PROTOCOLE DE SENSIBILISATION POUR LES ACTEURS BAS SEUILS EN MATIERE DE PRISE EN CHARGES DE LA GALE

RÉALISÉ PAR COVER OCTOBRE 2022

TABLE DES MATIÈRES

I. LISTE DES ABREVIATIONS 2
II. INTRODUCTION 3
I.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION 3
I.2. BUT 4
I.3. OBJECTIFS 4
I.4. PROGRAMME DE LA FORMATION 4
III. ÉPIDÉMIOLOGIE 5
II.1. AGENT PATHOGÈNE 5
II.2. TRANSMISSION 6
II.3. RÉSERVOIR 6
II.4. RÉSISTANCE PHYSICO-CHIMIQUE 6
II.5. RÉPARTITION PAR ÂGE ET PAR SEXE 6
II.6. RÉPARTITION GEOGRAPHIQUE 6
II.7. FACTEURS DE RISQUES DE TRANSMISSION 6
IV. PRÉSENTATION CLINIQUE 7
III.1. INCUBATION ET CONTAGIOSITÉ 7
III.2. SYMPTÔMES 7
III.2.1. La gale commune ou classique 7
III.2.2. La gale profuse et hyperkératosique (croûteuse ou norvégienne) 8
III.2.3. La gale des gens propres 9
III.3. COMPLICATIONS 9
V. DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE 10
V.1. DIAGNOSTIC 10
V.1.1. DIAGNOSTICS DIFFERÉNTIELS 10
V.1.2 DÉFINITION DE CAS 10
V.2. PRISE EN CHARGE 11
V.2.1. MESURES THÉRAPEUTIQUES 11
a) Traitement du patient 11
b) Traitement de l'entourage du patient 13
c) Traitement de l'environnement 13
V.2.2. MESURES PRÉVENTIVES CONTRE LA CONTAGION 14
a) Mesures d'hygiène 14
b) Isolement 14
VI. SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE 15
VII. CONCLUSION 16

VIII. BIBLIOGRAPHIE 17

I. LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVIQ : Agence wallonne pour une Vie de Qualité

ECDC : Centre européen de contrôle des maladies

COVER : Coordination, veille sanitaire et réduction

EPI : Equipement de protection individuelle

ISP : Institut de Santé Publique

OMS : Organisation mondiale de la santé

II. INTRODUCTION

I.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La gale est une maladie causée par la pénétration dans la peau d'un parasite (acarien) de type sarcopte. C'est l'une des affections de la peau les plus fréquentes, surtout dans les pays en développement, notamment les régions tropicales aux ressources limitées, sans oublier les pays développés. De ce fait, elle constitue un problème de santé publique. Au niveau mondial, environ 300 millions de personnes sont touchées à tout moment, bien que ce chiffre soit probablement sous-évalué. Sa prévalence est incertaine suite au manque de données dans certaines régions du monde. (1) (2)

La gale est une pathologie relativement bénigne chez l'homme, mais dont la contagiosité est rapide dans les collectivités. Elle touche toutes les classes sociales, tout âge et ne dépend pas seulement des conditions d'hygiène. Elle peut évoluer vers des formes plus sévères chez les immunodéprimés, les personnes âgées et prendre des allures épidémiques dans les écoles, maisons de repos ou d'accueil. (3) (4)

Aucune région de l'hémisphère n'est pas épargnée, et les contaminations ainsi que leurs complications y pèsent économiquement sur les systèmes de santé. Il en est de même pour l'hémisphère nord où les épidémies dans les établissements de santé et les structures d'accueil mettent à l'épreuve les services de santé ainsi que les services sociaux. Les attitudes sociales, la migration, l'accès aux services de santé, les conditions de logement, les conditions d'hygiène et le surpeuplement influencent la transmission dans les communautés pauvres en ressources. (1) (2) (5)

L'impact psychosocial comprend notamment la déscolarisation et la décompensation psychiatrique (isolement social, stigmatisation, etc.). C'est le cas aussi dans les pays du nord, bien que les cas soient plus sporadiques et surviennent surtout dans les communautés vulnérables et défavorisées où coexistent promiscuité et précarité, et où l'accès au traitement est limité. (1) (2) (6)

En Belgique, il existe peu de données officielles en rapport avec le nombre de cas de gale du fait qu'elle n'est pas une maladie à déclaration obligatoire dans toute l'étendue du territoire. Elle doit être déclarée uniquement en Flandre en cas d'infection collective, et cela, depuis 2017. Leur nombre en 2017 était de 117. L'agence flamande pour les soins et la santé a constaté également une tendance à la hausse dans le courant de cette année, malgré le probable sous-rapportage lié à la pandémie de COVID-19. (7) (8)

C'est dans cette perspective que l'équipe COVER (coordination, veille sanitaire et réduction des risques) spécialisée dans la prise en charge des assuétudes, communautés vulnérables et défavorisées, a reçu des autorités publiques la mission d'intervention au travers de l'organisation de formations/informations ainsi que des directives à suivre pour renforcer les capacités des acteurs en matière de prise en charge de la gale dans le secteur sans abrisme. Plusieurs structures d'accueil bruxelloises sont confrontées actuellement à la problématique

de la gale, notamment le Petit Château (Fedasil), la Fontaine (Association Ordre de Malte), Poincaré (Samusocial), DoucheFlux, etc.

