



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du Travail

et des Affaires sociales

Direction générale de la Santé

Investigation d'une épidémie de gale dans un centre de long et moyen séjour pour personnes âgées de la région parisienne, 1995-1996 : p. 23.

N° 6/1997

4 février 1997

## ENQUÊTE



### INVESTIGATION D'UNE ÉPIDÉMIE DE GALE DANS UNE CENTRE DE LONG ET MOYEN SÉJOUR POUR PERSONNES ÂGÉES DE LA RÉGION PARISIENNE, 1995-1996

T. ANCELLE\*, J. MORICE\*\*, C. TOURTE-SCHAEFER\*

Les épidémies de gale à *Sarcoptes scabiei* dans les centres d'hébergement pour personnes âgées sont fréquentes et connues depuis longtemps [1, 2]. Il semble néanmoins que depuis 2 ans on assiste à une recrudescence de ces épisodes comme en témoignent de nombreuses déclarations adressées aux autorités sanitaires (DDASS), aux comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou à des centres spécialisés pour des demandes de conseil et d'assistance.

#### CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE

Le 15 février 1996, le CLIN d'un centre hospitalier de la région parisienne a formulé auprès du service de parasitologie de l'hôpital Cochin une demande de conseil et d'aide thérapeutique en raison de la survenue de cas de gale dans l'établissement. Le CLIN avait été saisi par le chef du service de long et moyen séjour. La déclaration signalait l'existence, depuis plusieurs semaines, de cas de prurit chronique chez les pensionnaires et chez certains membres du personnel. Des prélèvements cutanés effectués chez un des pensionnaires avaient montré la présence de nombreux *Sarcoptes scabiei*.

Une première alerte en septembre 1995 avait été suivie d'une décontamination de la literie, ainsi que d'un traitement systématique des pensionnaires et du personnel par des topiques locaux. C'est la survenue d'une recrudescence des cas en janvier 1996, malgré cette campagne de désinfection, qui a entraîné la mise en route d'une intervention plus générale.

Une enquête épidémiologique a été déclenchée, afin de documenter plus précisément les circonstances de développement de cette épidémie et d'en tirer des conclusions généralisables à l'ensemble des établissements touchés par ces épisodes.

#### POPULATION ET MÉTHODES

La population d'étude a été définie comme l'ensemble des pensionnaires présents ou admis dans le service de long et moyen séjour entre mars 1995 et février 1996 et l'ensemble du personnel y travaillant à temps plein ou à temps partiel, de jour comme de nuit. Les pensionnaires ou personnels ayant quitté l'institution pendant la période d'étude n'ont pas été inclus. Un cas certain a été défini comme tout sujet ayant subi un prélèvement cutané ayant révélé la présence de *Sarcoptes scabiei*. Un cas probable a été défini comme tout sujet ayant présenté, soit un prurit cutané, soit des lésions hyperkératosiques (gale dite « norvégienne »), associé à un diagnostic clinique de gale posé par les médecins de l'établissement. La collecte des données, par interrogatoire des personnes ou examen du dossier médical, a été réalisée par le personnel du laboratoire de biologie polyvalente de l'établissement, par la surveillante du service long et moyen séjour et par le personnel du service de Médecine du travail. Les données ont été saisies et analysées sous le logiciel Épi-Info version 6.03 (CDC, Atlanta, USA).

#### RÉSULTATS

##### Population étudiée

Au total, 186 questionnaires ont été remplis, correspondant à l'ensemble de la population d'étude, soit 115 pensionnaires et 71 membres du personnel. La moyenne d'âge était de 84 ans chez les pensionnaires (étendue : 58 à 98 ans) et de 37 ans chez le personnel (étendue : 23 à 60 ans).

Les pensionnaires résidaient sur 3 niveaux d'étages dans des chambres comportant de 1 à 3 lits. Chaque étage est divisé en 2 secteurs nord et sud. Le secteur sud du premier étage correspond au service de moyen séjour.

Le personnel était composé de 10 infirmières, 36 aides-soignantes, 16 agents de service, 5 animatrices, 3 personnels administratifs, et 1 médecin. Parmi eux, 18 travaillaient la nuit.

#### Description de l'épidémie

Au total, 49 cas ont été dénombrés, 24 parmi les pensionnaires (taux d'attaque = 20,9 %) et 25 cas parmi le personnel (t.a. = 35,2 %).

