



**Page 1** | Evaluation du système de surveillance basé sur les données de l'association SOS Médecins Bordeaux |

**Page 4** | Impact sanitaire suite à un incident survenu sur un réseau d'adduction d'eau potable à Pineuilh, Gironde, Mai 2008 |

**Page 6** | Zoom sur les épidémies de gale communautaires |

## Editorial

Le 10 septembre dernier, l'ensemble des professionnels de la veille sanitaire de la région Aquitaine s'était donné rendez-vous à Artigues-près-Bordeaux pour la 1<sup>ère</sup> Journée régionale de veille sanitaire organisée par la Cire en collaboration avec la Drass. Dans notre prochain numéro du BVS, nous vous ferons revivre les moments forts de cette journée à l'aube de la mise en place de l'Agence régionale de santé. Pour l'heure, nous vous présentons ici une évaluation détaillée de la surveillance réalisée à partir des données de « SOS médecins », un des acteurs incontournables de la surveillance dite « non spécifique » ou encore « syndromique ». Nous reviendrons ensuite

sur la pollution du réseau d'eau d'une commune girondine survenue en 2008, et son impact sanitaire. Notre « Zoom » portera sur les épidémies de gale communautaires suite aux nombreux signalements en Aquitaine ces dernières années. Pour les prochains numéros du BVS, vecteur d'information sur la veille sanitaire en Aquitaine, la Cire lance un appel à vous tous, professionnels de santé de la région, pour nous proposer des articles valorisant vos actions. N'hésitez pas à nous contacter pour en savoir plus. En vous souhaitant une bonne fin d'année 2009.

Patrick Rolland

## Evaluation du système de surveillance basé sur les données de l'association SOS Médecins Bordeaux

En janvier 2005, une collaboration a été mise en place entre la Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) Aquitaine et l'association SOS Médecins Bordeaux dans le but de développer un système de surveillance des visites effectuées par les médecins de l'association. Après trois années de fonctionnement, la Cire a souhaité évaluer la performance de ce système de surveillance en matière de capacité à surveiller des indicateurs syndromiques, détecter des événements sanitaires inhabituels, suivre des phénomènes sanitaires attendus et mesurer l'impact sanitaire d'un

événement. La Cire Aquitaine a ainsi réalisé l'évaluation de ce système selon les recommandations des « Centers for Disease Control and Prevention » (CDC) d'Atlanta.

### 1. Méthode

La performance du système de surveillance SOS Médecins Bordeaux a été évaluée sur la base des 9 critères identifiés par le CDC dans le guide d'évaluation des systèmes de surveillance sanitaire [1] (tableau 1).

**Tableau 1 : Critères de performance, définition et type d'évaluation**

Critères	Définition	Type d'évaluation
Simplicité	Simplicité du système et facilité de mise en œuvre	Qualitative
Flexibilité	Capacité d'adaptation du système aux changements	Qualitative
Stabilité	Fiabilité et disponibilité du système	Qualitative
Qualité des données	Complétude et validité des données	Quantitative
Sensibilité (Se)	Capacité du système à identifier des vrais phénomènes épidémiques	Quantitative
Valeur prédictive positive (VPP)	Probabilité d'être en épidémie suite à une alerte déclenchée par le système	Quantitative
Représentativité	Représentation d'un phénomène sanitaire	Quantitative
Réactivité	Temps de détection d'un phénomène sanitaire	Quantitative
Acceptabilité	Participation des acteurs et intérêt pour le système	Quantitative/Qualitative

Une évaluation qualitative a été réalisée pour les critères de « simplicité », « flexibilité » et « stabilité ». Celle-ci s'est basée sur la structure du système, ses modalités de fonctionnement, notamment le niveau d'intégration des données dans le système de surveillance et les méthodes de collecte et d'analyse mises en place.

Pour les autres critères, une évaluation quantitative a été réalisée à partir des données issues de cas concrets tels que celui du suivi des épidémies de grippe à partir des visites pour syndromes grippaux de 1999 à 2007. Enfin, pour évaluer l'acceptabilité du système par ses acteurs, un questionnaire portant sur l'intérêt du dispositif et de la rétro-information leur a été adressé.

## 2. Résultats

### Simplicité, flexibilité, stabilité

Le fonctionnement de ce système est relativement simple : il repose d'une part sur l'enregistrement de chaque appel et la saisie du diagnostic par le médecin en fin de visite sur « Personal Digital Assistant » (PDA), procédé adopté par l'association depuis ses débuts ; et d'autre part sur l'envoi automatique de ces données vers l'InVS pour exploitation nationale et régionale, qui ne demande aucun travail supplémentaire aux médecins.

La flexibilité du système est totale puisqu'il est possible de créer sans délai un nouvel indicateur sanitaire ou de modifier un indicateur existant sans interférer sur les modalités de collecte des données par les médecins.

