

ANALYSE DES SIGNALEMENTS DE GALE DANS L'INTER-RÉGION OUEST DE JANVIER 2003 À AOÛT 2008

INTRODUCTION

- La gale est une parasitose touchant chaque année presque 300 millions de personnes dans le monde. La prévalence de la maladie en France n'est pas connue mais elle est vraisemblablement élevée (10). C'est une maladie très contagieuse, essentiellement transmise par contact cutané direct (indirectement par l'intermédiaire de vêtements, linge ou de literie contaminée) (10), l'attraper ne signifie pas un manque d'hygiène, et il n'y a aucune raison d'en avoir honte. En revanche il faut se traiter très rapidement pour éviter de contaminer tous ses proches. Une fois diagnostiquée par un médecin, la gale peut être traitée en moins de 48 heures.

- Cette ectoparasitose est due à un acarien qui vit dans l'épiderme humain : *Sarcoptes scabiei* variété *hominis*. Connue depuis l'Antiquité, elle avait presque disparue depuis la seconde guerre mondiale, elle a repris depuis 1964. La gale procède par épidémie d'apparition cyclique. Elle touche indifféremment les collectivités de personnes âgées comme les maisons de retraite et les longs séjours essentiellement en raison de l'affaiblissement de l'état immunitaire des personnes âgées. Malgré un arsenal thérapeutique élargi, la prise en charge de la gale au sein des établissements reste toujours difficile. Les épidémies sont parfois longues à juguler et ceci est dû essentiellement à un retard de diagnostic (2).

CONTEXTE

- En quelques années, les signalements de cas groupés de gale ont augmenté en France, tout comme la consommation d'ivermectine (Stromectol®, traitement per os) (1). Cette recrudescence de gale a d'ailleurs été ressentie par le personnel de santé. En 2003, l'extension d'indication de l'ivermectine dans le traitement de la gale (11) a permis de faciliter le traitement lors d'épidémies. A l'inverse la consommation d'Ascabiol® (traitement topique) est restée stable, probablement en raison de ses modalités d'utilisation contraignante dans les collectivités (1). De plus une sensibilisation aux signalements et de nouvelles recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France en 2003 (traitement du sujet contact) sont peut-être des causes de l'augmentation de la consommation d'ivermectine (1,3).

- Lors de la réunion du comité RAISIN du 26 juin 2008, l'institut national de veille sanitaire s'interroge sur une recrudescence de la gale dans les collectivités. Pour le vérifier, il est demandé aux 5 C-CLIN et CIRE de recueillir des informations grâce à une enquête rétrospective des signalements de gale entre 2006 et 2007. Afin d'optimiser l'exploitation des résultats de ce questionnaire, le but de ce travail a été d'élargir cette enquête aux signalements de gale depuis 2003 dans l'inter-région Ouest.

- L'enquête aborde les thèmes suivants :
 - Les caractéristiques de l'épisode de gale : sa durée, le nombre de cas certains¹, probables² et contacts parmi les patients et le personnel, l'existence de gale profuse et l'existence d'épisodes de gale précédent,
 - La prise en charge thérapeutique de la gale,
 - Les caractéristiques de l'établissement : typologie, structure, département et cas index importé ou non.

OBJECTIFS

- Les objectifs de cette investigation sont :
 - Caractériser les signalements de gale de janvier 2003 – août 2008 dans l'inter-région Ouest (Basse Normandie, Bretagne, Centre, Pays de la Loire, Saint Pierre et Miquelon) en terme de lieu et de durée,
 - Vérifier la prise en charge thérapeutique en fonction de nombreux facteurs (type de gale, nombre de cas, le type d'établissement),
 - Confirmer la recrudescence de gale.

MÉTHODE

- Il s'agit d'une enquête rétrospective par questionnaire qui s'adresse à tout établissement de l'inter-région Ouest qui a signalé un épisode de gale entre janvier 2003 et août 2008.

RÉSULTATS

• Participation

Sur les 21 établissements sollicités, 15 ont répondu à l'enquête et 20 enquêtes sur 29 signalements ont été réceptionnées dans le temps imparti. Parmi les neuf questionnaires non reçus, trois ont été remplis partiellement à l'aide de la fiche de signalement des infections nosocomiales (13). Les six autres ont été renseignés grâce aux rapports envoyés par les responsables du signalement de chaque établissement.