La fréquence des signes cliniques parmi les cas figure sur le tableau 1. 5 sujets ont fait l'objet d'un prélèvement. Un seul s'est révélé positif chez un pensionnaire âgé de 96 ans, atteint de gale dite « norvégienne » hyperkératosique, à localisations multiples depuis 5 mois. Au total l'étude a donc été réalisée sur 48 cas probables et 1 seul cas certain.

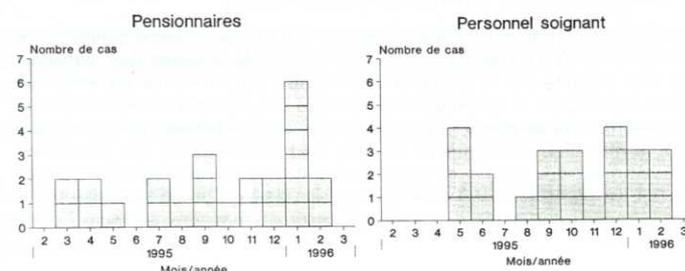
Tableau 1. - Caractéristiques cliniques des cas de gale Service long et moyen séjour, CH N\*, 1995-1996

	Pensionnaires		Personnel		Total	
	n = 24	%	n = 25	%	n = 49	%
Prurit . . . . .	24	100,0	21	84,0	45	91,8
Gale « norvégienne » . . . . .	5	20,8	1	4,0	6	12,2
Lésions de grattage . . . . .	23	95,8	23	92,0	46	93,9
Localisation des lésions :						
mains . . . . .	15	62,5	11	44,0	26	53,1
membres . . . . .	16	66,7	8	32,0	24	49,0
tronc . . . . .	11	45,8	8	32,0	19	38,8
généralisée . . . . .	9	37,5	1	4,0	10	20,4

Le cas primaire, décédé au moment de l'enquête était un pensionnaire, vivant au deuxième étage. Il avait présenté des signes de gale « norvégienne » en février 1995.

L'épidémie s'est ensuite déroulée en 3 vagues successives d'intensité croissante entre le mois de mars 1995 et le mois de février 1996 (fig. 1). La première vague épidémique, de mars à juin, a culminé en mai 1995 en se propageant chez les pensionnaires du deuxième étage, secteur nord. La deuxième vague épidémique, de juillet à octobre, a culminé en septembre en se propageant chez les pensionnaires du secteur sud du deuxième étage. En septembre, le premier malade du premier étage a été atteint. La troisième vague épidémique, de novembre à février, a culminé en janvier 1996 en se propageant dans les 3 secteurs déjà atteints, et en épargnant le troisième étage et le service de moyen séjour (tabl. 2).

Figure 1. - Distribution des cas de gale selon le mois de début des symptômes Service de long et moyen séjour, CH N\*, 1995-1996



\* Laboratoire de parasitologie, hôpital Cochin, Université René Descartes, Paris.  
\*\* Comité de lutte contre les infections nosocomiales, hôpital de Nemours.

Tableau 2. – Distribution des cas de gale selon le sexe, l'âge et le lieu. Service long et moyen séjour, CH N\*, 1995-1996

	Pensionnaires				Personnel		
	Total N	Cas			Total N	Cas	
		n	%		n	%	
<b>Sexe :</b>				<b>Sexe :</b>			
Femme . . . . .	85	22	25,9	Femmes . . . . .	64	22	34,4
Homme . . . . .	30	2	6,7	Hommes . . . . .	7	3	42,9
<b>Âge :</b>				<b>Âge :</b>			
< 80 ans . . . . .	21	2	9,5	< 35 ans . . . . .	21	7	33,3
81-84 ans . . . . .	25	4	16,0	35-39 ans . . . . .	21	8	38,1
85-89 ans . . . . .	39	9	23,1	40-44 ans . . . . .	8	4	50,0
> 89 ans . . . . .	30	9	30,0	> 44 ans . . . . .	21	6	28,6
<b>Étage de résidence :</b>				<b>Étage d'affectation :</b>			
1 Sud . . . . .	16	0	0,0	1 . . . . .	25	11	44,0
1 Nord . . . . .	19	5	26,3	2 . . . . .	18	12	66,7
2 Sud . . . . .	21	8	38,1	3 . . . . .	16	0	0,0
2 Nord . . . . .	19	11	57,9	Variable . . . . .	12	2	16,7
3 . . . . .	40	0	0,0				

Parmi les pensionnaires, les taux d'attaque étaient plus élevés chez les femmes et s'accroissaient avec l'âge. Cependant, l'analyse multivariée effectuée sur la population des secteurs affectés par l'épidémie n'a montré aucune association significative entre la survenue de gale et l'ensemble des facteurs étudiés (âge, sexe, nombre de lits par chambre, utilisation de fauteuil collectif et de lève-malade, état fonctionnel, pathologies associées, repas en commun, accueil de visites, sorties).