Depuis la mise en place du système, hormis une période de deux semaines en juin 2005 où un changement de serveur a empêché l'envoi des données, aucun dysfonctionnement du système n'a été noté.

### Qualité des données

La complétude des données a été évaluée à partir de la qualité de remplissage des visites pour les six variables nécessaires à l'utilisation des données dans un but de surveillance épidémiologique (âge, sexe, commune, motif, origine de l'appel et diagnostic). Cette analyse a donc mis en évidence une qualité des données relativement bonne puisque la proportion de remplissage de ces variables variait de 83 % à 100 %, avec très peu de données manquantes pour les variables âge, sexe, commune, motif et origine de l'appel, et des diagnostics manquants pour 17 % des visites.

### Validité du système : Sensibilité, valeur prédictive positive et représentativité

Une comparaison des données relatives aux visites de SOS Médecins pour syndromes grippaux (regroupement des diagnostics de grippe, syndromes grippaux, fièvre isolée et autres viroses) aux données de grippe clinique estimées par le Réseau Sentinelles sur la région Aquitaine a été réalisée. Cette étude a mis en évidence une très bonne corrélation entre ces deux sources de données ( $r=0,87$ ), une très bonne capacité du système SOS Médecins à identifier les épidémies de grippe avec une sensibilité et une spécificité de 93 %, ainsi qu'une valeur prédictive positive de 61 % qui signifie qu'en cas d'alerte déclenchée par le système, il y a 61 % de probabilité d'être en épidémie.

## Réactivité

La disponibilité des données de SOS Médecins à J+1 permet d'informer très rapidement les autorités sanitaires d'éventuels événements sanitaires jugés inhabituels après analyse et validation auprès des professionnels de santé. Par exemple, lors de la vague de chaleur survenue en juillet 2006, le niveau d'alerte du plan national canicule avait été déclenché le 16 juillet en Gironde à partir de l'analyse des données météorologiques et de l'activité relative aux passages aux urgences. Le suivi des données de SOS Médecins Bordeaux avait révélé une augmentation inhabituelle du nombre de visites pour des pathologies liées à la chaleur ainsi qu'une augmentation de l'activité globale de l'association dès le 14 juillet.

## Acceptabilité

Sur l'ensemble des médecins de l'association SOS Médecins Bordeaux (64 médecins), peu d'entre eux ne saisissent pas les informations en fin de visite. La participation des médecins au système de surveillance est très satisfaisante.

Parmi les 25 répondants au questionnaire, 13 étaient des médecins de SOS Médecins Bordeaux, 8 des urgentistes, et 4 des représentants des Ddass, Drass, ARH. Tous considéraient les informations issues de ce système utiles pour leur activité professionnelle, et 23 d'entre eux étaient satisfaits du contenu du retour d'information.

Parmi les 13 médecins ayant répondu au questionnaire d'évaluation, tous étaient conscients de l'intérêt de disposer d'un tel système de surveillance épidémiologique, notamment pour détecter des situations inhabituelles (100 %), identifier des épidémies (92 %) et servir de base pour communiquer (77 %).

## 3. Conclusion

Cette évaluation a mis en évidence un système simple d'utilisation avec une automatisation totale de l'application, une grande flexibilité liée à la possibilité de modifier facilement les indicateurs sous surveillance et une bonne stabilité du système qui fonctionne en continu depuis 2005.

D'après l'analyse des données relatives aux syndromes grippaux, le système SOS Médecins présente une très bonne sensibilité (93 %) et une valeur prédictive positive de 61 % et est représentatif des phénomènes épidémiques observés à l'échelon régional par le Réseau Sentinelles. L'analyse de ces visites apparaît donc pertinent pour suivre les variations saisonnières de grippe et identifier les périodes épidémiques. Toutefois, ces critères de performance (Se, VPP) ont été décrits pour des phénomènes épidémiques saisonniers à forte incidence ; il conviendrait également de les évaluer dans le cadre de détection d'événements inhabituels.

L'évaluation a mis en évidence une qualité des données relativement bonne avec peu de données manquantes. Cependant, concernant les diagnostics, qui sont la base de l'analyse épidémiologique, la part de diagnostic manquant peut être un facteur limitant (17 % de données manquantes).

Enfin, malgré la bonne participation au système de surveillance pour la quasi-totalité des médecins, peu d'entre eux ont répondu à l'enquête. Cependant, les médecins ayant répondu trouvent ce système utile en termes de gestion et de communication notamment dans leur pratique quotidienne auprès des patients.

En disposant de données en temps réel sur l'état morbide de la population de l'agglomération bordelaise, ce système peut permettre d'identifier des événements inattendus ou attendus tels que les épidémies saisonnières de grippe par exemple mais également de mesurer l'impact d'un événement sanitaire tel qu'une vague de chaleur. Il repose essentiellement sur la collaboration et l'implication des médecins de l'association que nous tenons à remercier vivement.

