

Maladies infectieuses

La gale est-elle en augmentation en France ?

ÉTAT DES LIEUX À PARTIR DE DIVERSES ENQUÊTES
RÉGIONALES ET NATIONALES

2008-2010

Sommaire

Abréviations	2
Résumé	3
1. Introduction	3
2. Matériel et méthodes	4
2.1 Signalements de cas de gale : définitions, contextes de survenue	4
2.2 Études effectuées à l'échelle nationale : sources et types de données	4
2.3 Études réalisées à l'échelle interrégionale, régionale ou départementale	4
2.4 Synthèse des données et analyse	5
3. Résultats	5
3.1 Données épidémiologiques	5
3.2 Évolution des ventes ou des commandes de produits scabicides	8
3.3 Éléments de coût	10
3.4 Éléments de gestion, rôles des acteurs, difficultés rencontrées	11
4. Discussion	13
4.1 Augmentation des signalements et des cas de gale en France	13
4.2 Estimation de l'incidence de la gale en France	13
4.3 Conséquences observées	14
5. Recommandations	14
6. Conclusion	15
Références bibliographiques	16
Annexes	17
Annexe 1 - Rappels sur la maladie et les traitements	17
Annexe 2 - Enquête nationale auprès des Cire, 2009	18
Annexe 3 - Enquête nationale auprès des Ddass, 2010	19

La gale est-elle en augmentation en France ?

ÉTAT DES LIEUX À PARTIR DE DIVERSES ENQUÊTES RÉGIONALES ET NATIONALES

2008-2010

Auteurs

Dounia Bitar, Département des maladies infectieuses (DMI), Institut de veille sanitaire (InVS)

Christine Castor, Cellule de l'InVS en région (Cire) Aquitaine

Didier Che, DMI, InVS

Aurélie Fischer, DMI, InVS

Sylvie Haeghebaert, Cire Nord

Jean-Michel Thiolet, DMI, InVS

Remerciements

Aux personnels des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales, Cire, Comités de lutte contre les infections nosocomiales et des divers établissements, qui ont répondu aux enquêtes.

À l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et au Cerp-Rouen pour la fourniture des données de ventes de médicaments.

À Isabelle Pujol pour la fourniture des données d'infections nosocomiales.

À Magid Herida pour la relecture du document.

Abréviations

Afssaps	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
Cerp	Coopérative d'exploitation et de répartition pharmaceutique
Cire	Cellule de l'InVS en région
Clin	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CClin	Centre de coordination et de lutte contre les infections nosocomiales
CSHPF	Conseil supérieur d'hygiène publique de France
Ddass*	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
Ehpad	Établissement hébergeant des personnes âgées ou dépendantes
IN	Infection nosocomiale

* *N.B : les Cellules régionales de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) des Agences régionales de santé (ARS) ont remplacé les Cellules de veille des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass). La régionalisation de la veille sanitaire ayant été effectuée postérieurement à la période d'étude couverte dans ce rapport, nous avons choisi, par convention, de retenir l'appellation de "Ddass" plutôt que l'appellation d'ARS ou des délégations territoriales.*

Résumé

La gale est une parasitose hautement contagieuse, le plus souvent bénigne mais pour laquelle des retards de diagnostic et de prise en charge peuvent engendrer de nombreuses difficultés pour les patients et leur entourage. Suite à de nombreux signaux suggérant une recrudescence de la gale en France, nous avons effectué un état des lieux en regroupant les résultats de différentes études réalisées entre 2008 et 2010 par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et/ou les Cellules de l'InVS en région (Cire). Ces études incluent des enquêtes effectuées auprès des partenaires locaux (notamment les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass) et les Comités de lutte contre les infections nosocomiales (Clin)) complétées par des estimations de consommations de produits scabicides.

Les signalements reçus dans certaines Ddass suggèrent une augmentation du nombre de cas et/ou d'épisodes de gale survenant dans les collectivités. Concernant les infections nosocomiales (IN), la proportion des signalements d'épisodes de gale est restée stable (2 à 3 %) par rapport à l'ensemble des infections signalées. Les données nationales de ventes de scabicides entre 2005 et 2009 indiquent une augmentation : les ventes de benzoate de benzyle sont passées de 290 à 413 flacons pour 10^5 habitants par an (+11 % par an) et celles de l'ivermectine de 222 à 509 traitements *per os* / 10^5 /an (+24 %). Sur la base des ventes de benzoate de benzyle, ceci représente en moyenne une incidence annuelle estimée à 337 cas de gale pour 10^5 habitants. Ce rapport de synthèse présente également des éléments de coût d'un épisode de gale ainsi que diverses informations qualitatives recueillies auprès des partenaires locaux, montrant une charge de travail importante et de réelles préoccupations sur le terrain.

Les données issues des signalements sont difficilement interprétables pour les cas de gale survenant dans la communauté, car ces signalements ne semblent effectués que lorsque la situation est complexe ou difficile à gérer. Néanmoins, les données de consommation médicamenteuse et l'accumulation des autres informations quantitatives et qualitatives recueillies au cours des différentes études sont en faveur d'une augmentation de l'incidence de la gale en France. Ce constat conduit à recommander de renforcer la sensibilisation et la diffusion des informations auprès des médecins généralistes, des partenaires de santé publique et du public. À l'échelon local et régional, une meilleure coordination des acteurs impliqués avec une définition plus claire des rôles et responsabilités respectifs est également proposée afin de faciliter le recours aux structures identifiées en cas de besoin (difficultés financières, mauvaise compréhension des prescriptions, etc.).

1. Introduction

La gale est une maladie ubiquitaire hautement contagieuse pouvant toucher les personnes des deux sexes, de tous les âges et de tous les milieux sociaux. Il s'agit d'une parasitose cutanée liée à la colonisation des couches superficielles de l'épiderme par un acarien : *Sarcoptes scabiei hominis*. Le réservoir est essentiellement humain. La transmission interhumaine, directe, est favorisée par les contacts rapprochés et fréquents : enfants, environnement familial, contacts sexuels. Le diagnostic de gale est établi sur les lésions cliniques évocatrices et/ou l'examen parasitologique, mais l'absence de prurit ou de lésions spécifiques peuvent induire un retard au diagnostic. Il n'y a pas de guérison spontanée de la maladie. Les traitements individuels comprennent des produits à usage cutané dont certains ont été autorisés dès 1984, ainsi qu'un traitement par voie générale, l'ivermectine, autorisé en 1999 (annexe 1 : rappels sur la maladie et les traitements disponibles). Ces traitements individuels doivent s'accompagner du traitement de l'entourage et de l'environnement. Divers documents de référence sont disponibles pour la prise en charge individuelle et collective des épisodes de gale, notamment : un avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) datant de juin 2003 [1], des recommandations concernant la gale dans les établissements de soins élaborées par le Centre de coordination et de lutte contre les infections nosocomiales (CClin) Sud-Ouest en 2004 [2] et, enfin, un guide d'investigation et d'aide à la gestion en cas d'épidémies de gale communautaire rédigé par la Cire Aquitaine en 2008 [3].

Dans ce contexte, des signaux suggérant une recrudescence de la gale ont été rapportés depuis plusieurs années à l'InVS et aux Cire. Ces signaux provenant de différentes régions géographiques étaient effectués par des médecins ou infirmières en milieu scolaire ou en Ddass, des responsables de Clin ou encore des dermatologues. Ils étaient le plus souvent motivés par des épisodes de cas groupés difficiles à gérer ou par un sentiment d'augmentation du nombre de cas de gale ou de récurrences.

Toutefois, en l'absence de surveillance de la gale en France, il était difficile de vérifier si ces informations parcellaires traduisaient une réelle augmentation de la parasitose au niveau national. Un état des lieux est donc apparu nécessaire.

Il a été initié à travers diverses études effectuées par l'InVS et les Cire entre 2008 et 2010. Les données ont été regroupées au sein de ce rapport avec les objectifs suivants :

- documenter les signalements reçus (nombre et caractéristiques des épisodes et des cas signalés) et leur évolution dans le temps ;
- estimer l'incidence de la gale, notamment à travers la consommation de scabicides ;
- identifier les problèmes majeurs rencontrés par les acteurs de terrain, notamment en termes d'investigation ou de gestion ;
- identifier des pistes d'amélioration en termes de prévention et de contrôle.

2. Matériel et méthodes

2.1 SIGNALEMENTS DE CAS DE GALE : DÉFINITIONS, CONTEXTES DE SURVENUE

Il n'existe pas de surveillance spécifique de la gale. Les cas isolés ou groupés, lorsqu'ils sont limités au contexte familial, sont exceptionnellement signalés à l'autorité sanitaire (Ddass). Les signalements concernent avant tout des cas groupés survenant dans des collectivités telles que les crèches, écoles, clubs de sport, etc. ainsi que dans des établissements à caractère social comme les centres d'aide par le travail. Ils concernent également des établissements médico-sociaux : établissements hébergeant des personnes âgées ou dépendantes (Ehpad) et établissements de santé. La notion de "cas groupés communautaires" exclut le plus souvent ces établissements médico-sociaux.