¹ Cas certain :

Cas 1 : tout sujet présentant un prurit cutané (à recrudescence vespérale) associé à des lésions pathognomoniques de la gale (sillon), dont le diagnostic clinique a été établi par un médecin de l'établissement (le diagnostic de certitude est basé sur la présence de *Sarcoptes scabiei* dans les prélèvements cutanés, en sachant que l'absence de sarcoptes à l'examen biologique ne réfute pas le diagnostic de gale).

Cas 2 : tout sujet présentant un prurit cutané avec des lésions atypiques et dont les prélèvements cutanés montrent la présence de *Sarcoptes scabiei*.

² Cas probable : tout sujet présentant soit un prurit cutané, soit des lésions hyperkératosiques et qui a été en contact avec une personne dont le diagnostic certain de gale a été établi par un médecin de l'établissement. Les prélèvements cutanés négatifs ne réfutent pas le diagnostic de gale.

• Description des cas de gale dans l'inter-région Ouest (janvier 2003 – août 2008) : tableau 1 à 4

Tableau N°1 : nombre de signalements de gale

ANNEE	Nombre de signalements de gale
2003	6
2004	5
2005	5
2006	4
2007	6
Janvier-Août 2008	3

Tableau N°2 : la gale en quelques chiffres

Nombre de cas de gale	296
Nombre de cas contact	1719
Durée moyenne de l'épisode de gale (en jours)	16
Episode de gale précédent dans les établissements	56%

Tableau N°3 : cas de gale parmi le personnel et les patients

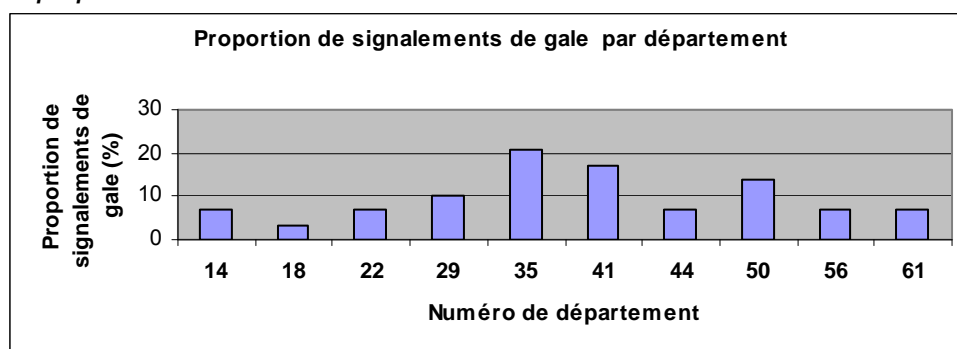
Cas	Moyenne	Médiane	Maximum	Minimum
Patient cas certain	3,4	3	8	0
Patient cas probable	0,9	0	15	0
Personnel cas certain	4,8	2	21	0
Personnel cas probable	1,5	0	10	0

Tableau N°4 : cas contacts parmi le personnel et les patients

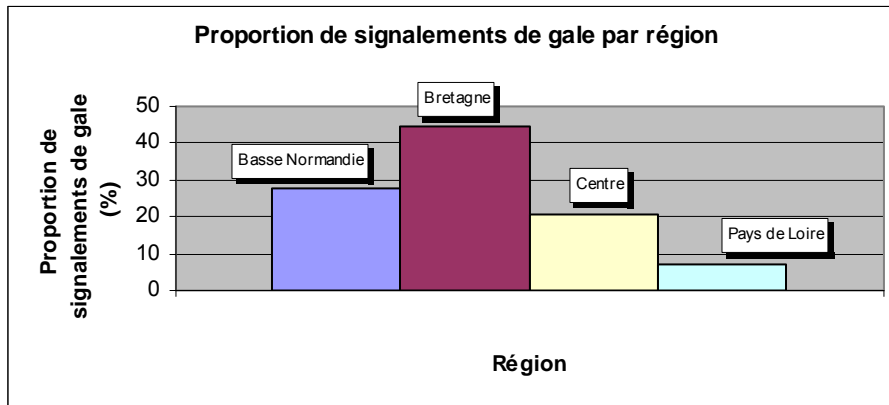
Cas contact	Moyenne	Médiane	Maximum	Minimum
patient	33,9	2,5	152	0
personnel	62,9	30	208	0