[1] CDC. Guidelines for evaluating surveillance systems. MMWR 1988;37(No. S-5).

[2] CDC. Updated Guidelines for evaluating public health surveillance systems. MMWR 2001;50

# Impact sanitaire suite à un incident survenu sur un réseau d'adduction d'eau potable à Pineuilh, Gironde, Mai 2008

## 1. Contexte

Quelques jours après un incident survenu le 30 avril 2008 sur le réseau d'adduction d'eau potable (AEP) concernant une canalisation d'eau potable et une canalisation d'eaux usées, plusieurs cas de gastro-entérite aigue (GEA) sont signalés à la mairie. La Ddass est informée de la situation et prescrit des analyses d'eau et des mesures de correction sur le réseau d'AEP. Le 13 mai 2008, les résultats d'analyses ne sont toujours pas conformes indiquant que les mesures de correction ne sont pas efficaces. Devant ces résultats, la Ddass demande à la Cire de réaliser un bilan de l'étendue de l'intoxication. Il est alors décidé d'investiguer cet épisode afin de quantifier son impact sanitaire et d'étudier le lien entre les cas de gastro-entérite et la contamination de l'eau potable.

## 2. Méthode

### Investigation épidémiologique

Une enquête descriptive par téléphone a été réalisée par la Cire auprès de la population exposée à la pollution (figure 1). La population concernée comprenait 106 foyers, soit entre 200 et 300 personnes. Un cas a été défini comme toute personne résidant dans la zone exposée et ayant déclaré des symptômes digestifs hauts ou bas entre le 30 avril et le 15 mai 2008. Un foyer était considéré comme « malade » si au moins une personne du foyer correspondait à la définition d'un cas, et comme « exposé » si au moins une personne consommait de l'eau du réseau d'AEP. Pour chaque foyer, un questionnaire a été renseigné, précisant le nombre de personnes appartenant au foyer ainsi que le nombre de cas dans le foyer. Un questionnaire individuel destiné à chaque cas a été posé.

### Analyses microbiologiques

Lorsque des cas ont été identifiés au cours de l'enquête, il leur a été demandé, lors de signes persistants, de réaliser des coprocultures afin de rechercher d'éventuels germes pathogènes. Les prélèvements ont également été envoyés au Centre national de référence (CNR) des virus entériques pour analyse virologique.

Concernant la contamination du réseau d'AEP, des recherches de germes fécaux ont été réalisées par la Ddass.

### Mesure de l'impact sanitaire

Les pharmacies des communes de Pineuilh (n=1) et de Sainte Foy la Grande (n=4) ont été sollicitées a posteriori afin de transmettre leurs ventes quotidiennes des principaux médicaments prescrits pour des gastro-entérites, dont la liste a été établie à partir du guide de détection et investigation des épidémies d'infection liées à l'ingestion d'eau de distribution [1] et des résultats de l'enquête épidémiologique. Les ventes ont été analysées par jour et par semaine, dans l'objectif de comparer la quantité de médicaments vendus pendant la période où les symptômes ont été déclarés avec les périodes précédentes et suivantes.

## 3. Résultats

### Investigation épidémiologique

Sur les 106 foyers de la zone concernée, 63 ont pu être interrogés par téléphone, soit 140 personnes exposées. Parmi elles, 77 correspondaient à la définition des cas, soit un taux d'attaque de 54,3 %. La plupart des malades étaient situés dans la partie finale du réseau, près de la coupure occasionnée par les travaux (figure 1).

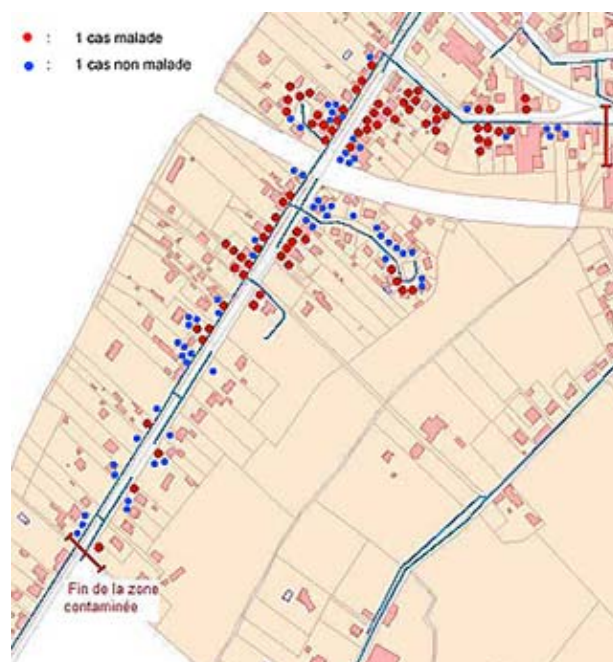


Figure 1 : Carte représentant le réseau d'eau et la répartition des cas sur le quartier concerné

La répartition des 75 cas (2 personnes malades n'ont pas souhaité répondre au questionnaire) en fonction de la date de début des signes, entre le 30 avril et le 15 mai 2008, est présentée sur la figure 2. On constate que le pic épidémique se situait le 3 mai, soit 4 jours après la survenue de l'incident, avec plus de la moitié des cas déclarés entre le 3 et le 5 mai.