I.2. BUT

Contribuer au renforcement de capacités des acteurs (secteur sans abrisme) par rapport à la prise en charge de la gale au travers des informations/formations ou directives nécessaires à cette fin.

I.3. OBJECTIFS

Objectif général

Fournir des informations sur la gale afin d'accroître les connaissances et les compétences des acteurs sur la prise en charge de cette maladie dans le secteur du sans abrisme.

Objectifs spécifiques

- Comprendre l'épidémiologie de la gale ;
- Décrire les aspects cliniques ;
- Expliquer les méthodes de diagnostic ;
- Expliquer comment traiter, prévenir la contagiosité et assurer une surveillance épidémiologique de la gale.

I.4. PROGRAMME DE LA FORMATION

Des sessions d'une longueur maximale de trois ou quatre heures entrecoupées d'une pause activités seront programmées.

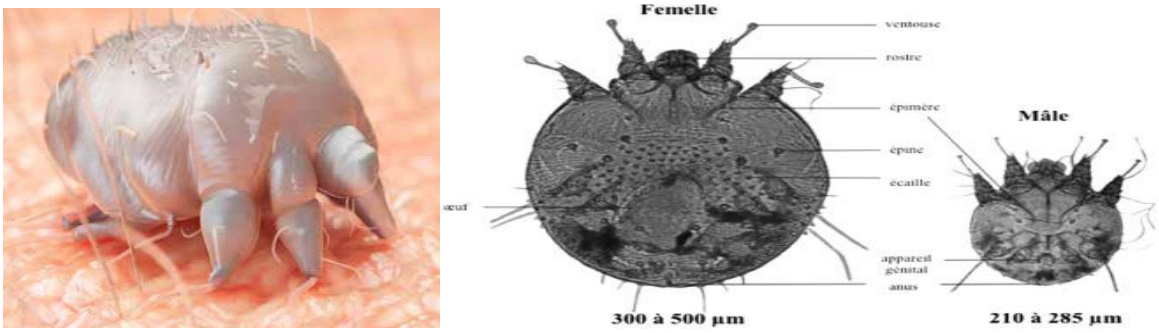
La formation se déroulera en 4 modules :

- Épidémiologie
- Présentation clinique
- Diagnostic et prise en charge
- Surveillance épidémiologique

III. ÉPIDÉMIOLOGIE

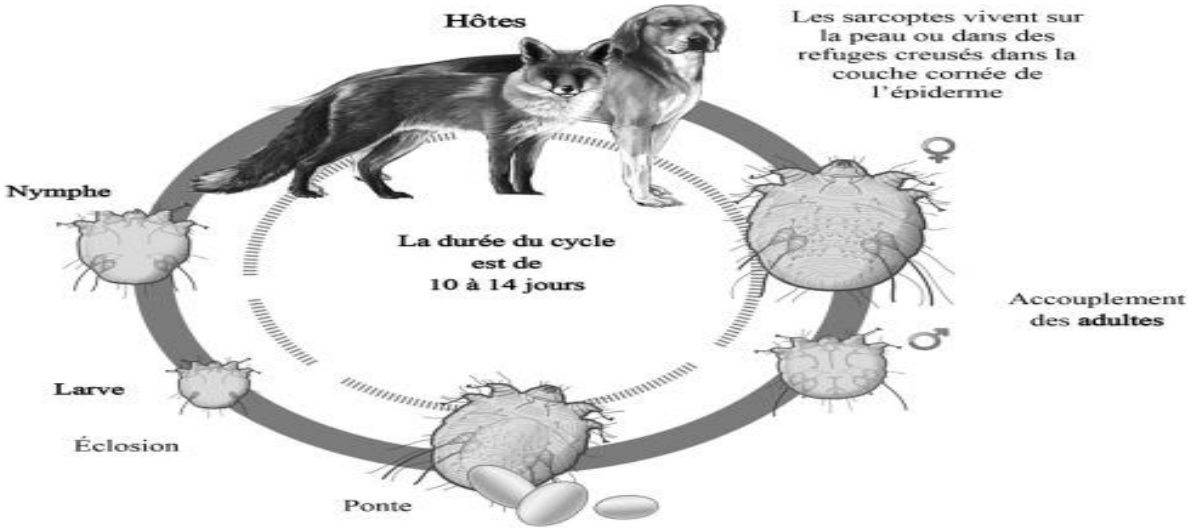
II.1. AGENT PATHOGÈNE

La gale est causée par un parasite appartenant à l'ordre des acariens, sarcoptes scabiei, qui pénètre dans la peau où il fore une galerie épidermique. La femelle est plus grande que le mâle. (9)



Morphologie de l'acarien *Sarcoptes scabiei.* Aspect en microscopie optique (Source : 1. Guillot et Jacques. Sarcoptes scabiei: what kind of parasite is it? How is it transmitted and what could be its origin? 2. Journal de pharmacie de Belgique. Mars 2019)