Parmi le personnel soignant, aucun facteur de risque particulier n'a été isolé en dehors de l'étage d'affectation (deuxième étage). Hormis les animatrices, les taux d'attaque étaient similaires chez toutes les catégories de personnel soignant. La totalité de ce personnel pénètre dans les chambres des pensionnaires, a des contacts directs avec ceux-ci et manipule leur linge.

#### Mesures de traitement et de prévention

Une première campagne de traitement systématique avait été effectuée en septembre 1995 par application cutanée d'acaricides (Spregal®, Ascabiol®) appliquée à tous les pensionnaires présents à cette époque. Ce traitement a été appliqué également à 70 % du personnel soignant.

Devant la recrudescence de l'épidémie en janvier 1996, une nouvelle campagne de traitement systématique des pensionnaires et du personnel a été effectuée en février 1996 par les mêmes produits, avec adjonction d'un traitement par ivermectine (Mectizan®) en une prise unique de 12 mg par voie orale chez une vingtaine de sujets les plus atteints. Cette mesure a été accompagnée d'un nettoyage et d'une désinfection systématique complète des linges, mobiliers et ustensiles de soins, par Apheria® ou A-Par®, ainsi que d'une campagne de sensibilisation et d'information du personnel soignant.

Un mois après la prise de ces mesures, l'épidémie avait complètement régressé.

#### DISCUSSION

L'épidémie de gale décrite dans cette étude s'est développée dans un établissement moderne, construit selon les normes en vigueur, et dont l'hygiène générale est correcte. La réglementation concernant les circuits de linge propre et sale était respectée, le ratio personnel/pensionnaire élevé et le personnel bien averti des consignes de prophylaxie.

Malgré cela, les taux d'attaque observés ont été particulièrement élevés, même s'ils sont probablement surestimés en raison de biais de classification liés à l'inclusion de la quasi-totalité des cas sur des critères cliniques. Cette surestimation a probablement été plus forte chez le personnel soignant.

Dans 95 % des cas, la transmission de la gale est interhumaine. Dans l'épisode décrit, on a constaté l'absence de tout autre facteur de risque. Il est vraisemblable qu'à partir de l'introduction du cas initial, la propagation s'est effectuée au cours des contacts répétés entre le personnel et les pensionnaires pendant les soins. La contamination directe entre pensionnaires a joué un rôle moindre, comme en témoignent les taux d'attaque similaires entre les sujets qui déambulent et se côtoient dans les pièces communes et les sujets invalides, confinés au lit ou au fauteuil.

Le fait marquant de cette épidémie réside dans sa persistance pendant une période de près d'un an. La prise de conscience de la réalité de l'épidémie, qui s'est traduite par la première désinfection collective, n'a été effectuée que 8 mois après la survenue des premiers cas, lorsque le taux d'attaque est devenu critique parmi le personnel. Cet état de fait est, pour une part, lié à la difficulté du diagnostic de gale chez les vieillards, qui présentent fréquemment des lésions de prurit non rattachées à une étiologie parasitaire. Il est également probable que le processus ait pu être entretenu par la réintroduction répétée du parasite à partir de quelques sujets se conta-

nant à l'extérieur du service. La reprise de l'épidémie en janvier 1996, malgré les mesures prises auparavant, montre la nécessité d'une action radicale lorsque la parasitose s'est installée dans une telle collectivité.

Le bon résultat obtenu au mois de février est lié sans doute à l'efficacité de la prise en charge qui a été décidée à ce moment : saisie du CLIN et du service de Médecine du travail, recherche diagnostique systématique de scabiose, investigation épidémiologique et surtout adjonction aux traitements classiques de l'ivermectine par voie orale chez les sujets les plus atteints.