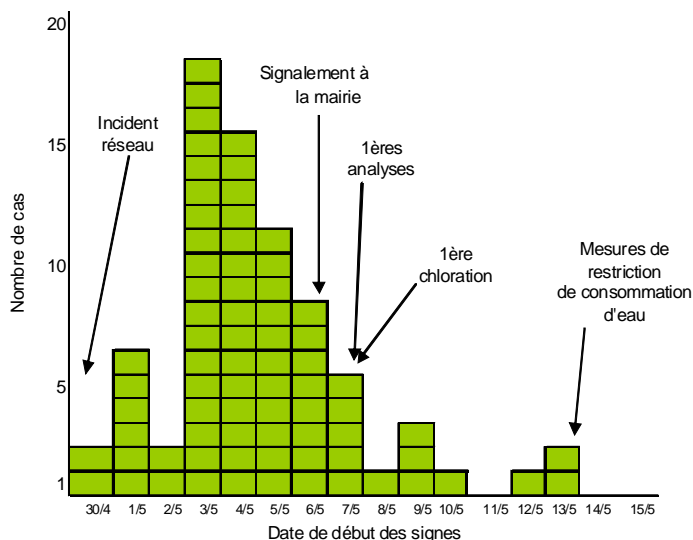


Figure 2 : Répartition des cas du 30/04 au 15/05/08

Sur les 75 cas, 38 étaient des femmes (50 %). La moyenne d'âge des cas était de 53 ans (3 - 93 ans). Les symptômes déclarés étaient essentiellement des signes digestifs, hauts ou bas : une diarrhée pour 91 % des cas, des douleurs abdominales pour 88 %, des pertes d'appétit pour 69 %, des nausées pour plus de 60 % d'entre eux. Les deux tiers des cas présentaient également des céphalées. La durée de la symptomatologie était en moyenne de 3,4 jours, avec une durée maximale de 15 jours. Parmi les cas, 29 personnes ont eu besoin d'un arrêt de travail ou d'une interruption d'activité, allant de 1 à 10 jours (médiane 2 jours) et 30 personnes sont restées alitées entre 1 et 10 jours. Une personne a été hospitalisée pendant 48 heures, 34 ont consulté un médecin et 2 sont passées aux urgences sans hospitalisation.

Sur les 75 malades interrogés, 66 ont eu recours à un traitement médicamenteux, dont la moitié sur prescription médicale. Les 4 médicaments les plus utilisés étaient un anti-diarrhéique (Imodium® (n= 24)), un pansement gastrique (Smecta® (n=20)), un antispasmodique (Spasfon® (n= 5)) et des antibiotiques (n=21).

Le risque relatif (RR) qu'un foyer soit malade sachant qu'une personne avait consommé de l'eau du réseau d'AEP était de 18,5 (intervalle de confiance (IC) à 95 % : [2,7 - 125,7]). La survenue d'une GEA n'était pas significativement liée à une alimentation en eau par un puits privé (RR = 1,2 [0,8 - 1,7]). Un seul foyer était alimenté par un puits sans disposer de l'eau du

réseau d'AEP et ne comprenait aucun cas. Par ailleurs, la question d'une contamination interhumaine a été recherchée en comparant les foyers composés d'un seul habitant versus les foyers à plusieurs occupants, et aucun lien n'a été mis en évidence avec le risque d'être malade (RR des foyers à un habitant = 1,5 [0,9 - 2,6]).

### Résultats microbiologiques

Six coprocultures ont été réalisées, toutes étaient positives à un ou plusieurs enterovirus. Elles étaient toutes négatives pour Salmonelles, Shigelles, Staphylocoques et Campylobacter. Les résultats des prélèvements d'eau réalisés sur la zone contaminée les 7 et 13 mai montraient une contamination bactériologique (coliformes >100 UFC/100 ml). Les analyses effectuées sur les prélèvements du 15 mai démontraient un retour de la potabilité de l'eau. Il n'a pas été réalisé de prélèvements d'eau en vue d'une analyse virologique.