Le cycle de développement du sarcopte commence par la fécondation de la femelle adulte à la surface de la peau. Une fois la fonction de reproduction accomplie, le mâle meurt et la femelle fécondée pénètre à travers des galeries qu'elle creuse dans les couches superficielles de l'épiderme où elle y séjourne deux à trois mois, pondant trois à cinq œufs quotidiennement. Trois à cinq jours après, ces œufs éclosent et donnent naissance à des larves qui migrent vers la surface de la peau où elles vont se transformer en nymphes. Les nymphes se transformeront à leur tour en adultes pour lesquels un nouveau cycle débutera. Un adulte peut vivre sur une personne jusqu'à un mois environ. On peut dénombrer dix à quinze adultes femelles en moyenne dans la peau d'un patient atteint de gale, bien que ce nombre puisse augmenter et atteindre plusieurs dizaines de milliers en cas de gale profuse (ou hyperkératosique). (2) (4)



Cycle évolutif de l'acarien Sarcoptes scabiei (Source : Guillot et Jacques. Sarcoptes scabiei: what kind of parasite is it? How is it transmitted and what could be its origin?)

II.2. TRANSMISSION

Elle se fait surtout par contact cutané direct étroit et dans une moindre mesure (indirectement) par l'intermédiaire de l'environnement (linge, literie, mobilier), surtout en collectivité et dans les formes profuses ou hyperkératosiques. Elle est aussi possible dans le cadre de relations sexuelles, ce qui fait classer la gale dans les infections sexuellement transmissibles. Le seuil de contamination est un contact étroit d'environ quinze à vingt minutes. (4) (10) (11)

II.3. RÉSERVOIR

L'homme est l'hôte principal de sarcoptes scabiei hominis ; le chien peut l'héberger aussi. (12)

II.4. RÉSISTANCE PHYSICO-CHIMIQUE

Les femelles adultes ont un temps de survie moyen hors de l'hôte d'un à deux jours à température ambiante. Les nymphes ou larves dans les mêmes conditions sont plus résistantes, deux à cinq jours. Les œufs ont une meilleure résistance dans les mêmes conditions, 10 jours. Ils sont tous détruits en quelques minutes à une température supérieure ou égale à 60 °C, mais aussi par des produits acaricides après contact de 12 h à 24 h selon les produits (perméthrine, benzoates de benzyle, crotamiton, esdépalléthrine, ivermectine). (4)

II.5. RÉPARTITION PAR ÂGE ET PAR SEXE

Il n'y a pas d'âge spécifique. La répartition par sexe est ubiquitaire. (13)

II.6. RÉPARTITION GEOGRAPHIQUE

Avec une incidence d'environ 300 millions de cas dans le monde chaque année, la gale est présente dans le monde entier, sous tous les climats et dans toutes les classes socio-économiques. Les épidémies surviennent souvent dans les collectivités. (13)

II.7. FACTEURS DE RISQUES DE TRANSMISSION

Les principaux facteurs de risques sont : les contacts physiques rapprochés, la vie en collectivité et en famille où cohabitent un grand nombre de personnes dans un espace restreint, la précarité sociale, mais aussi les activités de soins (toilettes, soins infirmiers, massages, …). (14)

IV. PRÉSENTATION CLINIQUE

III.1. INCUBATION ET CONTAGIOSITÉ

L'incubation est de deux à six semaines chez les personnes infectées pour la première fois par la gale en fonction de l'inoculum. En cas de ré-infestation, elle est de quelques jours (1 à 5 jours) en raison d'une sensibilisation rapide. (2)

Le risque de transmission, bien que faible, existe dès la phase d'incubation. Il est important de distinguer plusieurs formes de gale en fonction de signes cliniques plus ou moins spécifique, afin de pouvoir adapter les modalités de la prise en charge, notamment la gale commune, des formes profuses et des formes hyperkératosiques, beaucoup plus contagieuse. Le risque de propagation est directement proportionnel à la quantité de parasites présents. (14) (15)

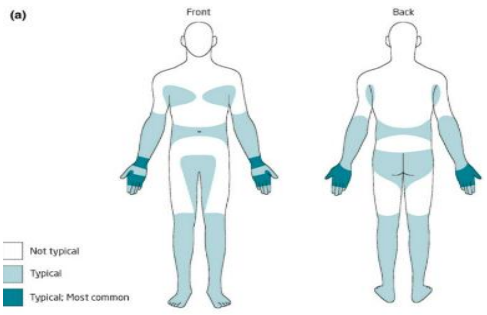
III.2. SYMPTÔMES

Plusieurs types de gale sont distingués sur des bases cliniques :

III.2.1. La gale commune ou classique

C'est la forme la plus courante, associée à une charge de sarcoptes relativement faible sur le corps (10 à 15 sarcoptes). Elle est caractérisée par la présence des signes suivants : des éruptions papuleuses (principalement) ; des démangeaisons intenses quasi-permanent (signe initial), à recrudescence vespérale et nocturne ou lors d'un bain chaud ; des excoriations ; des nodules scabieux ; des vésicules perlées et des sillons scabieux (signe pathognomonique) creusés dans la couche cornée par le sarcopte ; une distribution typique et des antécédents de contact avec des patients atteints de gale. Des lésions non spécifiques sont aussi observées : lésions de grattage en stries, eczématisation, excoriation, prurigo ou impétigo, lésions urticariennes. (14) (15) (16) (17)