• Description du lieu des épidémies de gale dans l'inter-région Ouest (janvier 2003 – août 2008) : graphiques 1 à 5

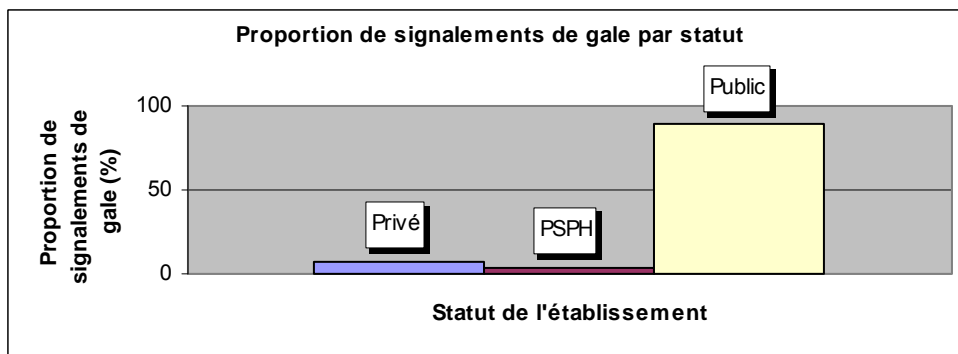
Graphique N°1



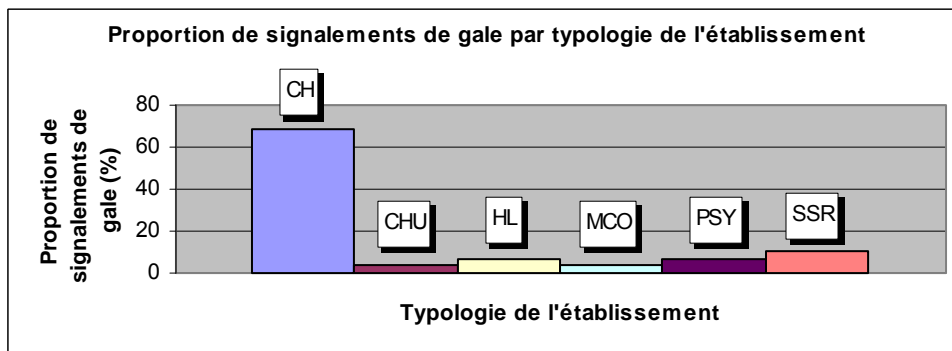
Graphique N°2



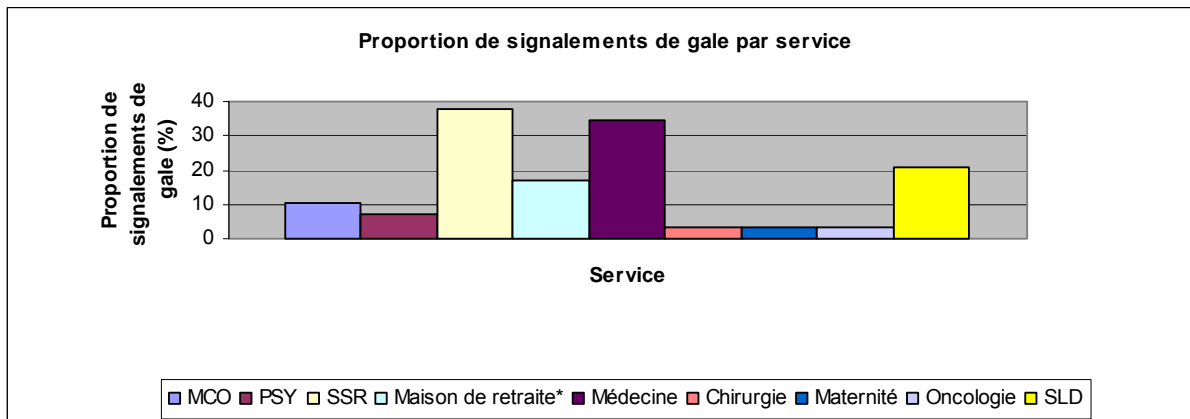
Graphique N° 3



Graphique N°4



Graphique N°5

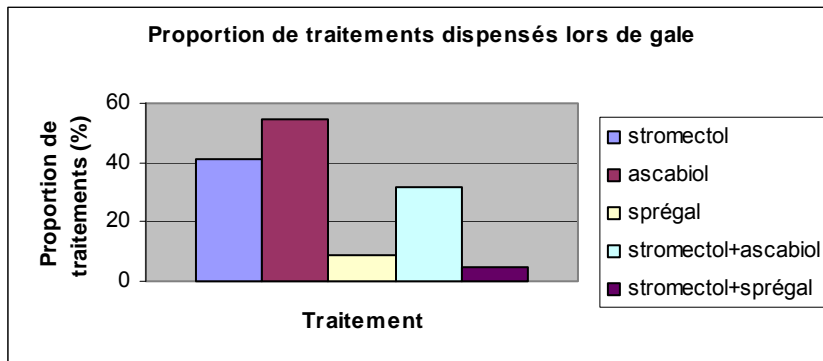


*La maison de retraite est considérée comme un service car elle fait partie intégrante de l'établissement dans certaines situations.

· Les cas index importés s'élèvent à 52% et proviennent pour la majorité du domicile du patient.