### Impact sanitaire de l'événement

Les cinq pharmacies sollicitées appartenant à la zone géographique de l'événement ont participé au recueil des ventes de médicaments. Parmi les médicaments vendus, 69,5 % étaient des boîtes de Spasfon®, 16,7 % du Smecta® et 13,8 % de l'Imodium®.

Pendant la semaine où la majorité des cas ont été recensés, les ventes de médicaments (tous médicaments anti-GEA confondus) étaient supérieures à celles observées les semaines précédente et suivante, et étaient à un niveau assez élevé de vente pendant plusieurs jours consécutifs (figure 3). Cependant cette variation des ventes a porté sur le Spasfon® qui n'est pas très spécifique des GEA.

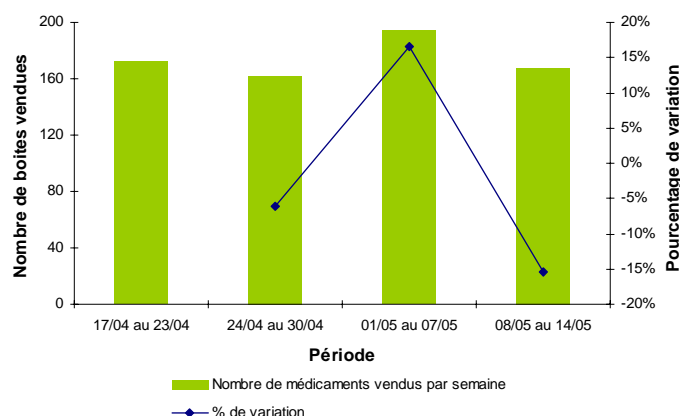


Figure 3 : Evolution du nombre hebdomadaire de boîtes de médicaments vendues et pourcentage de variation d'une semaine à l'autre. Données du 17 avril au 14 mai 2008.

## 4. Conclusion

L'enquête épidémiologique a permis de caractériser l'épidémie et de confirmer son origine hydrique (taux d'attaque élevé de 54%, délai d'incubation moyen de 12 à 72 heures, plusieurs virus identifiés simultanément dans les coprocultures, association statistique entre consommation d'eau du réseau d'AEP et GEA).

Plus de 60 % des foyers exposés ont pu être interrogés, mais le signalement est parvenu à la Cire le 13 mai, soit 14 jours après le début de l'événement. Ce retard a pu être préjudiciable à la qualité des réponses des foyers par défaut de mémorisation des événements.

L'analyse *a posteriori* des données de vente de médicaments pour GEA a mis en évidence que le nombre de boîtes vendues était plus élevé durant la période où le réseau d'AEP était contaminé par rapport aux semaines englobant cette période. L'interprétation de ces données est difficile en raison du faible historique à disposition, de la zone géographique de recrutement des pharmacies (beaucoup plus large que la zone contaminée) et de la non-spécificité des médicaments considérés dans l'analyse. Néanmoins, cette étude a permis de développer une collaboration avec les pharmacies sollicitées qui ont toutes accepté d'y contribuer. Enfin, en termes de quantification de l'impact sanitaire, l'utilisation de plusieurs sources d'information

et notamment les ventes de médicaments par les pharmacies apparaît comme un atout auquel il faut penser lors des investigations. [1, 2]

## Références

[1] Beaudreau P, de Valk H, Vaillant V, Mouly D. Détection et investigation des épidémies d'infection liées à l'ingestion d'eau de distribution. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, décembre 2007. 108 p.

[2] Mansotte F, Beaudreau P. Impact sanitaire d'une coupure d'eau accidentelle au Havre et d'une panne de désinfection à Fécamp (Seine-Maritime). Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 1999, 40 : 167-169

## Nous tenons à remercier pour leur entière collaboration :

Ddass de Gironde, service santé environnement

Les pharmacies de Pineuilh et Sainte Foy la Grande ayant participé à l'enquête.

## Zoom sur les épidémies de gale communautaires



Figure 1 : *Sarcoptes scabiei var. hominis*

### 1. Généralités sur la gale

La gale est une parasitose cutanée cosmopolite liée à la colonisation de la couche cornée de l'épiderme par un acarien : *Sarcoptes scabiei* (figure 1). Il existe plusieurs sous-espèces dont une seule est spécifique de l'homme : *Sarcoptes scabiei var. hominis*. Malgré l'absence de système de surveillance fiable, le nombre de nouveaux cas par an dans le monde est estimé à environ 300 millions [1]. Dans les pays tropicaux ou subtropicaux ainsi que dans les pays sous-développés, la gale

peut survenir sur un mode endémique et représenter un véritable problème de santé publique. Dans les pays industrialisés, celle-ci se manifeste à l'occasion d'épisodes épidémiques touchant plus particulièrement des institutions (collectivités, établissements de soins, maisons de retraite, etc.) [2].

### Mode de transmission

La transmission se fait essentiellement par les femelles adultes fécondées (rarement par les formes larvaires). Elle est avant tout interhumaine, par contact direct « peau contre peau ». Elle nécessite des contacts étroits prolongés, par exemple lors de rapports sexuels. La contamination peut également s'effectuer par l'intermédiaire de l'environnement, essentiellement le linge et la literie mais également le mobilier constitué de matériaux absorbants (canapé en tissu, siège auto, etc.). Même si ce mode de transmission est plus rare du fait de l'affaiblissement du parasite hors de son hôte, il ne doit pas être écarté, en particulier en collectivité et dans les formes profuses ou hyperkératosiques de gale.

## Physiopathologie

Les sarcoptes s'accouplent sur l'hôte. Après la fécondation, le male meurt et la femelle creuse un sillon dans la couche cornée de l'épiderme. Elle progresse de 1 à 2 mm par jour et pond environ 3 à 5 œufs par jour durant 1 à 2 mois avant de mourir. Les œufs vont éclore en 3-4 jours, pour donner chacun une larve et sortir du sillon. Le processus de maturation pour atteindre le stade adulte nécessite une quinzaine de jours. Pour une gale commune, on compte en général entre 5 à 15 sarcoptes femelles logés simultanément dans les sillons. Ce chiffre peut être beaucoup plus important (des centaines voire des milliers) en cas de gale profuse ou de gale hyperkératosique.

## Clinique

La période d'incubation silencieuse de la gale est en moyenne d'un mois mais peut aller jusqu'à six semaines. Elle varie en fonction de l'inoculum et en cas de ré-infestation, est réduite à quelques jours. La gale se caractérise systématiquement par un prurit quasi-constant à recrudescence vespérale et nocturne. Des lésions spécifiques peuvent aussi être retrouvées :

- sillons et vésicules perlées au niveau des mains et des poignets ;
- nodules scabieux au niveau des plis axillaires et des organes génitaux.

Il faudra distinguer la gale commune des formes profuses et hyperkératosiques, beaucoup plus contagieuses.

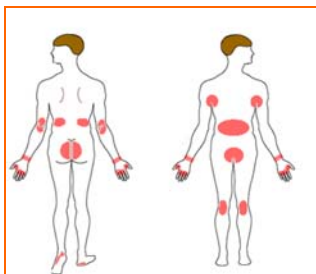


Figure 2 : Principales localisations des lésions spécifiques de la gale

## Diagnostic

Il est principalement clinique, établi sur la présence de lésions évocatrices. La notion de contagion est aussi à rechercher. Le diagnostic peut être confirmé par un examen parasitologique direct, notamment dans les formes atypiques et/ou en l'absence de contexte épidémiologique évocateur.

## Mesures thérapeutiques

Il n'y a pas de guérison spontanée de la maladie. L'objectif du traitement est de permettre l'éradication du parasite, ainsi que la prévention de la contagion.

→ **Traitement de l'individu** : il existe deux types de traitement antiparasitaire :

- le traitement local : Ascabiol® (benzoate de benzyle, sulfiram) en badigeon ou Sprégal® (esdépalléthrine, butoxyde de pipéronyle) par pulvérisation ;
- le traitement oral : Stromectol® (ivermectine).

→ **Traitement de l'environnement** : il comprend d'une part le traitement du linge, indispensable à la réussite thérapeutique, et d'autre part une éventuelle désinfection par un acaricide de l'environnement général (litière, mobilier absorbant, etc.). Un simple lavage du linge en machine à 60°C permet de décontaminer efficacement le linge. Le traitement de l'environnement avec un acaricide est indiqué en cas de gale profuse, mais non indispensable en cas de gale commune [3]. En France, un seul acaricide est disponible pour la désinfection de l'environnement, l'A-PAR®, utilisé également pour le traitement du linge non lavable en machine à 60°C.

## 2. Comment gérer une épidémie de gale communautaire ?

Si la gale reste une pathologie bénigne, sa contagiosité peut occasionner d'importantes épidémies dans les collectivités. Une prise en charge non adaptée ou trop tardive peut provoquer de véritables crises sanitaires, s'installant parfois dans la durée et occasionnant inévitablement des surcharges de travail pour le personnel, des coûts supplémentaires, un risque de discrédit pour la structure et ses responsables. La conduite générale à tenir face à une épidémie ou des cas groupés de gale survenant en dehors d'une structure hospitalière peut s'organiser en sept étapes, à mener, pour certaines, simultanément.