L'efficacité de l'ivermectine dans le traitement des gales norvégiennes a été signalée par plusieurs auteurs [3,6]. Ce produit est utilisé habituellement dans le traitement des filarioses humaines, et notamment depuis une dizaine d'années dans le traitement de masse de l'onchocercose. Dans le traitement de la gale (voir encadré), la disparition du prurit est obtenue en moins de 48 heures et la régression de tous les symptômes en quelques jours. Le produit agit toujours plus rapidement que les topiques locaux, il est plus facile à administrer et la compliance est plus grande. Aucun effet secondaire notable n'a été signalé dans le traitement des gales. Cependant le produit n'est pas recommandé chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Au total son efficacité, son absence de toxicité et son excellente maniabilité lui confèrent un intérêt majeur dans le traitement des gales généralisées, des formes dites « norvégiennes » et surtout lors des épidémies en collectivité.

Ce produit ne dispose pas d'AMM dans l'indication de gale scabieuse et doit être administré sous la responsabilité d'un médecin après obtention directe (et actuellement gratuite) du produit auprès du laboratoire fabricant ou d'un centre spécialisé (service de parasitologie).

#### CONCLUSION

La survenue d'une épidémie de gale dans un établissement de soins soulève toujours des réactions émotionnelles parmi le personnel et les familles des résidents. Ces réactions retardent la détection précoce de l'épidémie et freinent la mise en place de mesures efficaces. L'épisode décrit ici est caractéristique de la situation actuellement observée sur tout le territoire dans de nombreux établissements de même nature, comme le montre l'enquête nationale publiée conjointement. Ce n'est plus l'hygiène générale des locaux ou des literies qui est en cause dans ces épidémies. L'âge élevé, l'immunodépression relative et l'altération des téguments, rendent les personnes âgées très vulnérables au moindre contact avec le parasite. Lorsqu'un épisode de gale survient dans un centre d'hébergement pour personnes âgées, la situation doit être analysée précocement, techniquement, sans culpabilité abusive, en privilégiant et en renforçant les mesures de prophylaxie au cours des soins et en utilisant les traitements qui interrompent le plus rapidement la transmission.

#### RÉFÉRENCES

- [1] J. REVUZ. – La gale dans les maisons de retraite. – *Le Concours Médical*, 1994; 116 : 2325-2329.
- [2] E. GROSSHANS. – La gale. – *Le Concours Médical*, 1984; 106 : 3697-3704.
- [3] P. GLAZIOU, J.-L. CARTEL, P. ALZIEU, C. BRIOT, J.-P. MOULIA-PELAT, P.-M.-V. MARTIN. – Comparison of ivermectin and benzyl benzoate for treatment of scabies. – *Trop. Med. Parasitol.*, 1993; 44 : 331-32.
- [4] P. MARTY, M. GARI-TOUSSAINT, Y. LE FICHOUX. – Efficacy of ivermectin in the treatment of an epidemic of sarcoptic scabies. – *Ann. Trop. Med. Parasitol.*, 1994; 88 : 453.
- [5] T.-L. MEINKING, D. TAPLIN, J.-L. HERMIDA, R. PARDO, F.-A. KERDEL. – The treatment of scabies with ivermectin. – *N. Eng. J. Med.*, 1995; 333 : 26-30.
- [6] F. AUBIN, P. HUMBERT. – Ivermectin for crusted (norwegian) scabies. – *N. Eng. J. Med.*, 1995; 332 : 612.

## RAPPEL CLINIQUE

La gale scabieuse est une parasitose externe, due à la pénétration de l'agent pathogène *Sarcoptes scabiei*, dans la couche épidermique superficielle. La parasitose se contracte par contact cutané direct avec un patient déjà infecté. Le parasite se développe et pond ses œufs dans la couche cornée et se multiplie ainsi de proche en proche chez l'individu parasité. Les zones atteintes se situent sur le tronc, les membres, les organes génitaux externes et les mains. Les signes cliniques sont dominés par le prurit, la survenue de petites vésicules blanches précédées d'un fin sillon rarement visible, rapidement détruites par le grattage intense qui les transforme en petites croûtelles disséminées sur le corps. Une forme clinique fréquente est la gale dite « norvégienne » qui se caractérise par une hyperkératose et une dermatite généralisée. Cette forme clinique est particulièrement contagieuse. Des surinfections par streptocoques bêta-hémolytiques peuvent survenir et entraîner des complications par glomérulo-néphrite aiguë, graves chez le sujet âgé.

Le diagnostic positif est établi après grattage des vésicules au vaccinostyle et découverte de sarcoptes à l'examen microscopique du prélèvement. Toutefois, cet examen est souvent mis en échec, et le diagnostic repose le plus souvent sur l'examen clinique. Chez le sujet âgé, le diagnostic différentiel avec d'autres manifestations dermatologiques prurigineuses peut être délicat, et c'est avant tout le contexte épidémique qui oriente vers le diagnostic de gale.

Le réservoir du parasite est l'homme, et la maladie s'observe le plus souvent dans les collectivités : écoles, pensionnats, hôpitaux, casernes, etc.

La période d'incubation varie de 2 à 6 semaines.

## MESURES D'HYGIÈNE EN PRÉSENCE DE CAS DE GALE DANS UN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT OU DE SOINS POUR PERSONNES ÂGÉES

### Diagnostic

Pratiquer des prélèvements cutanés pour examen microscopique chez tous les sujets présentant un prurit ou tout autre signe évocateur de gale. Cet examen, très simple, totalement indolore, peu coûteux, doit être effectué au moindre doute afin de détecter les cas, le plus précocement possible.

### Traitement

C'est la partie la plus importante de la prise en charge d'un épisode de gale dans un établissement. Elle prévaut sur les mesures de désinfection.

Les sujets les plus atteints, gale généralisée, ou gale « norvégienne » hyperkératosique, sont les plus contaminants. Il faut éviter les contacts avec les autres pensionnaires jusqu'à guérison parasitologique en isolant ces malades. Certains préconisent de traiter ces formes très contagieuses hors de l'institution, au besoin en les hospitalisant dans un service de dermatologie.

Le traitement comporte des soins locaux desquamants, un lavage à base de solution antiseptique, et après séchage de la peau, application sur tout le corps, excepté le visage, d'un produit acaricide disponible en lotion, en crème ou en spray : benzoate de benzyle (Ascabiol®), pyréthrinoloïde (Spregal®), clofénotane ou DDT (Benzochloryl®), lindane (Elenol®, Scabacid®). Il faut laisser agir le produit 24 heures avant une nouvelle toilette. Ce traitement doit être répété 2 à 3 fois à 2 jours d'intervalle, ou jusqu'à guérison parasitologique. Chez les grands vieillards à régimes fins, il existe toutefois un danger de résorption cutanée et de toxicité neurologique, hématologique ou hépatique selon les produits.

Le traitement oral par l'ivermectine (Mectizan®) est efficace, en prise unique, à la dose de 200 microgrammes/kg soit 12 mg *per os* chez l'adulte (2 comprimés à 6 mg). Mais ce produit ne dispose pas d'AMM dans cette indication.

Le traitement par voie externe de tous les sujets de l'établissement en contact avec des sujets atteints (personnel et pensionnaires) est impératif pour éviter la propagation de l'épisode.

### Désinfection du linge

Le linge lavable (vêtements, draps, taies) doit être lavé à plus de 55 °C le lendemain du traitement et repassé si possible. Le linge et les objets non lavables à plus de 55 °C (couvertures, oreillers) doivent être poudrés avec un produit acaricide (Aphthiria®, A-Par® ou Scabacid®), confinés en sac plastique pendant 48 heures et, si possible, passés à l'étuve.

### Désinfection des chambres et de la literie

Elle consiste à poudrer les objets, matelas, fauteuils, placards. Ne pas oublier de désinfecter les vestiaires des personnels. Ces actions spectaculaires sont cependant inefficaces si les mesures de prophylaxie individuelle et de traitement des sujets contacts sont incomplètes.

### Prophylaxie chez le personnel

Porter des gants et une surblouse (non stériles) pour les soins aux malades infectés. Les changer après les soins de chaque malade infecté. Se laver au savon les mains et les avant-bras entre chaque malade. Ne pas échanger les vêtements professionnels. Désinfecter par poudrage les sangles de lève-malade, les brassards à tension.

### Information du personnel

Elle doit porter sur les modes de transmission et les mesures de prévention. Elle doit viser à dédramatiser la situation, et à déculpabiliser les individus. Elle devrait être systématique à l'arrivée des nouveaux personnels.

### Déclaration des cas

Les cas détectés chez le personnel doivent être déclarés au service de médecine préventive pour une prise en charge en tant que maladie professionnelle.

Lorsque l'établissement est géré par un centre hospitalier, l'épisode doit être signalé au CLIN, qui proposera les mesures de prévention et de contrôle, et décidera de procéder à une éventuelle investigation. Sinon, l'épisode doit être déclaré aux autorités sanitaires dont dépend l'établissement (DDASS).