2.2 ÉTUDES EFFECTUÉES À L'ÉCHELLE NATIONALE : SOURCES ET TYPE DE DONNÉES

- Une enquête menée par l'InVS en 2009 a porté sur les signalements de gale reçus par les 17 Cire au cours de l'année 2008 (annexe 2), selon trois types de situations : cas isolés, cas groupés survenus en collectivité et cas groupés en établissements de santé (ES) ou Ehpad. Les raisons du signalement ont été classées en : simple information ; demande de conseils, d'orientation, d'accès aux guides ; enfin, demande d'appui spécifique, notamment pour une investigation.
- Une seconde enquête réalisée par l'InVS en 2010 a porté sur les signalements de gale reçus par les Ddass entre 2005 et 2009 (annexe 3). Elle a complété les données de l'enquête précédente en recueillant le nombre d'épisodes gérés chaque année par les Ddass selon les trois situations décrites ci-dessus. Elle a également cherché à documenter les nombres respectifs de cas et de sujets contacts recensés au cours de ces épisodes. Les raisons du signalement ont ensuite été explorées de même que les difficultés rencontrées par les Ddass et les autres partenaires.
- Une revue des signalements d'infections survenues dans des ES ou Ehpad a été effectuée sur la période d'août 2001 à octobre 2010, à partir des signalements d'IN centralisés à l'InVS.
- Une étude rétrospective portant sur les épisodes de gale survenus en ES ou Ehpad en 2006 et 2007 a été effectuée par l'InVS auprès des CClin, afin de documenter, par un questionnaire standardisé, les structures concernées par ces épisodes, le nombre de cas et de contacts, la répartition des cas chez le personnel soignant et les patients ainsi que les traitements administrés.
- Des données sur la consommation de médicaments scabicides (annexe 1) ont été obtenues auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), qui dispose des données nationales de vente établies à partir des taxes perçues. L'analyse des ventes d'ivermectine et de benzoate de benzyle a été effectuée sur la période 1999-2009.

2.3 ÉTUDES RÉALISÉES À L'ÉCHELLE INTERRÉGIONALE, RÉGIONALE OU DÉPARTEMENTALE

- La Cire Nord a documenté en 2008 le nombre d'épisodes de gale signalés aux Ddass de l'interrégion (incluant le Nord-Pas-de-Calais et la Picardie) entre 2006 et 2008. Elle a également documenté l'évolution des ventes de spécialités scabicides entre janvier 2005 et mars 2008 à partir des données fournies par le principal grossiste répartiteur de l'interrégion.
- La Cire Aquitaine a estimé en 2009 le coût d'un épisode de gale survenu dans une collectivité.

2.4 SYNTHÈSE DES DONNÉES ET ANALYSE

Pour une meilleure lisibilité des données provenant de sources diverses recueillies à travers des méthodes variées et sur des périodes différentes, nous avons regroupé les résultats. Les données épidémiologiques incluent le nombre de signalements et le nombre de cas correspondants, présentés à l'échelon national puis régional ou local. Leur évolution au cours du temps et le nombre de sujets contacts sont également analysés de même que les données de signalement dans le cadre des IN. Dans une seconde partie, les consommations médicamenteuses sont analysées, suivies d'une présentation des coûts de divers épisodes de gale. Les difficultés de gestion, exposées par les acteurs locaux, sont ensuite décrites. Afin de comparer les données épidémiologiques avec celles d'autres pays, nous avons estimé les taux d'incidence de la gale à partir des données de consommation médicamenteuse en utilisant au dénominateur les chiffres de population de l'Institut nationale de la statistique et des études économiques et en tenant compte de l'accroissement de la population.

3. Résultats

3.1 DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

3.1.1 Signalements d'épisodes de gale, nombre de cas concernés et évolution dans le temps

• À l'échelle nationale

À l'occasion de la première enquête portant sur l'année 2008, 12 Ddass ont été contactées par les Cire et 20 autres ont répondu à la seconde enquête nationale 2005-2009, soit un taux de réponse cumulé de 32 Ddass, incluant une Ddass d'outre-mer.

Le tableau 1 présente le nombre d'épisodes signalés aux Ddass concernant des cas isolés, des cas groupés en collectivités et des cas groupés en ES-Ehpad. La première enquête montre que 164 signalements (400 patients) ont été réceptionnés par les 12 Ddass au cours de l'année 2008. Dans la seconde enquête, chacune des 20 Ddass répondantes avait reçu au moins un signalement au cours des cinq années étudiées pour un total de 1 620 cas. Parmi les 2 020 cas ainsi recensés, 30 % étaient des cas isolés, 50 % des cas en collectivités et 20 % des cas groupés en ES-Ehpad.

TABLEAU 1 |

Épisodes de gale en France, 2005-2009 : nombre d'épisodes signalés aux Ddass et nombre de cas concernés

Signalements de cas de gale	Nombre de Ddass (N=32)	Épisodes signalés		Nombre cumulé de cas	
		Enquête 1	Enquête 2	Enquête 1	Enquête 2
		12 Ddass 2008	20 Ddass 2005-2009	12 Ddass 2008	20 Ddass 2005-2009
Cas isolés	30 (94 %)	75	519	75	519
Cas groupés : communauté	26 (81 %)	64	221	150	869
Cas groupés : ES-Ehpad	21 (66 %)	25	60	175	232
Total	32 (100 %)	164	800	400	1 620

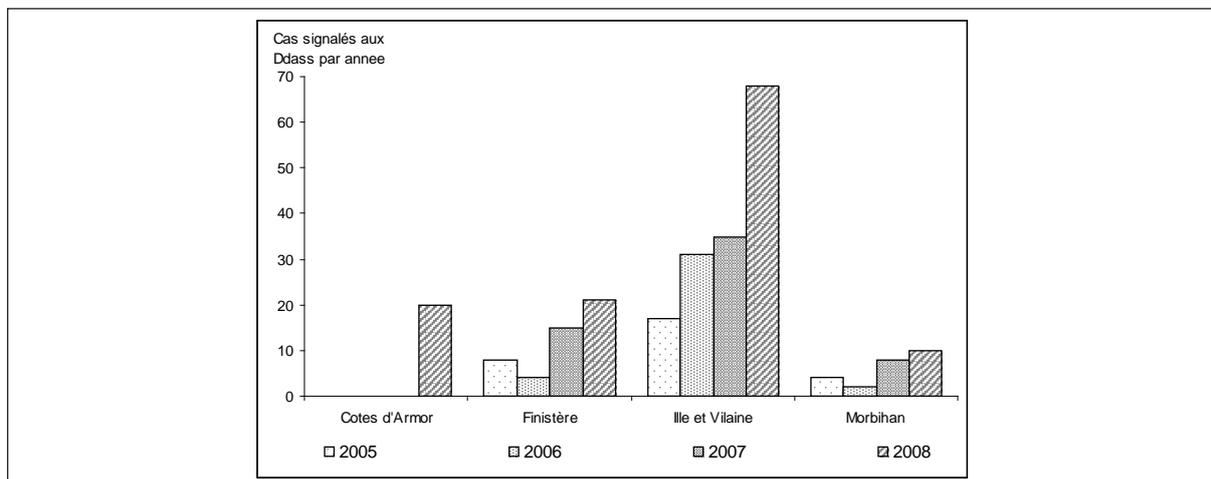
Sources : Enquêtes nationales menées auprès des Cire (2009) et des Ddass (2010).

• À l'échelle régionale

Le nombre de cas signalés en Bretagne entre 2005 et 2008 (figure 1) est passé de 29 à 119 par an avec une augmentation nettement marquée en Ille-et-Vilaine. Aucune donnée antérieure à 2008 n'était disponible pour les Côtes d'Armor.

I FIGURE 1 I

Nombre de cas de gale signalés aux Ddass de Bretagne entre 2005 et 2008



Source : Cire Ouest : Enquête nationale menée auprès des Cire, 2009.