### Les 7 étapes de la prise en charge d'une épidémie ou de cas groupés de gale

- 1 / Signaler dès l'apparition du premier cas
- 2 / Constituer une cellule d'appui au sein de la collectivité
- 3 / Effectuer un bilan rapide de l'épidémie
- 4 / Instaurer des mesures d'hygiène générales
- 5 / Réaliser une information ciblée
- 6 / Mettre en œuvre la stratégie thérapeutique
- 7 / Mettre en place des mesures environnementales

### 1 / Signaler dès l'apparition du premier cas

Une épidémie de gale est avérée quand au moins 2 cas de gale, survenus à moins de 6 semaines d'intervalle, ont pu être diagnostiqués au sein d'une même collectivité. Les premiers cas de gale ne représentent généralement que la partie émergée de l'iceberg, en raison du mode de transmission « de personne à personne » et de la période d'incubation relativement longue. Le signalement en interne et à l'autorité sanitaire, si besoin, doit être réalisé rapidement afin d'éviter son extension.

### 2 / Constituer une cellule d'appui au sein de la collectivité

La cellule d'appui doit rassembler les compétences nécessaires en termes de décisions, de soins et de logistique. Ses principales missions seront d'effectuer un bilan de l'épidémie, d'organiser l'information, de mettre en place les différentes mesures thérapeutiques et d'accompagnement, de définir les missions et les responsabilités de chacun.

### 3 / Effectuer un bilan rapide de l'épidémie

Ce bilan va consister à identifier et comptabiliser les cas certains et probables de gale ainsi que les sujets contacts. Des informations complémentaires concernant les cas en termes de temps, de lieu et de personnes (âge, sexe, profession, vie familiale, etc.) pourront aussi être recueillies.

### 4 / Instaurer des mesures d'hygiène générale

Elles ont pour but de rompre la chaîne de transmission et d'atténuer au mieux le risque de flambée épidémique, en particulier à l'extérieur de la collectivité. Elles doivent être maintenues jusqu'à 48 heures après l'instauration du traitement collectif. Elles regroupent le renforcement des mesures d'hygiène standards, la limitation des contacts à risque et l'isolement des cas, dans la mesure du possible.

### 5 / Réaliser une information ciblée

Du fait de la contagiosité, de la nécessité de signaler les cas et du caractère péjoratif de la gale, les actions d'information à l'égard de la collectivité touchée et des acteurs sanitaires concernés vont être essentielles. Le but ici sera à la fois de dédramatiser la situation tout en informant correctement les personnes sur les risques de transmission et de propagation de la maladie, sur les mesures préventives et thérapeutiques à mettre en place.

### 6 / Mettre en œuvre une stratégie thérapeutique

Son efficacité repose sur le traitement, le même jour, de toutes les personnes de la collectivité, malades ou potentiellement exposées. En collectivité, le traitement par ivermectine (voie orale) est à privilégier en raison de sa facilité d'utilisation. Cependant, un traitement par Ascabiol® (voie locale) peut être nécessaire pour toute ou partie de la collectivité (enfants de moins de 15 kg, femmes enceintes ou allaitantes). En fonction de la prescription médicale, la cellule d'appui devra s'organiser face à la nécessité d'une deuxième prise de Stromectol® à J15 ou d'une 2<sup>ème</sup> application d'Ascabiol® à J8 pour les cas confirmés et probables de gale.

### 7 / Mettre en place des mesures environnementales

Le traitement du linge est indispensable au succès thérapeutique et indissociable du traitement individuel. En ce qui concerne la désinfection de l'environnement, celle-ci n'est pas systématiquement nécessaire et doit être discutée en cellule d'appui. Dans tous les cas, il est fortement conseillé de définir et d'écrire les différentes procédures de prise en charge.

## 3. Pour en savoir plus

#### Texte de référence :

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (section des maladies transmissibles) relatif à la conduite à tenir devant un cas de gale - séance du 27 juin 2003 ([www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpf/a\\_mt\\_270603\\_gale.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpf/a_mt_270603_gale.pdf))

#### Autres documents téléchargeables :

Castor C, Bernadou I. Epidémie de gale communautaire - Guide d'investigation et d'aide à la gestion. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, 2008, 48p. Disponible sur : [www.invs.sante.fr > publications > Guides méthodologiques > Maladies infectieuses](http://www.invs.sante.fr/publications/Guides_méthodologiques_Maladies_infectieuses)

Recommandations concernant la gestion de la gale dans les établissements de soins et médico-sociaux. C-CLIN Sud-Ouest, 2004 ([www.cclin-sudouest.com/recopdf/gale.pdf](http://www.cclin-sudouest.com/recopdf/gale.pdf))

#### Références

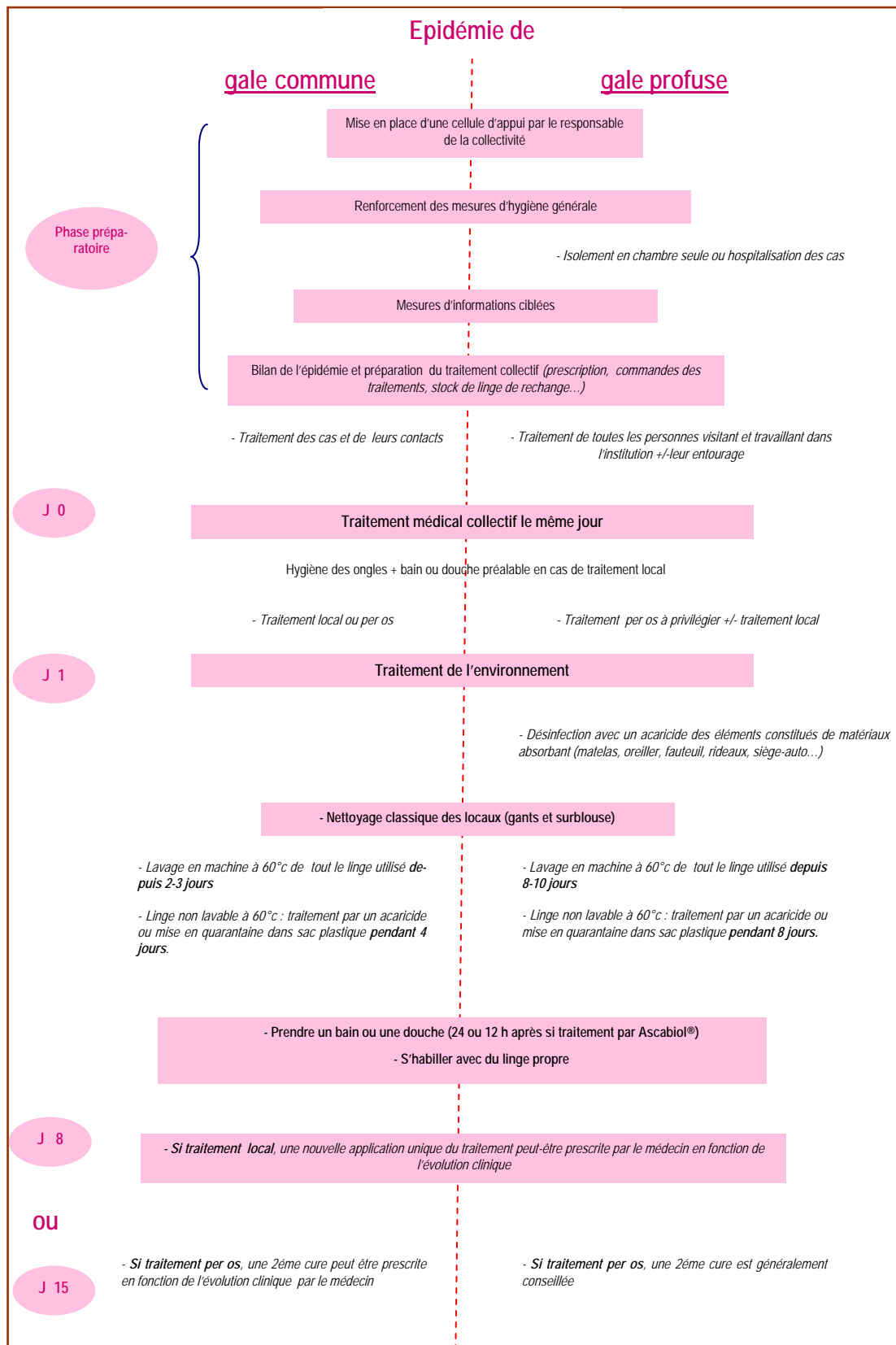
[1] [www.who.int/water\\_sanitation\\_health/diseases/sca-bies/fr/](http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/sca-bies/fr/)

[2] Chosidow O. Scabies and pediculosis. *Lancet* 2000;355:819-26

[3] Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène de France - Section maladies transmissibles - du 27 Juin 2003 relatif à la conduite à tenir devant un cas de gale.



## Récapitulatif des conduites à tenir en cas d'épidémie de gale commune et de gale profuse ou hyperkératosique



**Cellule interrégionale  
d'épidémiologie Aquitaine**

103 bis rue Belleville

33063 Bordeaux Cedex

Tél. : 05.57.01.97.20 Fax : 05.57.01.97.15

[dr33-cire-aquitaine@sante.gouv.fr](mailto:dr33-cire-aquitaine@sante.gouv.fr)

**Directeur de la publication** : Dr Françoise Weber, Directrice générale de l'Institut de veille sanitaire

**Rédacteur en chef** : Patrick Rolland, coordonnateur scientifique de la Cire Aquitaine

**Comité de rédaction** : Marianne Adolphe, Bénédicte Aldabe, Christine Castor, Martine Charron, Sandrine Coquet, Anne Cowppli-Bony, Elsa Delisle, Gaëlle Gault, Sophie Larrieu, Véronique Servas.