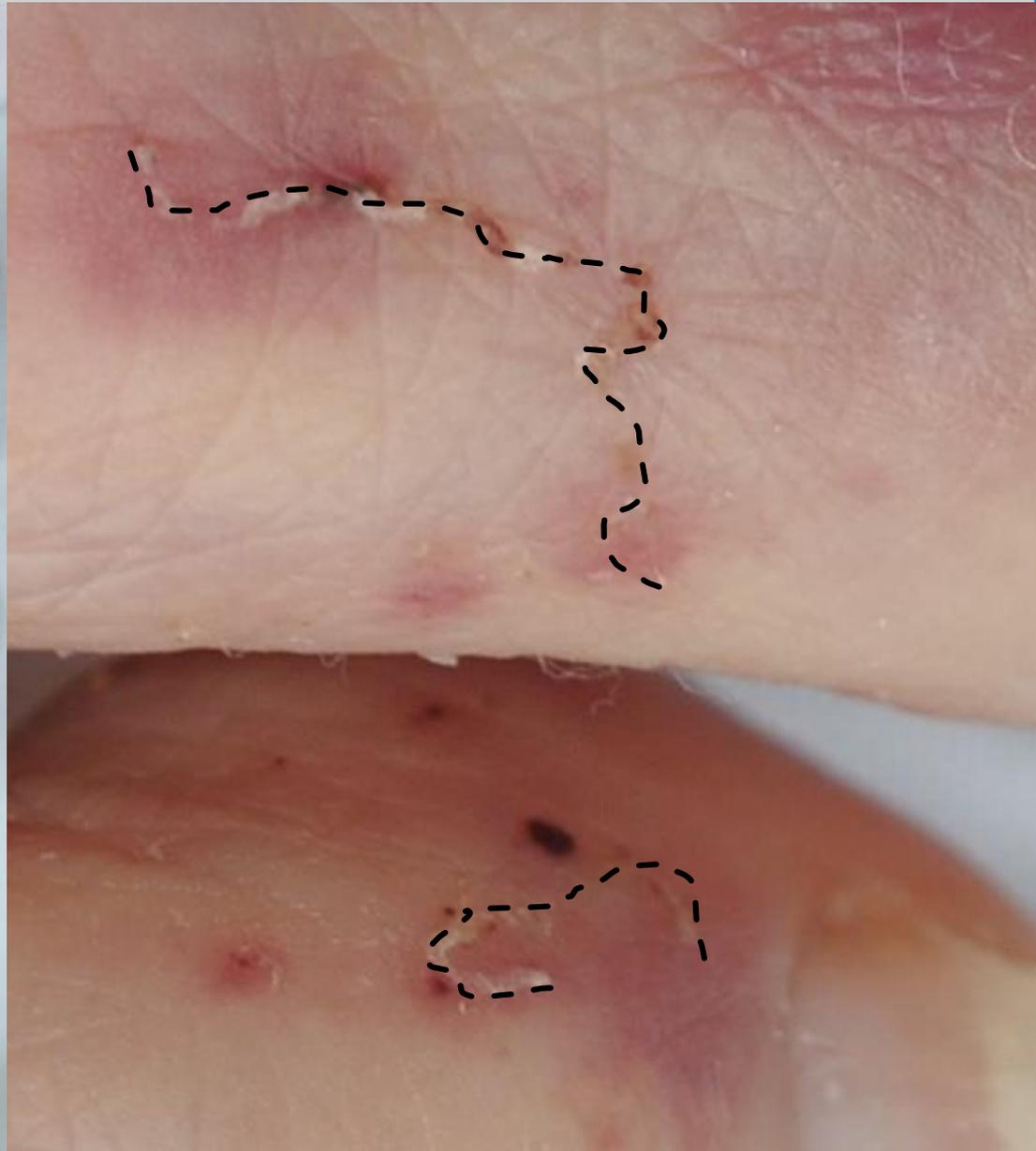


Crédit photo : Pr Benoît de WAZIERES – Professeur de gériatrie
Chef du service de gériatrie du CHU de Nîmes

Sillons typiques du bord latéral du poignet



***filiformes ; courts (3 à 5 mm) ; tortueux ;
+/- terminés par une surélévation***



Fausses idées

- Gale commune très contagieuse

Mellanby K. The transmission of scabies. Br Med J 1941; 2: 405-6.