• À l'échelle départementale

- En Seine-Maritime, le nombre de cas isolés signalés est passé de 3 à 9 entre 2005 et 2009 et le nombre de cas groupés en collectivités hors ES-Ehpad, de 4 à 27, respectivement.
- Dans le département du Nord, 81 cas isolés ont été signalés entre 2005 et 2009, avec une diminution du nombre de signalements au cours de la période (tableau 2). Dans le même temps, les signalements de cas groupés en collectivités hors ES-Ehpad sont restés stables. En moyenne, 82 cas communautaires étaient signalés chaque année, soit une moyenne de 3,2 cas signalés/10⁵ habitants par an ; ce taux est resté stable au cours des cinq années (+2,4 % par an, p=ns).
- Dans le département du Pas-de-Calais, le nombre de cas communautaires signalés a régulièrement augmenté alors que les épisodes dans les ES-Ehpad variaient d'une année à l'autre (tableau 3). Au total, 128 épisodes (284 cas) ont été signalés à la Ddass dont 213 cas communautaires, avec un taux moyen de 2,9 cas /10⁵ habitants par an.

I TABLEAU 2 I

Nombre de signalements et nombre de cas de gale signalés à la Ddass du Nord, 2005-2009

	Signalements et nombre de cas					Cas communautaires (a+b)	
	Cas isolés (a)	Collectivités (b)		ES-Ehpad (c)		N	Cas/ 10 ⁵ habitants/an
	N	Signalements	Cas	Signalements	Cas		
2005	20	22	70	2	4	90	3,5
2006	12	14	45	3	10	57	2,2
2007	13	13	71	2	5	84	3,3
2008	23	16	74	1	2	97	3,8
2009	13	20	67	1	nd	80	3,1
Total	81	85	327	9	21	408	3,2*

nd : données non disponibles.

* Moyenne sur cinq ans.

Source : Enquête nationale auprès des Ddass, 2010.

I TABLEAU 3 I

Nombre de signalements et nombre de cas de gale signalés à la Ddass du Pas-de-Calais, 2005-2009

	Signalements et nombre de cas					Cas communautaires (a+b)	
	Cas isolés (a)	Collectivités (b)		ES-Ehpad (c)		N	Cas/ 10 ⁵ habitants/an
	N	Signalements	Cas	Signalements	Cas		
2005	5	1	2	5	5	7	0,5
2006	9	11	29	2	4	38	2,6
2007	14	9	30	4	34	44	3,0
2008	11	6	20	3	15	31	2,1
2009	18	26	75	4	13	93	6,4
Total	57	53	156	18	71	213	2,9*

* Moyenne sur cinq ans.

Source : Enquête nationale auprès des Ddass, 2010.

3.1.2 Sujets contacts

- **À l'échelle nationale** : Les données de l'enquête auprès des Ddass pour la période 2005-2009 sont résumées dans le tableau 4. Dans sept Ddass sollicitées pour des cas isolés, on recensait 589 contacts pour 149 cas, soit un ratio de 3,9 contacts pour 1 cas. Dans les collectivités d'enfants, écoles ou crèches, cinq Ddass sollicitées avaient recensé 1 498 contacts pour 529 cas (ratio 2,8). Enfin dans les ES-Ehpad, 12 Ddass avaient recensé 361 contacts pour 139 cas (ratio 2,6).

I TABLEAU 4 I

Épisodes de gale en France, 2005-2009 : nombre (ratio) de sujets contacts pour un cas

Signalements de cas de gale	Ddass (N=20)	Cas	Contacts	Ratio contacts pour 1 cas
Cas isolés	7	149	589	3,9
Cas groupés : communauté	5	529	1 498	2,8
Cas groupés : ES-Ehpad	12	139	361	2,6

Source : Enquête nationale auprès des Ddass, 2010.

- **À l'échelle départementale** (tableau 5) : dans le département du Nord, 330 contacts ont été recensés pour 81 cas isolés (ratio 4,0) ; les données ne sont pas exploitables pour les cas en collectivités. Dans le Pas-de-Calais, 602 contacts ont été recensés pour 213 cas (ratio 2,8).

I TABLEAU 5 I

Épisodes de gale en France, 2005-2009 : Nombre de cas communautaires et de contacts recensés dans le Nord et dans le Pas-de-Calais

	Département du Nord (59)				Département du Pas-de-Calais (62)			
	Cas isolés		Cas en collectivité		Cas isolés		Cas en collectivité	
	Cas	Contacts	Cas	Contacts	Cas	Contacts	Cas	Contacts
2005	20	40	70	53	5	4	2	5
2006	12	nd	45	nd	9	14	29	50
2007	13	7	71	77	14	59	30	121
2008	23	66	74	nd	11	111	20	42
2009	13	217	67	nd	18	29	75	167
Total	81	330	327		57	217	156	385

nd : données non disponibles.

Source : Enquête nationale auprès des Ddass, 2010.

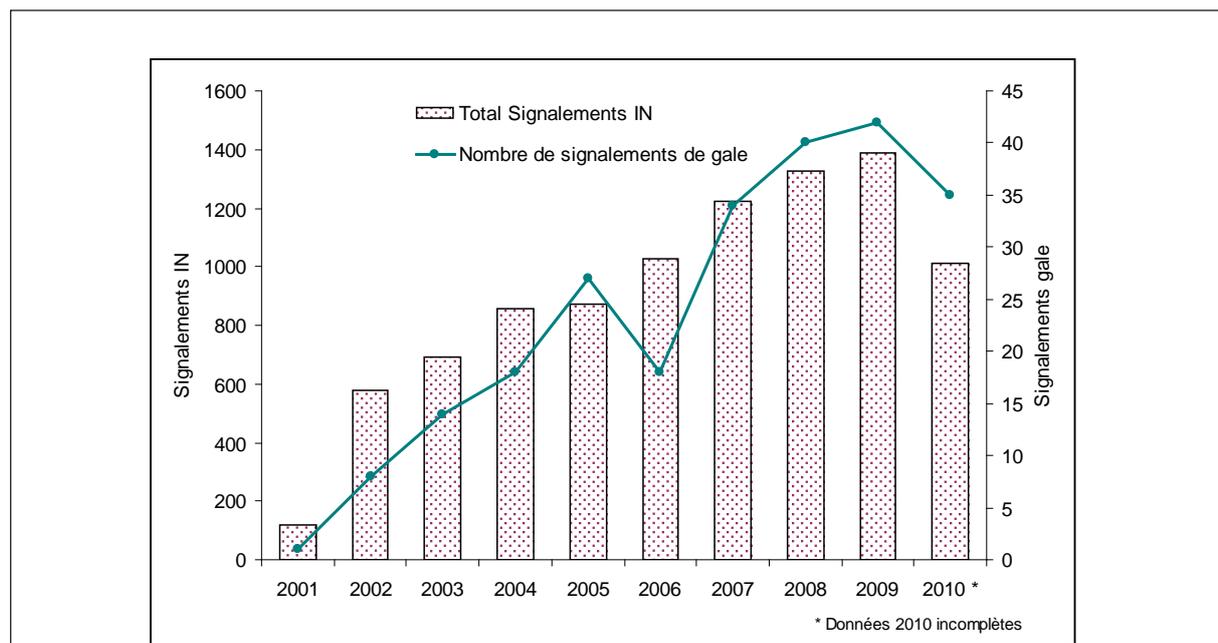
3.1.3 Données du signalement des infections nosocomiales

• À l'échelle nationale

Entre août 2001 et octobre 2010, l'InVS a été destinataire de 9 092 signalements d'infection nosocomiale (IN) dont 237 (3 %) épisodes de gale. Une augmentation annuelle des signalements de gale a été constatée, concomitante de celle de l'ensemble des signalements d'IN (figure 2). Ces signalements provenaient de 164 ES et de 23 Ehpad. Ils totalisaient 1 845 cas à la date du signalement, soit une moyenne de 7,8 cas par épisode (médiane 5, étendue 1-51).

FIGURE 2 |

Signalements d'infections nosocomiales et d'épisodes de gale dans les ES-Ehpad, France, 2001-2010



Source : InVS, signalement des infections nosocomiales.

• À l'échelle interrégionale

L'étude rétrospective auprès des CCLin en 2006 et 2007 a permis d'identifier 47 signalements dans quatre CCLin (Ouest, Sud-Ouest, Est et Paris/Nord). Seize signalements détaillaient le nombre de cas et de contacts : 368 cas (min.=1, max.=55, médiane=5) et 1 387 contacts (min.=2, max.=315, médiane=76). L'atteinte de personnel soignant, précisée dans 30 signalements, représentait la moitié des cas rapportés. Le traitement prescrit était précisé dans 30 des 47 épisodes. Il s'agissait de l'association ivermectine et benzoate de benzyle pour 43 % des épisodes (n=13) et d'ivermectine ou de benzoate de benzyle seuls pour 37 % (n=11) et 20 % (n=6) des épisodes, respectivement. Enfin, dans 16 des 26 épisodes renseignés, l'ivermectine était prescrite pour le traitement des contacts.