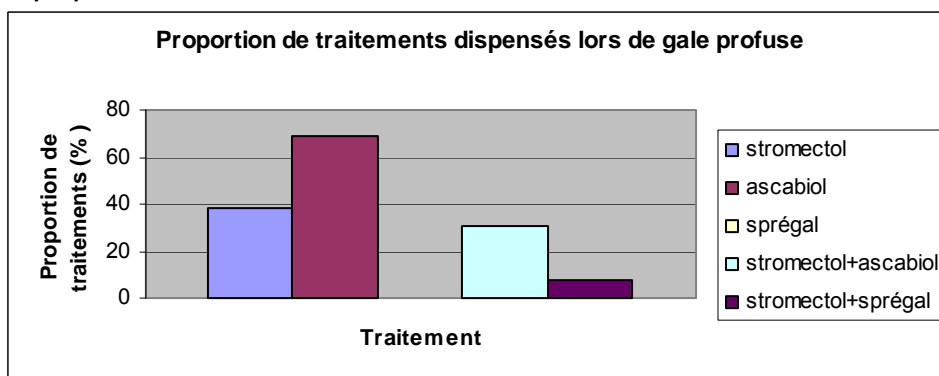
• Description du traitement des cas de gale, du linge et de l'environnement : graphique 6 à 8

Graphique N°6



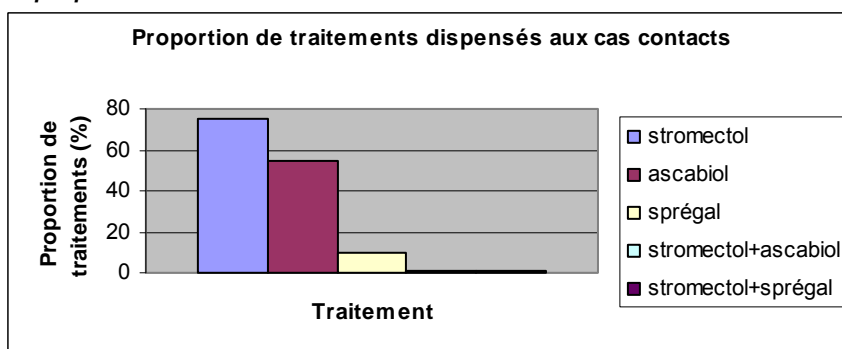
Remarque : à cette question les répondants pouvaient saisir plusieurs traitements.

Graphique N°7



Remarque : à cette question les répondants pouvaient saisir plusieurs traitements.

Graphique N°8



Remarque : à cette question les répondants pouvaient saisir plusieurs traitements.

· Dans 85% des cas, le traitement de l'environnement est réalisé. Et dans 96% des cas, le traitement du linge est effectué.