32 volontaires ayant utilisé pendant plusieurs jours des sous-vêtements venant d'être portés pendant plusieurs jours par des patients:

→ 2/32 contaminés

6 volontaires ayant utilisé pendant plusieurs jours des sous-vêtements portés 2-7 jours auparavant et pendant plusieurs jours par des patients

→ 0/6 contaminés

19 volontaires ayant utilisé le lit de patients atteint de gale, juste après le départ du patient, pendant sept jours

→ 0/19 contaminés

6 volontaires ayant utilisé des couvertures utilisées plus de 24H auparavant par des patients

→ 0/6 contaminés

Fausses idées

- **Maladie des gens sales : Non !** mais une bonne hygiène limite l'extension de la maladie
- **Il existe des porteurs sains : Non !** par contre, il existe des prurits légers avec très peu de lésions
- **Un contact direct rapproché est obligatoire : Oui !** mais, exceptionnellement, indirectement

Fausses idées

- « Le traitement est inefficace » (Prurit résiduel)
Non, c'est faux :
 - Réinfestation par l'entourage non traité
 - Irritation secondaire au traitement local
 - Parasitophobie
 - Présence de nodules scabieux inflammatoires prurigineux sans présence de sarcopte (traitement par application de dermo-corticoïdes et irritation secondaire au traitement local)

Les clés de la réussite

- Mettre en place les mesures d'hygiène spécifiques dès la suspicion
- Identifier les personnes ressources
- Attendre la confirmation diagnostique pour définir la stratégie
- Communiquer en interne et préparer une communication externe en cas de besoin
- Réaliser une enquête épidémiologique garante de l'identification des « contacts à risque »

Les clés de la réussite

- Précautions standard et complémentaires :
 - Mesures d'hygiène de base (lavage des mains, hygiène des ongles) inefficacité du SHA
 - EPI : lors des soins de nursing
 - Instaurer les précautions "contact" (limitation des déplacements, des visites et activités sociales)
 - Isoler dans la mesure du possible les cas (chambre seule, arrêt maladie, éviction scolaire...) : *pendant 48 heures après la prise du traitement*

Les clés de la réussite

- Mise en place d'un plan d'actions

- Anticiper les actions et « il est urgent d'attendre » pour s'organiser



Cette prise en charge va nécessairement occasionner du temps, des moyens, des coûts et un plan d'actions adapté à la situation.

- Surveillance de l'épidémie

- L'épidémie peut être considérée comme définitivement éradiquée en l'absence de cas à l'issue des 6 semaines qui suivent la prise du traitement du dernier cas.
- Pendant ces **six semaines**, il est conseillé de surveiller régulièrement toute survenue de signes cliniques évocateurs d'une gale.

Outils complémentaires

- Analyse de scénario
- *Serious game*
- Guides INVS + CCLIN SO
- Plaquelette libéraux usagers dom sud ouest

Les acaricides

- **A-Par®**

– ~ 10 € la bombe



- **Baygon vert®**

– ~ 5 € la bombe



Protection du personnel

Ne pas manipuler par un asthmatique !

Les erreurs à éviter...

- **Pas de gants si pas de contact**
- **Pas de traitement environnemental trop large**
 - plastique, bois, inox... inutile
- **Pas de traitement en l'absence diagnostic médical**
 - coûteux, inefficace, anxiogène...



**Des gants,
seulement quand
c'est indispensable !**



Aspects financiers



- **Particuliers :**

- Traitements locaux et acaricides non remboursés (entre 12 et 15 € le flacon)

- **Collectivités :**

- Il est vivement recommandé de prendre en charge les traitements non remboursés des familles pour favoriser l'observance
- L'ARS peut être sollicitée en cas d'épidémie importante

Merci.....