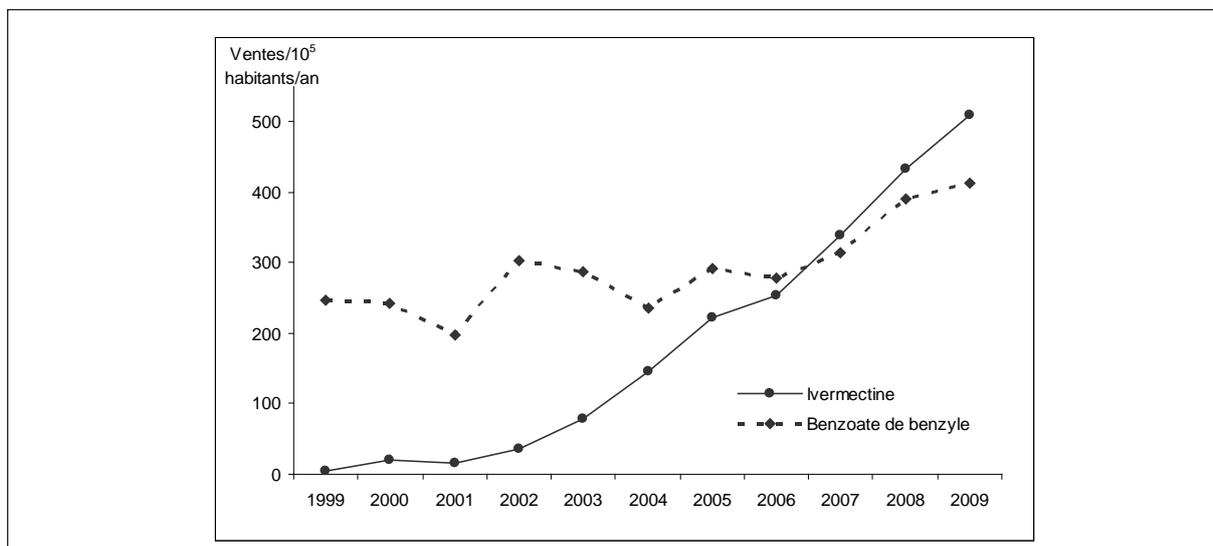
3.2 ÉVOLUTION DES VENTES OU DES COMMANDES DE PRODUITS SCABICIDES

• À l'échelle nationale

Les données de l'Affsaps montrent une augmentation des ventes d'ivermectine et dans une moindre mesure, des ventes de benzoate de benzyle entre 1999 et 2009 (figure 3). Le CSHPF ayant préconisé l'usage de l'ivermectine en raison de sa facilité d'utilisation en juin 2003 [1], nous avons ensuite restreint l'analyse de l'évolution des ventes aux cinq dernières années (2005-2009) afin de tenir compte d'un éventuel biais de prescription. Pour l'ivermectine, les ventes sont passées de 222 à 509 traitements pour 10^5 habitants par an (+24 % par an, $p=10^{-3}$) et pour le benzoate de benzyle, de 290 à 413 flacons pour 10^5 habitants par an (+11 % par an, $p=10^{-3}$).

I FIGURE 3 I

Traitements d'ivermectine et de benzoate de benzyle vendus par année, rapportés à 100 000 habitants, France, 1999-2009



Source : Afssaps.

• À l'échelle interrégionale

Les données fournies par le principal grossiste répartiteur de l'interrégion du Nord (Cerp-Rouen, <http://www.cerp-rouen.fr/PUB/PUB101.aspx>) sollicité par la Cire Nord montrent également une augmentation constante des ventes de toutes les spécialités scabicides entre janvier 2005 et décembre 2007 (tableau 6). L'augmentation particulièrement importante pour l'ivermectine concerne également le benzoate de benzyle et l'esdepallethrine. La distribution mensuelle de ces ventes (figure 4) montre en outre une saisonnalité post-estivale.

I TABLEAU 6 I

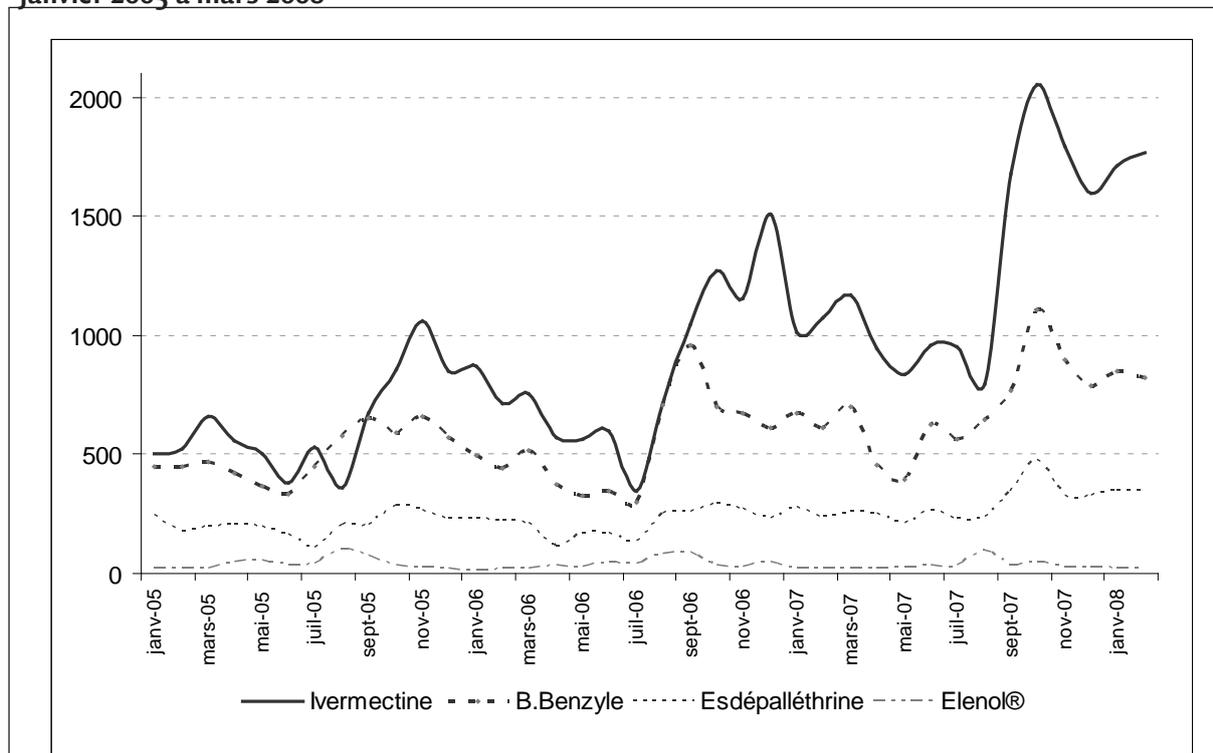
Pourcentage d'évolution des ventes des principales spécialités scabicides dans l'interrégion Nord, 2005 à 2008

Spécialité	2005-2006	2006-2007	2005-2007
Benzoate de benzyle (flacon 125 ml)	8 %	28 %	37 %
Ivermectine comprimés (boîte de 4 cps)	37 %	49 %	104 %
Esdepallethrine (aérosol 200 ml)	4 %	34 %	39 %
Total spécialités	20 %	35 %	64 %

Sources : Rapport Cire Nord 2008 – CERP Rouen.

I FIGURE 4 I

Distribution mensuelle des ventes de spécialités scabicides dans l'interrégion Nord, janvier 2005 à mars 2008



Source : CERP Rouen/Cire Nord.

3.3 ÉLÉMENTS DE COÛT

3.3.1 Coût d'un traitement pour un individu ou une famille

En 2009-2010, un traitement d'ivermectine coûtait environ 6 euros pour un enfant <15 kg et jusqu'à 30 euros pour un adulte. Ce traitement est remboursé à 65 % par la Sécurité sociale. En revanche, aucun scabicide local ou à visée de désinfection environnementale n'est remboursé. Le coût d'un flacon de benzoate de benzyle ou d'un flacon d'esdepalléthrine varie de 12 à 15 euros. Le seul produit de désinfection environnementale disponible (Apar®) coûte environ 10 euros par flacon aérosol de 200 ml et n'est pas remboursé. En 2009-2010, un traitement complet pour une famille associant ivermectine, scabicide local et traitement environnemental représentait ainsi une dépense d'au moins 75 euros non remboursés, sans tenir compte du coût d'un second traitement à J8 ou J15.