DISCUSSION

► Analyse des cas de gale

- La recrudescence de gale à l'échelon national n'est pas ressentie à l'échelon inter-régional Ouest car les cas de gale et le nombre de signalements de gale sont restés stables ces cinq dernières années.
- La moyenne du nombre de signalements par centre n'est que de 1,4 mais quasiment 56% des établissements ont déjà eu un épisode de gale et 49% ont eu un épisode de gale profuse. De plus, on dénombre 296 cas de gale et 1719 cas contacts en cinq ans. A la vue de ces chiffres la gale est donc un problème de santé publique. Ces chiffres élevés reflètent peut être une prise en charge thérapeutique inadaptée. Aujourd'hui les recommandations nationales ne sont pas très précises quant aux traitements dans la gale profuse ou commune (2).
- Cette enquête a montré que les cas de gale sont plus fréquents chez le personnel que chez les patients. Il est vrai que le personnel soignant est amené à avoir des contacts physiques rapprochés avec les résidents, mais aussi à manipuler le linge. Cependant les précautions standard bien appliquées ne devraient-elles pas stopper la contamination croisée de patient à soignant ? En effet un contact très étroit et répété avec des patients contaminés est un facteur de risque connu de la gale (10).

► Analyse du lieu des épidémies de gale

- Cette enquête tend à montrer que la région Bretagne et en particulier l'Ille -et-Vilaine est plus sujet au signalement de gale. Face à ce constat la DDASS d' Ille -et-Vilaine a beaucoup travaillé sur le thème de la gale, en rédigeant notamment un protocole en 2007(7).
- Les établissements publics en particulier les centres hospitaliers ont plus d'épisodes de gale proportionnellement aux nombres de structures dans l'inter-région. Il est difficile de savoir si la prise en charge de la maladie est mal réalisée ou si ce sont des établissements qui déclarent plus que les autres.
- Par ailleurs la majorité des services déclarants (Soins de Suite et Réadaptation, Médecine, Maison de Retraite, Soins de Longue Durée) hébergent essentiellement des personnes âgées. Les cas de gale chez les personnes âgées peuvent être facilement classés en prurit sénile (10), ces symptômes atypiques ou peu pathognomoniques rendent difficile le diagnostic. La prise de conscience d'un épisode épidémique peut prendre un certain temps. La charge de travail du personnel dans les collectivités peut également expliquer cette situation.
- Par ailleurs plus de la moitié des cas index sont importés et majoritairement du domicile du patient. Ce cas index est donc très souvent méconnu de son médecin référent. Pour éviter ce phénomène, il faut maîtriser la prise en charge thérapeutique mais aussi et surtout connaître les symptômes de la maladie pour pouvoir la diagnostiquer à temps.

► Analyse du traitement des cas, du linge et de l'environnement

* Rappel sur l'arsenal thérapeutique dans le traitement de la gale

L'arsenal thérapeutique actuel en France est limité. Il existe deux types de traitement :

- Le traitement per os est l'ivermectine (Stromectol®) qui s'administre en prise unique (une seconde prise à 8-15 jours d'intervalle peut être nécessaire dans le cas de gale profuse).

• Le traitement local est constitué par différentes molécules : benzoate de benzyle (Ascabiol®), pyréthrinoïdes de synthèse (Spregal® aérosol), lindane (Elenol® crème), crotamiton (Eurax®) (5). Ce dernier, dont l'efficacité est discutée, est recommandé chez le nourrisson et l'enfant dans les cas de gale commune (12). La perméthrine, crème à 5%, est considérée actuellement comme le produit le plus efficace et le moins toxique (9). C'est le produit de référence de l'OMS (6). Un essai clinique comparant l'efficacité de l'ivermectine à la perméthrine a permis de mettre en évidence une guérison de 98% avec la perméthrine contre 70% avec l'ivermectine (8). Mais cet insecticide n'est pas commercialisé en France sous forme de spécialité pharmaceutique.

* Le choix du traitement dépend de nombreux facteurs notamment :

- Le type de gale : gale commune ou gale profuse
- L'âge du malade et son état physiologique
- Le nombre de cas : cas isolé ou épidémique
- Le type d'établissement : en collectivité ou à domicile
- Les contraintes de l'établissement (environnementales et organisationnelles) : par exemple, il faut prévoir une heure de « temps agent » par patient pour l'application de l'Ascabiol® (2).

* Analyse

■ GALE COMMUNE

– Les établissements utilisent majoritairement de l'Ascabiol® (55%) et du Stromectol® (41%) dans le traitement de la gale commune. Ils respectent donc les recommandations du C-CLIN Sud Ouest et du CSHPF. Il n'y a pas de niveau de preuve suffisant pour recommander préférentiellement un traitement per os ou par voie locale (2,3). En effet la plupart des études comparatives ont montré une efficacité identique entre l'ivermectine et les traitements topiques scabicides (12). C'est au prescripteur de faire le choix thérapeutique en fonction des circonstances et du lieu d'évolution de la gale. Mais la facilité d'utilisation plaide en faveur du traitement par voie orale surtout lorsque le nombre de personnes à traiter est important (2,3).