La localisation topographique évocatrice chez l'adulte inclut les mains (espaces interdigitaux dorsaux), le pli cutané de la face antérieure des poignets, des coudes ou des genoux, les aréoles mammaires chez la femme, les fesses, la région inguinale, les aisselles, le fourreau de la verge, l'ombilic, la face interne des cuisses. Le cou, le cuir chevelu, le visage et le dos sont habituellement épargnés. (14) (16) (17) (18)



Source : Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, Osti M, Micali G, Norton S, et al. 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. Br J Dermatol. 2020;Feb 8 [ePub avant impression]. doi:10.1111/bjd.18943. Sunderkötter C, Wohlrab J, Hamm H. Scabies: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. Dtsch Arztebl Int. 2021 Oct 15;118(41):695-704. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0296. PMID: 34615594; PMCID: PMC8743988. Piérard-Franchi et al. La vignette de l'étudiant.

Chez le nourrisson, la clinique est caractérisée par la présence de vésicules ou de pustules palmoplantaires et de lésions papulo-pustuleuses ou nodulaires dans la région axillaire. Les lésions secondaires (prurigo, impétigo, eczéma, ou éruption érythémato-squameuse) sont souvent au premier plan et peuvent atteindre le visage, contrairement à l'adulte. L'enfant est aussi agité, irritable et s'alimente moins (14) (16) (17).

Source : Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, Osti M, Micali G, Norton S, et al. 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. Br J Dermatol. 2020;Feb 8 [ePub avant impression]. doi:10.1111/bjd.18943. Engelman D, Steer AC. Control Strategies for Scabies. Trop Med Infect Dis. 2018 Sep 5;3(3):98. doi: 10.3390/tropicalmed3030098. PMID: 30274494; PMCID: PMC6160909. Journal de pharmacie de Belgique, mars 2019.

III.2.2. La gale profuse et hyperkératosique (croûteuse ou norvégienne)

Formes graves, associées à une charge de sarcopte plus élevée (des millions parfois) sur le corps, extrêmement contagieuses, notamment en institution (ou collectivité) où elle est susceptible de provoquer des épidémies. (17) (19)

La gale profuse est dans la plupart des cas la conséquence d'un diagnostic tardif ou d'un traitement itératif d'une gale commune par des corticoïdes locaux (traitement inadapté). Elle atteint fréquemment le dos. (19)

La gale crouteuse s'observe essentiellement chez les patients souffrant de troubles immunitaires (par ex. le SIDA), d'une résistance réduite (corticothérapie), d'un retard mental, d'un état de conscience diminué, et aussi chez les personnes âgées, généralement grabataires et vivantes en collectivités. (17) (19)

La gale profuse se caractérise par une érythrodermie généralisée, très prurigineuse, sans sillon, papuleuse et vésiculeuse, et peut conduire à une hyperkératose qui peut s'étendre sur

toute la surface corporelle, dont le cuir chevelu et le visage. Parfois de milliers de sillons sont présents sur tout le corps sans réaction inflammatoire ni hyperkératosique. (17) (19)

L'hyperkératose prend souvent un aspect farineux touchant les régions palmoplantaires, unguéales, les coudes, les aréoles mammaires et le dos, associée à un prurit d'intensité variable, voire absent. Des lésions érythémateuses et squamo-croûteuses peuvent aussi être localisées au niveau de la face, des doigts, des ongles, du cou et du cuir chevelu. (14) (16) (17) (19)

Gale hyperkératosique ou crouteuse Gale Profuse

Source : Vasanwala FF, Ong CY, Aw CWD, How CH. Management of scabies. Singapore Med J. 2019 Jun;60(6):281-285. doi: 10.11622/smedj.2019058. PMID: 31243462; PMCID: PMC6595060. Journal de pharmacie de Belgique, mars 2019.

III.2.3. La gale des gens propres

Ce terme très connoté désigne une forme de gale « invisible » caractérisée par la seule présence d'un prurit sans lésion cutanée. La notion de contage et de prurit familial ou chez les proches permet d'évoquer le diagnostic. Cette forme clinique est fréquente et difficile à diagnostiquer suite à une bonne hygiène cutanée rendant difficile le repérage des sillons et des parasites. (16)

III.3. COMPLICATIONS

Nous pouvons citer les infections cutanées, suite aux nombreuses lésions de grattage dues au prurit intense, constituant ainsi une porte d'entrée pour les microorganismes pathogènes, notamment staphylococcus, streptococcus, Corynebacterium, etc. Elles peuvent être superficielles (furoncles, cellulite, etc.) ou parfois plus profondes (lymphangite, etc.) avec un risque de septicémie. Ces infections, colonisées par des staphylocoques et des streptocoques peuvent être à la base de la glomérulonéphrite aiguë, de l'eczématisation, de lichénification, etc. (16) (20)

V. DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE

Un traitement administré à tout hasard peut créer des problèmes. L'objectif est donc d'établir un diagnostic précis. La pratique d'un traitement d'épreuve à visée diagnostique devant un prurit non identifié n'est pas justifiée. Il n'y a pas de guérison spontanée de la maladie. L'objectif du traitement est de permettre l'éradication du parasite et de prévenir la contagion.