3.3.2 Estimation du coût total d'un épisode complexe de gale en collectivité

En septembre 2009, un centre d'aide par le travail de Gironde a signalé à la Cire Aquitaine un épisode de gale persistant malgré les traitements individuels à visée curative ou prophylactique et les traitements environnementaux. Cette collectivité accueillait 143 travailleurs handicapés et 30 personnels d'encadrement. Au total, 47 travailleurs et 3 personnels encadrants ont été atteints. Une récurrence a été rapportée pour 6 travailleurs et deux récurrences ont été rapportées pour 2 personnels encadrants. L'épisode n'a pu être jugulé qu'au bout de six mois. Chaque cas a reçu deux cures de traitement associant ivermectine et benzoate de benzyle. Le personnel et les travailleurs atteints ont bénéficié pour chaque épisode, d'un arrêt de travail d'environ quatre jours. En raison des récurrences, une partie de la collectivité a dû être traitée de manière prophylactique à deux reprises avec une dose unique d'ivermectine. Le premier traitement prophylactique a concerné 100 personnes, le deuxième 60 personnes. Pour les traitements successifs de l'environnement, 25 bombes d'acaricide Apar® ont été utilisées.

Le coût total de traitement des cas, des contacts et de l'environnement s'est élevé à 7 570 euros (tableau 7). Par ailleurs, 252 journées d'arrêt de travail ont été prescrites : 28 pour les personnels d'encadrement et 224 pour les travailleurs handicapés, respectivement.

I TABLEAU 7 I

Estimation du coût d'un épisode de gale survenu dans un centre d'aide par le travail de Gironde en 2009 : coût de traitement pour les cas (n=50), les contacts (n=123) et l'environnement

Type de traitement	N	Prix unitaire	Coût total
Patients	120 ^a	Benzoate de benzyle : 12 € (un flacon) Ivermectine : 21 € (boîte de 4 cps)	3 960 €
Contacts	160 ^b	Ivermectine : 21 €	3 360 €
Environnement	25 flacons	Apar® : 10 €	250 €
Total			7 570 €

^a 50 cas et 10 récurrences ; les 60 cas ont bénéficié de deux cures.

^b Deux cures pour certains contacts.

Source : Cire Aquitaine 2009.

3.4 ÉLÉMENTS DE GESTION, RÔLES DES ACTEURS, DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Dans ce paragraphe, nous synthétisons les commentaires et besoins exprimés par les Cire et les Ddass ayant répondu aux enquêtes ainsi que des informations spontanément rapportées à l'InVS par les acteurs locaux à l'occasion de leurs signalements ou de leurs demandes d'appui.

3.4.1 Des acteurs nombreux et des circuits de signalement variables

- Les Ddass. Selon 20 Ddass ayant répondu à la seconde enquête nationale, les raisons conduisant les partenaires à les contacter sont : un signalement pour information (100 %), une demande de conseils et orientation (100 %), une recherche d'information détaillée (60 %), un appui à l'investigation et/ou à la prise en charge (65 %), enfin une demande d'appui financier (45 %).
- Les Cire sont rarement sollicitées. Selon les 13 Cire ayant répondu à l'enquête nationale portant sur 2008, les Ddass gèrent "seules" la majorité des épisodes qui leur sont rapportés. Elles ne sollicitent les Cire que lorsque la situation est plus complexe, notamment pour des conseils (six Cire/13) ou un appui à l'investigation (3/13). Une de ces 13 Cire n'avait jamais été sollicitée, quatre autres avaient été simplement informées des signalements reçus par les Ddass et les huit dernières avaient été impliquées dans l'investigation et l'aide à la gestion de 35 épisodes de gale (151 cas). Parmi ces épisodes, 10 correspondaient à des cas isolés, 12 à des épisodes de cas groupés communautaires et 13 à des épisodes de cas groupés en ES-Ehpad (tableau 8).

I TABLEAU 8 I

Signalements de gale pris en charge par les Cire, France, 2008 : nombre d'épisodes, nombre et étendue des cas concernés

Signalements pour cas de gale	Cire ayant géré des épisodes	Nombre d'épisodes	Nombre cumulé de cas (étendue)
Cas isolés	4	10	10 ^a
Cas groupés : communauté	4	12	99 (2-54)
Cas groupés : ES-Ehpad	7	13	42 (2-19)
Ensemble	8	35	151 (1-54)

^a Le nombre d'épisodes correspond au nombre de cas.

Source : Enquête nationale auprès des Cire, 2009.

- Les cliniciens hospitaliers sont parfois sollicités face à des cas groupés, lorsque la situation semble devenir complexe. Ceci permet alors de confirmer le diagnostic ou à l'inverse de l'infirmer, en envisageant d'autres étiologies possibles.

Selon une Ddass, le fait de solliciter plus fréquemment les cliniciens pour la confirmation diagnostique pourrait expliquer l'impression ressentie d'une augmentation de la gale chez certains praticiens hospitaliers. Mais d'autres cliniciens ont indiqué aux Cire que cette augmentation leur semble bien réelle et n'est pas le reflet d'un biais de sensibilisation ou de signalement.

3.4.2 Des pratiques de signalement très variables

Le signalement aux Ddass semble plus systématique lorsque les épisodes concernent des collectivités. Pour les cas familiaux, le signalement ou la demande d'appui auprès des Ddass ou Cire ne sont effectués par le médecin généraliste et/ou la collectivité locale qu'en cas de difficultés majeures de gestion, par exemple lorsque l'entourage d'un cas n'arrive pas à assurer la désinfection du domicile, lorsque des ré-infestations se produisent et que les familles ne savent pas à qui s'adresser pour demander de l'aide.

Pour les établissements scolaires et autres collectivités, les signalements peuvent être effectués directement auprès des Ddass, de la médecine scolaire, de la PMI, etc., en fonction du contexte. La Ddass ne centralise donc pas nécessairement l'ensemble des signaux.

3.4.3 De nombreuses difficultés de prise en charge et de gestion

• Difficultés de diagnostic

Le diagnostic clinique d'une gale au stade précoce est souvent difficile en raison de la faible spécificité des symptômes présentés et/ou de la méconnaissance du diagnostic. De plus, la gale peut être évoquée par excès, notamment dans des collectivités. À titre d'exemple, près de 200 adolescents d'un camp de vacances ont été traités en urgence pour une gale un week-end. L'enquête épidémiologique réalisée par la Cire a permis dès le lundi d'infirmier le diagnostic, compte tenu de la courbe épidémiologique et du temps d'incubation de la gale. Il s'agissait de réactions allergiques liées à des chenilles processionnaires.

• Retard de prise en charge et/ou récidives

Les situations décrites étant nombreuses, nous n'avons retenu qu'un exemple. Une Ddass a relaté le cas d'un nourrisson souffrant de gale profuse ayant été hospitalisé à plusieurs reprises. L'hôpital avait prescrit des traitements successifs pour l'enfant et sa famille mais la recherche élargie des contacts n'avait été que tardivement demandée à la Ddass. Cette demande a été effectuée en raison de récidives. L'enquête de la Ddass a alors permis d'identifier une infection chez l'époux de l'assistante maternelle qui gardait occasionnellement le bébé. Cet épisode, ayant duré de nombreuses semaines, a occasionné de nombreuses difficultés dans la famille du nourrisson en raison des réactions de rejet du voisinage.

• Dilution des rôles et responsabilités respectifs

La répartition des rôles des acteurs de santé publique locaux (Ddass, médecine scolaire, services de protection maternelle infantile, mairies) semble varier d'un département ou d'une région à l'autre. De plus, cette répartition est souvent méconnue des intervenants, ce qui provoque une lenteur d'action, une absence de coordination, un renvoi d'une structure à l'autre et parfois, une absence de réponse. Ainsi, des médecins généralistes qui souhaitent un relais ou un appui des services sociaux pour s'assurer de la bonne compréhension et/ou de la mise en œuvre des traitements environnementaux ne savent pas nécessairement à quelle structure s'adresser.

• Problèmes financiers et problèmes d'accompagnement

Lors de l'enquête nationale auprès des Ddass, neuf d'entre elles ont indiqué que des assistantes sociales ou des médecins généralistes les ont sollicitées pour aider financièrement des familles en difficulté. Le traitement *per os* (ivermectine) est partiellement remboursé mais les scabicides à usage local ne le sont pas, de même que le traitement environnemental (litière, etc.). Or, ces traitements représentent un coût important pour les familles à revenus modestes. Il est également rapporté que les explications et/ou la compréhension sur le traitement du patient et de l'environnement ne semblent pas optimales, surtout lorsque les patients vivent dans des conditions défavorables.

Dans des centres d'aide par le travail ou dans certains Ehpad, la prescription implique de faire appel au médecin traitant de chacun des patients/résidents. Ces médecins hésitent parfois à prescrire un traitement prophylactique pour des personnes-contacts qu'ils n'ont pas vues en consultation. De même, les pharmaciens sont réticents à délivrer des médicaments à partir d'ordonnances collectives.