– L'ivermectine présente peu d'effets secondaires et de contre-indications (femmes enceintes ou allaitantes, enfants de moins de 15 ans). C'est un traitement simple à mettre en place, remboursé par la sécurité sociale et agréé par les collectivités (10).

– A l'inverse, les traitements locaux (par exemple l'Ascabiol®) sont contraignants, notamment dans les collectivités, les situations de précarité, chez les patients handicapés, polymédicamentés. Les scabicides sont des produits irritants (surtout en cas d'applications fréquentes) et posent des problèmes de tolérance sur des peaux « eczémateuses » et irritées par les lésions de grattage secondaires aux démangeaisons.

■ GALE PROFUSE

– Lors de gale profuse le traitement délivré en majorité est l'Ascabiol® (69%) : seulement 39% dispense le Stromectol® et 31% associe le Stromectol® et l'Ascabiol®. Ici, les recommandations du C-CLIN Sud Ouest et du CSHPF ne sont pas suivies car ces derniers préconisent un traitement per os. Une dose d'ivermectine est préconisée en prise unique (200 microgrammes par kg), associée éventuellement à un traitement topique scabicide et ou d'une deuxième dose d'ivermectine dans les 8 à 15 jours pour obtenir la guérison (2,3).

– La multiplicité des modalités d’application de l’Ascabiol® et son utilisation difficile peuvent expliquer que le traitement soit mal réalisé (cf. tableau n°5). Pour les gales profuses, la prise en charge thérapeutique est donc à revoir pour ces établissements de l’inter-région Ouest : ils doivent privilégier le traitement par voie orale car celui-ci semble améliorer la prise en charge de la gale profuse, pour laquelle les échecs thérapeutiques sont décrits (11).

Tableau N°5 : modalités d’application de l’Ascabiol®

CSHPF 2003 (3)	Efficatt INRS 2004 (4)	C-CLIN Sud Est (13)	C-CLIN Sud Ouest (2)
Vidal : 2 applications à 15 minutes d’intervalle. Toilette 24h après.	Appliquer et laisser 12 à 24h et éventuellement renouveler à 2 jours d’intervalle.	Appliquer et laisser agir 12 à 24h.	A J1 : 2 badigeons et J8 nouvelle application.

■ CAS CONTACTS

A l’inverse, les établissements dispensent plus de Stromectol® (75%) que d’Ascabiol® (55%) dans le traitement des cas contacts. Les recommandations préconisées par le C-CLIN Sud Ouest et le CSHPF sont donc bien appliquées par les divers établissements. Le prescripteur a la possibilité de choisir le traitement par voie orale ou locale tout en préférant la voie orale pour les cas contacts nombreux.

■ TRAITEMENT DE L’ENVIRONNEMENT ET DU LINGE

– Qu’il s’agisse d’une gale commune ou profuse le traitement du linge doit être réalisé. Le linge doit être lavé à 60°C ou s’il ne supporte pas le lavage, il doit subir une désinfection à l’aide d’un scabicide de type Apar® pendant 3 heures (7,2). Le traitement du linge est réalisé pour 96% des épisodes. Deux conclusions sont possible : soit 4% ne suivent pas les recommandations soit ils lavent le linge à 60°C.

– La désinfection de l’environnement est à décider avec les autorités sanitaires (4). Elle consiste à utiliser un produit scabicide type Apar® à J1 du traitement, après nettoyage il s’agit de pulvériser l’intérieur des meubles de stockage de linge, les fauteuils et rideaux en tissu, la literie. Le traitement de l’environnement n’est pas indiqué dans le cas de gale commune mais il est recommandé dans les cas de gale profuse ou lorsque l’environnement du patient atteint est partagé avec d’autres (2,3). Le traitement de l’environnement est effectué dans 85% des cas de gale et il est systématiquement fait lors d’un épisode de gale profuse : les recommandations sont donc bien appliquées.