V.1. DIAGNOSTIC

Il est principalement clinique sur base de lésions évocatrices et d'une notion de contage. Le diagnostic biologique reposant sur l'examen parasitologique (microscopique) direct est aussi possible pour confirmer le diagnostic clinique. Les prélèvements s'effectuent par le biologiste au laboratoire sur les sillons et vésicules susceptibles de contenir des parasites, par grattage d'un sillon cutané à l'aide d'un vaccinostyle, de manière à extraire un sarcopte (adulte, larve ou œuf). La qualité du prélèvement est très importante pour ne pas éliminer le diagnostic de la gale par un examen parasitologique négatif. Le contrôle est réalisé au moins une semaine après le traitement si besoin pour confirmer la guérison. (3) (4) (14) (16)

Vaccinostyle (gauche) et prélèvement (droite)

V.1.1. DIAGNOSTICS DIFFERÉNTIELS

La gale est une des causes de prurit chronique, et celles-ci doivent donc être envisagées avant de s'arrêter au diagnostic de gale. Citons comme diagnostics différentiels : dermatoses prurigineuses, dermatite atopique, dermatite de contact, impétigo, folliculite, urticaire papuleux, pédiculose, etc. (2) (16)

V.1.2 DÉFINITION DE CAS

On parlera d'épidémie, lorsque au sein d'une communauté, deux cas de gale commune ou un cas de gale hyperkératosique ou profuse est constaté (4). On distingue deux types de cas :

- **Cas probable** : tout sujet présentant une symptomatologie clinique avec une des formes de gale, qui a été en contact avec un cas confirmé, mais dont la présence du parasite n'a pas été démontrée.
- **Cas confirmé** : tout sujet présentant une symptomatologie clinique avec une des formes de gale, et dont le diagnostic est confirmé par le laboratoire (critère : AVIQ[1], l'ISP et

[1] Recommandations en matière de prise en charge de la gale. AVIQ https://www.wiv-isp.be/matra/fiches/gale.pdf

l'ECDC[2]). Dans notre contexte (accès de tous les publics vulnérables à des soins de qualité), il est permis d'étendre ce critère très strict à celui d'une confirmation clinique par non seulement un médecin, mais aussi par tout travailleur de santé formé. (14)

V.2. PRISE EN CHARGE

Elle consiste à traiter le patient, son entourage et son environnement avec comme objectif : l'éradication du parasite et la prévention de la contagion. Notons qu'il n'existe pas de guérison spontanée.

V.2.1. MESURES THÉRAPEUTIQUES

a) Traitement du patient

Il peut se faire par voie locale (cutané) ou par orale (voie générale).

- **Traitement par voie locale**

Il consiste à l'application d'une crème ou pommade acaricide. Le traitement de choix est la perméthrine à 5 % (Zalvor®), moins toxique et plus efficace, selon l'OMS (1) (21). Le Zalvor® est actif sur tous les stades du cycle de développement du parasite, les œufs (pas toujours à 100 %), les larves et les sarcoptes adultes, avec un délai d'action immédiate. (4) (14) (15) (22)

Il existe aussi d'autres crèmes acaricides : le malathion 0,5 % en solution aqueuse, le benzoate de benzyle 10-25 %, le soufre 5-10 %, le lindane et le crotamiton (1) (21). Certaines structures d'accueil à Bruxelles (P.ex. la Fontaine, DoucheFlux) utilisent une solution appelée solution magistrale (le principe actif primordial dans la préparation est le benzoate de benzyle).

Modalités d'application : se couper les ongles à ras, prendre une douche, se sécher puis laisser refroidir la peau. Chez l'enfant de plus de deux ans ou chez l'adulte, s'enduire le corps entier, par massage doux, d'un tube de Zalvor®, sauf le visage et le cuir chevelu, ensuite laisser agir 8 à 12 heures. Les espaces interdigitaux, les plis, l'ombilic, la peau sous les ongles et les parties génitales, doivent être bien enduits. Des vêtements propres doivent être portés après l'application de la crème. 8 à 12 heures après l'action, prendre une douche. Une seule application suffit pour traiter la gale chez 90 % des patients. (2) (4) (14) (22)

Chez le nourrisson (2 mois à 2 ans), le Zalvor® est appliqué sur tout le corps, y compris le visage et le cuir chevelu, en évitant la zone péribuccale et péri-oculaire. Laisser agir pendant 6 à 8 heures puis prendre une douche et mettre des vêtements propres. (2) (4) (14) (22)

Posologie du Zalvor®

Age	Dose
>12 ans	1 tube
6 à 12 ans	½ tube

[2] Recommandations en matière de prise en charge de la gale. ECDC https://www.cdc.gov/parasites/scabies/index.html

1 à 5 ans	¼ tube
2 mois à 1 an	1/8 tube

Afin de détruire les éventuels œufs présents lors du premier traitement, le Zalvor®, n'étant pas à 100 % ovicide, doit être répétée une semaine plus tard. (15)

- **Traitement par voie générale (per os)**

Le seul traitement existant actuellement par voie générale est l'Ivermectine, qui se présente sous la forme des comprimés non-sécables. Son usage est avantageux en cas de traitement de nombre élevé de personnes et chez les patients difficiles à mobiliser. Sa concentration maximale au niveau de la peau serait atteinte environ huit heures après son administration et déclinerait 24 heures après la prise. Prendre l'ivermectine à distance des repas (jeune de deux heures avant et après l'administration) est préférable (influence de l'alimentation mal connue et absorption significativement augmentée après un repas riche en graisse). L'ivermectine est active sur les sarcoptes adultes, mais son activité sur les larves est mal établie. Elle n'est pas ovicide (4) (14) (23).

La posologie est de 200 µg/kg de poids corporel en une seule prise avec un grand verre d'eau. Elle est contre-indiquée chez l'enfant de moins de 15 Kg, la femme enceinte et la femme allaitante. (14) (24)

L'ivermectine n'est pas disponible en Belgique, mais le pharmacien peut, en cas de nécessité, la commander en dehors du pays (France, p. ex.). Il est préféré à la crème en cas d'atteinte de groupes de patients (collectivité, p. ex.) ou si l'application de la crème sur tout le corps pose un problème. Un traitement unique est suffisant pour la plupart des patients, surtout s'ils souffrent de la gale commune. (14) (24)

Posologie de l'ivermectine en fonction du poids (source Vidal)

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

Dans les cas des gales profuses et hyperkératosiques, une prise supplémentaire à J_8 ou J_{15} de l'ivermectine, associée ou non à un traitement local, est parfois recommandée pour éliminer la génération suivante de sarcoptes et accélérer ainsi la guérison. Cette recommandation est liée à son efficacité mal établie sur les larves ainsi que son inefficacité sur les œufs. (14)

La répétition du traitement peut aussi tenir compte de l'étendue de la maladie, du nombre de contacts touchés et du système immunitaire. (24)

Le prurit perdure parfois plusieurs semaines après le traitement. Des antihistaminiques et des corticoïdes à faible dose peuvent soulager. (14) (21)

Le traitement de première intention est local, mais dans notre contexte (accès de tous les publics vulnérables à des soins de qualité), plusieurs situations peuvent nécessiter un traitement par voie générale : un contexte épidémique, de mauvaises conditions d'hygiène, les difficultés a appliqué simultanément les mesures recommandées à un grand groupe contaminé, les cas résistants au traitement local, plusieurs cas de gale profuse ou hyperkératosique, l'absence d'irritation, sa posologie pratique, la réduction de l'incidence des maladies streptococciques et lésions rénales possibles chez les enfants, etc. (15)

b) Traitement de l'entourage du patient

Il est essentiel pour les personnes ayant présenté des contacts cutanés direct à haut risque avec un malade et pour tous les membres de la famille. Compte tenu de la période d'incubation longue de la gale (2 à 6 semaines). Le traitement de l'entourage se fait en même temps que le traitement du malade, même en l'absence de signes cliniques. (4) (14)

c) Traitement de l'environnement

Il est très gourmand en ressources et se fait en deux étapes : le traitement du linge d'une part et la désinfection par un acaricide de l'environnement général (literie, mobilier absorbant…) d'autre part. (25)

- **Traitement du linge**

Il est indissociable du traitement individuel et conditionne le succès thérapeutique.

En effet, la désinfection du linge permet d'éviter une recontamination par divers supports, en particulier les textiles, responsable de nombreux échecs thérapeutiques. D'où il est important, en même temps que le traitement médical, de désinfecter les vêtements et le linge de lit des personnes vivant sous le même toit. (14) (22).

Le linge doit être manipulé avec des gants et ne doit jamais être posé par terre. Un simple lavage du linge en machine à 60 °C, suivi de cycles de séchage à chaud, permet de décontaminer efficacement le linge (le parasite étant détruit à une température de 55 °C). Le linge ne pouvant pas être lavé en machine à 60 °C, il faut : (i) soit le stocker dans un sac plastique avec un produit acaricide pendant trois heures au moins ; (ii) ou bien l'isoler dans un récipient en plastique bien fermé durant une semaine (délai de survie du parasite en l'absence de nutriment). (2) (14) (22)

- **Désinfection de l'environnement**

La désinfection de l'environnement n'est pas indiquée en cas de gale commune où un nettoyage quotidien des locaux, avec les techniques habituelles, est suffisant, en insistant sur les lieux de vie communs. Elle est au contraire indiquée en cas de gale profuse ou hyperkératosique où une vaporisation de produits acaricides, suivie d'un nettoyage complet à l'intérieur des meubles de stockage du linge, des fauteuils et des rideaux en tissu, des interstices des fauteuils en plastique, de la literie et de la toile du sommier, est suffisante. Il serait mieux de désinfecter l'environnement lorsque les individus sont protégés par un

traitement actif (huit heures après la prise d'ivermectine au moins). Il est préférable de prévoir cette désinfection le matin du fait que par exemple la literie traitée ne doit pas être utilisée dans les 12 heures suivant la pulvérisation du produit. (14) (23).

Lors de la prise en charge de la gale, le personnel de soins doit porter des vêtements de protection (EPI) pour éviter le contact de peau à peau ou avec des vêtements du patient. Une fois utiliser et jeter, ces EPI doivent être correctement manipulés. (2)

V.2.2. MESURES PRÉVENTIVES CONTRE LA CONTAGION

Les efforts pour éliminer et prévenir la gale sont très importants parce qu'elle affecte largement la qualité de vie du patient. Une des meilleures façons de le faire consiste à accroître chez les acteurs du secteur sans abrisme et chez les bénéficiaires, la sensibilisation et les connaissances en rapport avec la maladie et les mesures préventives. L'intervention des acteurs et des bénéficiaires pourrait être bénéfique pour la détection précoce des cas. (21)

Les mesures préventives consistent à mettre en place des mesures d'hygiène et d'isolement.

a) Mesures d'hygiène

Elles sont très importantes pour limiter, éviter et prévenir la contagiosité :

- Éviter les contacts cutanés directs prolongés ou indirects ;
- Éviter les échanges de vêtements ;
- Hygiène cutanée ;
- Hygiène des mains rigoureuse (eau + savon), surtout pour le personnel soignant ;
- Oncles coupés courts ;
- Lavage soigneux des vêtements et des textiles du malade à 60 °C ;
- Nettoyage soigneux et régulière de l'environnement du patient ;
- Aspiration soigneuse et régulière de l'environnement du patient ;
- Vaporisation de produits acaricides si possible dans l'environnement du patient (locaux, meubles, literie, fauteuil, rideaux, etc.).

b) Isolement

Il est important pour prévenir les contacts cutanés directs ou indirects entre le patient et les personnes saines. L'isolement va dépendre du type de gale.

- En cas de gale commune dans les institutions d'accueil ou de soins, ou dans les conditions communautaires (occupation/squat, etc.) qui nous concernent le plus souvent :
  - Regrouper (isoler) les patients atteints lors de l'épidémie ou placés en chambre seule s'il s'agit d'un cas isolé ; cette recommandation implique évidemment la disposition de chambres ou d'un centre d'isolement ;
  - Éviction de l'enfant en contexte scolaire ;
  - La durée de l'isolement après l'instauration du traitement sera de 48 heures ;
  - La sortie doit s'appuyer sur un examen clinique des lésions (4) (14) (23).

- En cas de gale hyperkératosique ou profuse :

- Regrouper (isoler) les patients atteints lors de l'épidémie ou placés en chambre seule s'il s'agit d'un cas isolé ;
- Éviction scolaire de l'enfant ;
- La période d'isolement court jusqu'à la guérison attestée par un dermatologue, une recommandation officielle d'application difficile dans notre contexte. (4) (14) (23).

VI. SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

La surveillance est très importante pour être rassurée sur l'éradication définitive de l'épidémie. Le délai de sécurité est fixé à 6 semaines, ce qui veut dire que plus aucun nouveau cas ne doit pas apparaître dans les 6 semaines qui suivent le traitement. Elle consiste à surveiller régulièrement et à signaler toute survenue de signes cliniques évocateurs d'une gale. (14)

Face à une épidémie de gale, la surveillance épidémique devra s'organiser en sept étapes dont certaines peuvent se faire simultanément :

1. Signaler en interne et à l'autorité sanitaire dès l'apparition d'un cas de gale. On parlera d'épidémie si à moins de six semaines d'intervalle, au moins deux cas de gale ont pu être diagnostiqués au sein d'une même collectivité.
2. Mettre en place une cellule d'appui au sein de la structure (organisation, centre ou communauté d'hébergement, squat ou autres) pour mieux gérer ce problème sanitaire. Cette cellule de suivi, sous l'autorité du responsable de la structure, sera constituée des compétences nécessaires en termes décision, de soins et de logistique. Elle aura comme tache : (i) effectuer un bilan de l'épidémie ; (ii) faire le lien avec les autorités compétentes ; (iii) organiser l'information des cas, de leur entourage, du personnel et des intervenant extérieurs ; (iv) définir les responsabilités de chacun ; (v) organiser et mettre en place les différentes mesures thérapeutiques et d'accompagnement ; (vi) et évaluer l'efficacité de la stratégie thérapeutique.
3. Effectuer un bilan rapide de l'épidémie à travers l'identification et le nombre des cas (probable et confirmé) ainsi que des contacts. Cela permettra d'évaluer l'ampleur de l'épidémie, de son extension, de moyen et de coût ; d'étayer le diagnostic ; de circonscrire l'épidémie pour minimiser si possible les mesures à mettre en place et d'adapter la stratégie thérapeutique.
4. Mettre en place des mesures préventives pour briser la chaîne de transmission et atténuer le risque de flambée épidémique.
5. Réaliser une information (malade, entourage et personnel) ciblée sur les mesures préventives et thérapeutique à mettre en place (et à respecter) pour dédramatiser la situation et éradiquer l'épidémie.
6. Mettre en œuvre la stratégie thérapeutique qui conditionne le succès de l'éradication d'une épidémie de la gale dans notre contexte. Cette stratégie repose sur le traitement du

malade et de son entourage proche le même jour. De ce fait, la cellule de suivi devra répondre à trois questions : qui traiter ? Comment traiter ? Quand traiter ?

7. Mettre en place des mesures environnementales. C'est-à-dire le traitement du linge et de l'environnement (si possible) qui est indissociable du traitement individuel. (14)

VII. CONCLUSION

Pour la plupart de personnes, la gale est synonyme d'une maladie des gens sales, ce qui n'est pas totalement le cas. C'est pourquoi, il est important que chaque acteur du social et de la santé dispose des connaissances et des informations utiles à fournir pour une meilleure prise en charge de la maladie, tout en restant prudent. Les explications en rapport avec : la cause de la gale, le mode de transmission, le diagnostic, qui soigner, quel traitement administrer et quand faut-il le faire, sur quelles parties du corps faut-il insister et quand faut-il se laver (traitement local), l'importance de la prise en charge de l'environnement (vêtements, linges, locaux, literie, etc.), et les mesures de prévention contre la contagiosité, pourront servir à mieux gérer une épidémie de la gale. D'où l'importance de ce protocole dans le secteur du sans abrisme pour impliquer aussi les acteurs dans le dépistage et la surveillance épidémiologique de la gale, contribuant ainsi à son éradication.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Scabies [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies

2. Ong CY, Vasanwala FF. Infected with Scabies Again? Focus in Management in Long-Term Care Facilities. Diseases. 29 déc 2018;7(1):3.

3. Cox V, Fuller C, Engelman D, Steer A, Hay R. Estimating the global burden of scabies: what else do we need? Br J Dermatol. 1 mai 2020;184.

4. gale.pdf [Internet]. [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: https://www.wiv-isp.be/matra/fiches/gale.pdf

5. Heukelbach J, Mazigo HD, Ugbomoiko US. Impact of scabies in resource-poor communities. Curr Opin Infect Dis. avr 2013;26(2):127-32.

6. La gale sarcoptique chez l'Homme : pourquoi est-ce un enjeu de santé publique ? | Lecteur amélioré Elsevier [Internet]. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0001407919305205?token=3590A62987280A9F7512DDED18B4A0A2F1FE2AD66FF40A7CCF9398917780F09F2288C0F472DA027542CEAD41755CB113&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220928185333

7. JP0_1_mars_2019.pdf [Internet]. [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: https://www.apb.be/SiteCollectionDocuments/ALL%20PARTNERS%20ACCESS%20DOC/EXAMPLE-FLIPBOOKS/Journal_de_Pharmacie_de_Belgique_n_1_mars_2019/pubData/source/JP0_1_mars_2019.pdf

8. gale_0617_0.pdf [Internet]. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: https://www.cesi.be/sites/default/files/gale_0617_0.pdf

9. Sunderkötter C, Wohlrab J, Hamm H. Scabies: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. Dtsch Ärztebl Int. oct 2021;118(41):695-704.

10. Chosidow O. Scabies. N Engl J Med. 20 avr 2006;354(16):1718-27.

11. Spadoni S, Lamand V, Marie-Audrey V, Béranger C. [Scabies: A world plague]. Med Sante Trop. 31 mars 2014;24.

12. Guillot J. Sarcoptes scabiei : quel est ce parasite? Comment se transmet-il et quelle pourrait être son origine? Bull Académie Natl Médecine. 1 janv 2017;201(1):129-41.

13. Chosidow O. La gale sarcoptique chez l'Homme : pourquoi est-ce un enjeu de santé publique? Bull Académie Natl Médecine. 1 janv 2017;201(1):143-6.

14. download.pdf [Internet]. [cité 27 sept 2022]. Disponible sur: https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/media/96252/download?inline

15. Varela L, Gómez W, Morena S, Fonseca E. Tratamiento de la escabiosis. Piel. 1 févr 2011;26:95-102.

16. Barachy N, Dreyfuss G, Vono J. Physiopathologie et diagnostic de la gale. Actual Pharm. mai 2013;52(526):18-22.

17. Vasanwala FF, Ong CY, Aw CWD, How CH. Management of scabies. Singapore Med J. juin 2019;60(6):281-5.

18. 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 Fam Med Prim Care. 30 oct 2020;9(10):5320-6.

19. Piérard-Franchimont C, Hermanns-Lê T, Piérard GE. LA VIGNETTE DIAGNOSTIQUE DE L'ÉTUDIANT. Rev Med Liège. :4.

20. Akram M, Riaz M, Noreen S, Shariati MA, Shaheen G, Akhter N, et al. Therapeutic potential of medicinal plants for the management of scabies. Dermatol Ther. janv 2020;33(1):e13186.

21. Widaty S, Miranda E, Cornain EF, Rizky LA. Scabies: update on treatment and efforts for prevention and control in highly endemic settings. J Infect Dev Ctries. 28 févr 2022;16(02):244-51.

22. Barachy N, Dreyfuss G, Vono J. Le traitement de la gale. Actual Pharm. 1 mai 2013;52(526):23-8.

23. Giroud M. La gale sarcoptique humaine: recrudescence actuelle, rupture d'approvisionnement et conseils à l'officine. :101.

24. Rosumeck S, Nast A, Dressler C. Evaluation of Ivermectin vs Permethrin for Treating Scabies—Summary of a Cochrane Review. JAMA Dermatol. 1 juin 2019;155(6):730-2.

25. Hardy M, Samuela J, Kama M, Tuicakau M, Romani L, Whitfeld MJ, et al. Community control strategies for scabies: A cluster randomised noninferiority trial. PLOS Med. 10 nov 2021;18(11):e1003849.