4. Discussion

4.1 AUGMENTATION DES SIGNALEMENTS ET DES CAS DE GALE EN FRANCE

Cet état des lieux reposant sur une méthodologie imparfaite, les situations analysées dans ce rapport sont loin d'être exhaustives ou représentatives de l'incidence de la gale en France. D'une part, le taux de réponse des Ddass à nos enquêtes est relativement bas (32 %). D'autre part, les cas isolés ou les épisodes de cas groupés familiaux ne nécessitent que très rarement d'être signalés aux autorités de santé publique. De plus, les pratiques de signalement ne sont pas homogènes entre les régions ; elles dépendent notamment du nombre d'institutions impliquées et des relations entre elles. Dans ce contexte, la proportion de cas signalés par rapport au nombre réel de cas est difficile à estimer, mais les Cire et les Ddass soulignent que ces signalements semblent ne représenter qu'une infime partie des cas survenant dans le pays.

L'augmentation des signalements, objectivée dans certaines Ddass ou ressentie dans d'autres, pourrait être liée à un biais de sensibilisation, les Ddass ayant rapporté les données pouvant être celles qui ont été confrontées à des situations particulièrement complexes. Pour les données issues du signalement des IN, les effectifs de signalements et de nombres de cas de gale ont régulièrement augmenté mais la part relative des signalements de gale est restée stable depuis 2001, de l'ordre de 2 à 3 %.

De la même manière, les données de ventes de médicaments ne reflètent pas strictement le nombre de patients traités pour gale. L'ivermectine, préalablement utilisée comme antihelminthique et antiscabieux dans le champ vétérinaire [4-6], a été introduite dans les programmes de lutte contre l'onchocercose vers la fin des années 1980. Son indication a été élargie au traitement de la gale dans les années 1990, après des études comparatives de son efficacité vs. celle du benzoate de benzyle [7]. Son utilisation simple, pratique (dose unique *per os*) et sa bonne tolérance ont progressivement conduit à élargir sa prescription au traitement prophylactique des contacts d'un cas de gale. On observe ainsi en France une augmentation de la courbe des ventes d'ivermectine à partir de 2003 (figure 3), suite à la mise en œuvre des recommandations nationales sur la prise en charge des cas de gale [1]. Enfin, l'intérêt de l'ivermectine pour traiter des épisodes récidivants de pédiculoses est de plus en plus souvent mentionné, bien que cette dernière indication ne soit pas formellement recommandée ni reconnue [7,8]. Pour ces diverses raisons liées à son spectre d'action, les données nationales de vente d'ivermectine pourraient conduire à surestimer le nombre de cas de gale en France. Il importe de rappeler qu'en raison de son faible pouvoir ovicide l'ivermectine est souvent prescrite deux fois à 15 jours d'intervalle [9,10]. De plus, les données recueillies ne permettent pas de prendre en compte d'autres facteurs comme le traitement des contacts, les secondes prises d'ivermectine liées aux formes cliniques de la maladie (gales profuses), les traitements itératifs qui sont parfois nécessaires dans certaines collectivités pour juguler une épidémie ou encore d'éventuelles prescriptions par excès (faux diagnostic de gale).

Mais parallèlement à l'augmentation de ventes d'ivermectine, une augmentation des ventes de scabicides à usage cutané a été objectivée par les chiffres nationaux et ceux de l'interrégion Nord. Ici encore, des traitements par excès ou des biais liés aux traitements itératifs ne peuvent être exclus. Mais l'esdepallethrine (Spregal®) et le benzoate de benzyle sont des produits d'application locale spécifiques pour la gale, relativement complexes à utiliser et parfois difficilement tolérés par des patients pouvant présenter d'autres lésions cutanées. De ce fait, l'augmentation observée des distributions d'esdepallethrine et de benzoate de benzyle dans l'interrégion Nord, ainsi que l'augmentation des ventes du benzoate de benzyle à l'échelle nationale, peuvent raisonnablement être interprétées comme liées à une augmentation réelle des cas de gale.

Aussi, malgré les biais évoqués, les données de consommation médicamenteuse associées aux autres informations quantitatives et qualitatives recueillies sont concordantes en faveur d'une augmentation de l'incidence de la gale. Il importe aussi de rappeler que cet état des lieux a été initié à la suite de nombreux messages évoquant une recrudescence de cette parasitose en France.

4.2 ESTIMATION DE L'INCIDENCE DE LA GALE EN FRANCE

À partir des données nationales de 2005 à 2009, le nombre annuel moyen de cas de gale est estimé à 337 ou 352 cas/10⁵ habitants, sur la base des ventes respectives de benzoate de benzyle et d'ivermectine. Nous avons comparé ces estimations avec les données d'autres pays. Seules quatre études en population générale, menées au Royaume-Uni, en Belgique et aux États-Unis ont été retenues ; d'autres études sont disponibles mais leurs données sont difficilement extrapolables à la situation française car elles portent sur des populations spécifiques : personnes sans abri, autochtones d'Australie, cohortes de patients suivis pour des infections sexuellement transmises. Selon Pannell *et al.* [11], l'incidence

des cas de gale suivis entre 1971 et 2003 par les médecins généralistes d'Angleterre et du pays de Galles serait passée de 380/10⁵ habitants en 1971 à 470/10⁵ habitants en 2000 et à 233/10⁵ habitants en 2003. Les auteurs rapportent une surincidence chez les femmes par rapport aux hommes avec une incidence moyenne de 437 vs 351 pour 10⁵/an respectivement sur la période 1994-2003. Toujours au Royaume-Uni, Downs *et al.* [12] ont analysé les registres de deux échantillons de 60 puis 91 médecins généralistes respectivement, entre 1971 et 1994. L'incidence annuelle de la gale exprimée en nombre de consultations était de 370, 120 et 340 consultations/10⁵ habitants en 1971, 1981 et 1991 respectivement. Les données mensuelles montraient une saisonnalité post-estivale. La répartition des cas par groupe d'âge, étudiée pour l'année 1994, montrait que l'incidence était plus élevée chez les plus jeunes : 53 chez les 0-4 ans, 60 chez les 5-15 ans, 34 chez les 15-44 ans, 12 chez les 45-64 ans et 9 chez les personnes âgées de 65 ans et plus. En Belgique où la gale est à notification obligatoire, une étude exhaustive a été effectuée auprès de l'ensemble des médecins généralistes, dermatologues et pédiatres de la ville de Gand, portant sur l'année 2004 [13]. Cette enquête indique une incidence de 28 cas/10⁵/an, mais avec un taux de réponse des médecins interrogés très bas (4 %). Les données de notification obligatoire rapportent, quant à elles, un taux d'incidence deux fois plus bas, pour au moins 50 % de sous-notification estimée dans la ville de Gand. Enfin, aux États-Unis, une étude [14] a porté sur les registres d'assurance médicale des employés du secteur privé entre 2001 et 2005, couvrant plus de cinq millions d'assurés avec leurs familles. Sur la base du nombre de consultations et des consommations médicales, les auteurs estiment l'incidence de la gale à 68,8 cas/10⁵/an pour la période concernée. Comme au Royaume-Uni, une surincidence chez les femmes était retrouvée (64,5 vs 72,7 chez les hommes), de même que le gradient d'incidence selon la classe d'âge : 109 chez les <15 ans, 91 pour les 15-24 ans, 57 pour les 25-34 ans et 49 pour les 35-64 ans.

Nos estimations à partir des consommations médicales sont proches des données anglaises, permettant de supposer que l'incidence estimée de la gale en France se situe dans une fourchette de 330 à 350 cas et contacts pour 10⁵ habitants/an.

4.3 CONSÉQUENCES OBSERVÉES

L'importance des informations spontanément disponibles en région, la motivation des personnes contactées pour répondre à nos questions ou pour fournir des informations supplémentaires traduisent une réelle préoccupation de la part des acteurs de terrain ; il faut toutefois rappeler que le taux de réponses des Ddass s'élève à 32 % pour les deux enquêtes nationales regroupées. La charge de travail générée par les signalements de gale pourrait être surestimée, si l'on considère que les situations décrites concernent des situations suffisamment complexes pour avoir justifié une sollicitation des autorités sanitaires : prise en charge insuffisante dans l'entourage d'un cas, parfois aggravée par une information et une prise en charge insuffisantes du cas index, contraintes financières, difficultés de coordination entre les institutions responsables, etc.

En termes de coût, l'exemple étudié par la Cire Aquitaine illustre le poids économique important que peut représenter un épisode de gale. Notre estimation se situe certainement dans la fourchette basse du coût réel, d'autres éléments n'ayant pas pu être intégrés : traitements des contacts familiaux, frais d'hospitalisation pour 2 cas de gale profuse, baisse d'activité de l'entreprise, renforcement des mesures d'hygiène, consultations médicales, aide à la gestion par les personnels de la Ddass. Par ailleurs, cet épisode persistant de gale, particulièrement complexe à maîtriser, a eu d'autres impacts difficilement quantifiables (surcharge de travail, modification des procédures de travail, stress...).

5. Recommandations

Des pistes d'amélioration ont déjà été suggérées par les acteurs ayant répondu à nos enquêtes. Ces recommandations s'adressent le plus souvent aux niveaux départemental et/ou régional.

- Renforcer la coordination des acteurs impliqués en clarifiant les rôles et responsabilités respectives. Cette recommandation souhaitée par de nombreux intervenants vise à :
 - faciliter le recours aux structures de gestion en cas de besoin (difficultés financières, mauvaise compréhension des prescriptions, difficultés de mise en œuvre, etc.) ;
 - identifier les ressources pour financer la prise en charge thérapeutique des patients et le traitement de l'environnement, pour les familles les plus modestes. Ces ressources semblent exister dans certaines grandes villes sous la forme de fonds budgétaires de réserve.
- Informer et sensibiliser les médecins généralistes, et les inciter à signaler aux services de santé publique (à décider localement, cf. supra) les cas pour lesquels ils suspectent des difficultés majeures. Cette sensibilisation apparaît indispensable pour améliorer le diagnostic précoce et la prise en charge adaptée des cas identifiés.

- Lorsque des cas de gale surviennent dans une collectivité, l'Agence régionale de santé et la Cire, les antennes régionales des CCLin le cas échéant, devraient être rapidement saisies afin d'évaluer les difficultés de gestion avérées, prévisibles ou potentielles.
- Faciliter la réalisation de prescriptions médicales collectives pour la prise en charge d'épidémies.
- Améliorer la diffusion des documents d'information et des référentiels communs (conduites à tenir, plaquettes, etc.). Le personnel est souvent formé et compétent, mais il persiste des besoins de formation ou information.

6. Conclusion

Les informations regroupées dans ce rapport permettent de conclure en faveur d'une augmentation de l'incidence de la gale dans la communauté. Bien que cette parasitose soit le plus souvent bénigne, elle est très contagieuse et affecte un nombre important d'individus. De plus, tout retard de diagnostic et de prise en charge des cas, des contacts et de leur environnement est générateur de difficultés de gestion dans la communauté avec un coût humain, social et économique non négligeable.

Il semble opportun de constituer un groupe de travail avec l'ensemble des partenaires impliqués sous la coordination de l'autorité sanitaire, afin de discuter la pertinence et la faisabilité de mise en œuvre des recommandations proposées. Parallèlement, la sensibilisation et la diffusion des informations auprès des médecins (généralistes, dermatologues et gériatres en particulier), des autres partenaires et de la communauté doit être encouragée. La mise en œuvre d'études complémentaires (suivi de l'incidence de la gale, suivi des ventes de scabicides et de leur efficacité thérapeutique, etc.) pourraient aussi être discutées au sein de ce groupe et favoriser le développement de connaissances supplémentaires.

Références bibliographiques

- [1] HCSP. Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section des maladies transmissibles, relatif à la conduite à tenir devant un cas de gale. Disponible à partir de l'URL : <http://www.sante.gouv.fr>
- [2] CCLin Sud-Ouest. Recommandations concernant la gestion de la gale dans les établissements de soins et médico-sociaux; 2004. Disponible à partir de l'URL : <http://www.cclin-sudouest.com>
- [3] Cire Aquitaine. Épidémie de gale communautaire. Guide d'investigation et d'aide à la gestion. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2008. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>
- [4] Campbell WC, Benz GW. Ivermectin: a review of efficacy and safety. *J Vet Pharmacol Ther* 1984;7(1):1-16.
- [5] Prichard RK. Anthelmintics and control. *Vet Parasitol* 1988;27(1-2):97-109.
- [6] Sutherland IH. Veterinary use of ivermectin. *Acta Leiden* 1990;59(1-2):211-6.
- [7] Caumes E, Danis M. [New indications of ivermectin]. *Rev Med Interne* 2001;22(4):379-84.
- [8] Chosidow O. Scabies and pediculosis. *Lancet* 2000;355(9206):819-26.
- [9] Chosidow O. Clinical practices. Scabies. *N Engl J Med* 2006 Apr 20;354(16):1718-27.
- [10] Currie BJ, McCarthy JS. Permethrin and ivermectin for scabies. *N Engl J Med* 2010 Feb 25;362(8):717-25.
- [11] Pannell RS, Fleming DM, Cross KW. The incidence of molluscum contagiosum, scabies and lichen planus. *Epidemiol Infect* 2005;133(6):985-91.
- [12] Downs AM, Harvey I, Kennedy CT. The epidemiology of head lice and scabies in the UK. *Epidemiol Infect* 1999;122(3):471-7.
- [13] Lapeere H, Naeyaert JM, De Weert J, et al. Incidence of scabies in Belgium. *Epidemiol Infect* 2008;136(3): 395-8.
- [14] Owusu-Edusei K Jr, Chesson HW, Gift TL. The Economic Burden of Pediculosis Pubis and Scabies Infections Treated on an Outpatient Basis in the United States: Evidence From Private Insurance Claims Data, 2001-2005. *Sex Transm Dis* 2009.

Annexes

ANNEXE 1 - RAPPELS SUR LA MALADIE ET LES TRAITEMENTS

La gale est une maladie ubiquitaire pouvant toucher les personnes des deux sexes, de tous les âges et de tous les milieux sociaux. Il s'agit d'une parasitose cutanée liée à la colonisation des couches superficielles de l'épiderme par un acarien : *Sarcoptes scabiei hominis*.

La transmission est essentiellement inter-humaine par contact direct. Les femelles adultes fécondées sont les vecteurs essentiels. Les facteurs favorisant la transmission sont notamment les contacts physiques rapprochés fréquents (enfants, contacts sexuels) et la vie en collectivité. Le réservoir est essentiellement humain ; la transmission indirecte par le linge et la literie est plus rare du fait de l'affaiblissement du parasite hors de son hôte habituel. La survie de l'acarien dans l'environnement est brève : deux à quatre jours si les conditions de survie sont favorables (température basse, humidité élevée...).

La période d'incubation est de quatre à six semaines. Elle varie en fonction de l'inoculum. En cas de ré-infestation, elle est réduite à quelques jours. La gale commune de l'adulte se manifeste par un prurit quasi-constant à recrudescence nocturne, avec des lésions spécifiques mais inconstamment retrouvées : sillon scabieux, vésicule perlée translucide avec une base érythémateuse, nodule scabieux rouge/brun cuivré infiltré à la palpation. Elles sont localisées de manière caractéristique au niveau des espaces interdigitaux dorsaux des mains, de la face antérieure des poignets, des coudes, des plis axillaires, des fesses, des aréoles mammaires chez la femme et des organes génitaux chez l'homme. Des lésions non spécifiques secondaires peuvent apparaître : lésions urticariennes, eczématisation, excoriations, impétigo.

La gale profuse et la gale hyperkératosique se manifestent par des lésions moins caractéristiques ; ces formes doivent cependant être identifiées du fait de leur très forte contagiosité.

Le diagnostic est principalement clinique. Les notions de contagé et de prurit dans l'entourage sont évocatrices du diagnostic. L'examen parasitologique direct permet de confirmer le diagnostic, notamment dans les formes atypiques, en l'absence de contexte épidémiologique évocateur ou en cas d'épidémies.

Il n'y a pas de guérison spontanée de la maladie. Les traitements individuels comprennent des produits à usage local ainsi qu'un traitement par voie générale. Ils doivent s'accompagner du traitement de l'entourage et de l'environnement.

I TABLEAU 1 I

Tableau des traitements antiscabieux

Dénomination	Principe actif et dosage unitaire	Indication Contre indication particulière	NL	Date de l'autorisation	Laboratoire
ASCABIOL, lotion pour application locale	benzoate de benzyle 10 g pour 100 ml sulfiram 2 g pour 100 ml	Traitement de la gale Précautions chez l'enfant de moins de 2 ans	L0133	22-janv-85	ZAMBON FRANCE
SPREGAL, lotion en flacon pressurisé	esdépalléthrine 0,66 g pour 100 g butoxyde de piperonyle 5,3 g pour 100 g	Traitement local de la gale Contre indiqué aux sujets asthmatiques, nourrissons	L0122	15-juin-84	PHARMYGIENE SCAT
ELENOL, crème pour application locale	lindane 1g pour 100 g Chlorhydrate d'amyléme 0,6 g pour 100g	Traitement de la gale Précautions chez l'enfant de moins de 2 ans	L0136	30-nov-84	GERDA
SCABECID 1 POUR CENT, crème fluide	Lindane 1g pour 100 g	Traitement de la gale Contre indiqué chez l'enfant de moins de 2 ans	L0130	17-juin-86	STIEFEL
STROMEKTOL 3 mg, comprimé,	Ivermectine 3 mg par comprimé 200 µg/kg en une seule prise	Traitement de la gale sarcoptique humaine Précautions chez l'enfant de moins de 15 kg	NL24461	19-11-99	MERCK SHARP - DHOME CHIBRET

Source : Extrait de l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section des maladies transmissibles, relatif à la conduite à tenir devant un cas de gale [1].

ANNEXE 2 - ENQUÊTE NATIONALE AUPRÈS DES CIRE, 2009

Sondage auprès des Ddass : "Estimation du problème de la gale" DMI - 17 février 2009

Date /___/___/2009/

Ddass

Nom du correspondant

Téléphone

1. Au cours de l'année 2008, avez-vous reçu des signalements pour des cas de gale ?

OUI NON

2. Si oui, préciser le nombre de signalements et, si possible, le nombre de personnes concernées

2.1. Cas isolé :

OUI NON ___ signalements

2.2. Cas groupés en EHPAD ou établissement de soins

OUI NON ___ signalements ___ personnes en moyenne/signal

2.3. Cas groupés en communauté : école, crèche, etc. (N signalements)

OUI NON ___ signalements ___ personnes en moyenne/signal

3. Quels sont les problèmes ou les raisons ayant justifié une intervention ?

3.1. Signalement simple :

OUI NON

3.2. Conseils, orientation, accès aux guides :

OUI NON

3.3. Recherche d'information plus détaillée :

OUI NON

Si oui, préciser la demande (texte libre) :

3.4. Appui à l'investigation

OUI NON

Si oui, préciser (exemple : nombre de cas trop important, impression de récurrence, difficultés à interrompre la transmission, etc.) : texte libre

3.5. Autres raisons ? préciser

4. Avez-vous eu des discussions/réunions concernant la gale avec des acteurs locaux ?

Si oui, préciser qui et pourquoi (texte libre)

5. Peut-on vous contacter pour plus de détails ?

OUI NON

Merci !

Merci de renvoyer ce questionnaire à Dounia BITAR- d.bitar@invs.sante.fr Tel 01 41 79 68 24

ANNEXE 3 - ENQUÊTE NATIONALE AUPRÈS DES DDASS, 2010



Signalements de gale 2005-2009

Sondage auprès des ARS-DT
Enquête InVS- DMI , 7 juin 2010

Date /__/__/2010/ ARS ou ARS-DT :

Nom du répondant ARS :..... Téléphone email :

Nom du correspondant Cire : Téléphone email :

1. Avez-vous reçu des signalements pour des cas de gale entre 2005 et 2009 ?

OUI NON

2. Si oui :

Indiquez le nombre de signalements par année et, si possible, les nombres de Cas et de Contacts concernés chaque année (points 2.1 et 2.2). En cas d'impossibilité à différencier les cas et contacts, indiquer uniquement le nombre de cas et cocher "X" pour le nombre de contacts.

2.1. Cas isolé : OUI NON

Si OUI :

Nombre de cas signalés 2005 ___ ; 2006 ___ ; 2007 ___ ; 2008 ___ ; 2009 ___

Nombre de contacts 2005 ___ ; 2006 ___ ; 2007 ___ ; 2008 ___ ; 2009 ___

2.2. Cas groupés : OUI NON

Si OUI,

	Etablissements de santé / EHPAD			Collectivités (école, crèche, centre pénitentiaire, etc.)		
	Nombre d'épisodes	Nombre total de Cas	Nombre total de Contacts	Nombre d'épisodes	Nombre total de Cas	Nombre total de Contacts
2005						
2006						
2007						
2008						
2009						

Veuillez renvoyer ce questionnaire à : Dounia BITAR- d.bitar@invs.sante.fr Tel. 01 41 79 68 24

ANNEXE 3 (SUITE) - ENQUÊTE NATIONALE AUPRÈS DES DDASS, 2010

Questionnaire gale InVS-Juin 2010

3. Quels sont les éléments ayant justifié un signalement à l'ARS-DT (ex DDASS) ?

3.1. Signalement pour information : OUI NON

3.2. Conseils, orientation, accès aux guides : OUI NON

3.3. Recherche d'informations détaillées : OUI NON

Si oui, préciser la demande (texte libre) :

3.4. Appui à l'investigation / gestion OUI NON

Si oui, préciser (exemple : nombre de cas trop important, impression de récurrence, difficultés à interrompre la transmission, etc.) : texte libre

3.5. Demande de financement OUI NON

Si oui, merci de détailler à l'aide d'exemples concrets .

3.6. Autres raisons ? préciser

4. Liens avec les partenaires

4.1. Avez-vous eu des échanges (entretiens/réunions) concernant la gale avec des acteurs locaux?

Si oui, préciser quels partenaires et pourquoi (texte libre):

4.2. Avez-vous contacté la CIRE ? Si oui, précisez pour quelle(s) raison(s):

5. Peut-on vous contacter pour plus de détails ? OUI NON

Merci de votre participation

Veuillez renvoyer ce questionnaire à : Dounia BITAR- d.bitar@invs.sante.fr Tel. 01 41 79 68 24

La gale est-elle en augmentation en France ?

ÉTAT DES LIEUX À PARTIR DE DIVERSES ENQUÊTES RÉGIONALES ET NATIONALES
2008-2010

La gale est une parasitose cutanée généralement bénigne hautement contagieuse, pouvant toucher des individus de tout âge et tout milieu social. Suite à divers signaux évoquant une recrudescence de l'infection, nous avons regroupé les résultats de sept études réalisées par l'InVS/Cire entre 2008 et 2010. Cinq études auprès des partenaires locaux montrent une augmentation des signalements d'épisodes de gale en collectivités (écoles, établissements médico-sociaux, etc.). Elles soulignent, par ailleurs, un retard au diagnostic et au traitement (individuel et de l'environnement) parfois associé à des difficultés financières ou de compréhension des prescriptions. Deux études montrent une augmentation des ventes de scabicides aux échelons régional et national. L'étude nationale montre respectivement +11 % et +24 % pour les ventes de benzyle benzoate et d'ivermectine entre 2005 et 2009. Elle permet d'estimer l'incidence entre 330 et 350 cas de gale pour 10⁵ habitants par an.

En l'absence de surveillance spécifique de la gale ces données sont à interpréter avec précaution, mais l'ensemble des résultats indique une augmentation de l'incidence de la gale en France. Un renforcement de la sensibilisation du public et des cliniciens pour le diagnostic précoce, une meilleure coordination entre acteurs locaux et régionaux (ARS-DT, Cire, CClin le cas échéant) permettraient d'améliorer la prise en charge et de limiter la diffusion de l'infection, en particulier lors de situations complexes.

Mots clés : gale, enquête épidémiologique, incidence, France

Is scabies increasing in France ?

REVIEW BASED ON VARIOUS REGIONAL AND NATIONAL STUDIES
2008-2010

Scabies is a highly contagious skin infection, usually mild, affecting people of all ages and social classes. Following reports from local public health partners indicating an increasing incidence, we regrouped results from seven studies carried out at the local/national levels by the InVS/Cire between 2008 and 2010. In five studies, local partners indicated that they received more frequent reports of clusters from settings such as schools or nursing homes. They also reported delayed diagnosis and treatment (for patients and the environment), as well as financial difficulties or misunderstandings about treatment for some patients. Two studies on drugs sales showed an increase of antiscabies treatment sales at the regional/national levels. The national study (2005-2009) showed a +11 % and +24% increase of benzyl benzoate and ivermectine sales, respectively. From sales data we estimated incidence between 330 and 350 scabies cases per 10⁵ population per year in France.

In the absence of a specific surveillance system, reports to public health authorities may be biased. However all studies synthesised in this report converge towards an increasing incidence of scabies in France. Recommendations include information of the public and general practitioners for earlier diagnosis and treatment, and a better coordination of local and regional stakeholders in order to facilitate the management of complex situations and to reduce the dissemination of this infection.

Citation suggérée :

Bitar D, Castor C, Che D, Fischer A, Haeghebaert S, Thiolet JM. La gale est-elle en augmentation en France ? État des lieux à partir de diverses enquêtes régionales et nationales – 2008-2010. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 20 p. Disponible à partir de l'URL: <http://www.invs.sante.fr>.

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

12 rue du Val d'Osne

94415 Saint-Maurice Cedex France

Tél. : 33 (0)1 41 79 67 00

Fax : 33 (0)1 41 79 67 67

www.invs.sante.fr

ISSN : 1 956-6956

ISBN-NET : 9 78-2-11-128248-3

Dépôt légal : mars 2011