CONCLUSIONS :

- Malgré la recrudescence de gale ces dernières années en France, l'inter-région Ouest ne semble pas connaître la même tendance car les signalements de gale et le nombre de cas n'ont pas évolué ces cinq dernières années.
- En presque 6 années, les cas de gale ont concerné 21 établissements de santé de l'inter-région Ouest et 29 signalements ont été reçus au C-CLIN Ouest. Ce nombre de signalement paraît peu important cependant il concerne 296 cas de gale et 1719 cas contacts. Chaque signalement implique souvent une situation épidémique difficile à juguler, le C-CLIN Ouest reçoit régulièrement des appels concernant la prise en charge thérapeutique de cette maladie.
- Ces signalements impliquent majoritairement des établissements de santé publics notamment des centres hospitaliers et les services déclarants sont principalement les soins de suite et de réadaptation. Un retard au diagnostic et le manque de moyen peuvent expliquer la diffusion des cas dans ces établissements de santé.
- Dans ces établissements, le traitement délivré en première intention est l'Ascabiol® lors d'un cas de gale commune ou profuse et le Stromectol® lors de cas contacts. La prise en charge thérapeutique est adaptée à l'exception de la gale profuse pour laquelle il est recommandé de prescrire du Stromectol®. Le suivi des recommandations devraient permettre d'améliorer la prise en charge thérapeutique et réduire le nombre de cas secondaires.
- Dans les recommandations du C-CLIN Sud Ouest, il est noté que le responsable du signalement de chaque établissement rédige rapidement le bilan de l'épidémie. Il évalue le nombre de cas certains, probables et contacts afin d'en faire une description dans le temps et l'espace (2). Ce bilan réalisé durant l'épisode de gale permet ainsi d'obtenir des informations complètes sur cette épidémie. Ces bilans permettent à l'établissement de s'autoévaluer et de mettre en place des mesures correctives : par exemple, organiser une réunion de service dans l'établissement afin d'informer le personnel soignant sur les symptômes de la gale et son diagnostic.
- Une épidémie de gale reste un évènement difficile à gérer dans les établissements de santé (moyens importants en personnel, anxiété...). La décision d'organiser une cellule de crise au début de l'épidémie avec l'ensemble des personnels concernés (personnel médical et paramédical, président de CLIN, équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, direction, médecin du travail) permet de coordonner les actions.
- Une meilleure connaissance de l'épisode de gale facilite le choix thérapeutique du prescripteur, qui prend en compte le lieu d'évolution de la gale et des circonstances (cas isolé ou épidémique, formes cliniques, domicile ou établissement de santé, état général du patient) mais également les précautions d'emploi de ces traitements.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.**La gale dans les collectivités : une infection en recrudescence. Comité RAISIN, 26 juin 2008. INVS.
- 2.**C-CLIN SUD OUEST : recommandations concernant la gestion de la gale dans les établissements de soins et médico-sociaux.
- 3.**Avis du Conseil de Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPPF) relatif à la conduite à tenir en cas de gale du 27 juin 2003.
- 4.**Guide EFICATT (INRS). Sarcopte scabiei agent de la gale 2004.
- 5.**Vidal® électronique 2008 (Stromectol® Ascabiol® Sprégal® Elénol® Eurax®) lu le 11/09/2008.
- 6.**Dupeyron C. La gale diagnostic, traitement, et prévention de la transmission. Développement et Santé n°160, août 2002.
- 7.**PROTOCOLE GALE. DDASS 35 / Inspection de la Santé : Prise en charge de la gale/V.15/01/2007.
- 8.**Ivermectine, nouvelle indication : contre la gale, un traitement oral, efficace et d'emploi facile. *Revue Prescrire* JUIN 2002; / 22(229):405-9.
- 9.**Interventions for treating scabies (review). *The Cochrane library* 2008, Issue.
- 10.**Castor C., Perret F., Huc B. et al. Investigation et prise en charge d'une épidémie de gale dans une maison de retraite. Pyrénées-Atlantiques, France, novembre 2005-janvier 2006. BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire :18 / 29 avril 2008 : 152-155.
- 11.**Stromectol® 3mg, comprimé. Avis de la commission de transparence du 5 février 2003. AFSSAPS.
- 12.**Ulrich R Hengge, Bart J Currie, Gerold Jäger and al. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. *Lancet infection disease* 2006; 6: 769-79.
- 13.**Circulaire DHOS\E2 – DGS\SD5C N° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé.