

**Retour d'expérience : Prise en charge de la gale en
EHPAD et mise en œuvre des recommandations**



Dr Diane KOTTLER, Dermatologue, CHU de
CAen

Nelly DEVERE, IDE Hygiéniste,
Normand'Hygiène, CHU de Caen

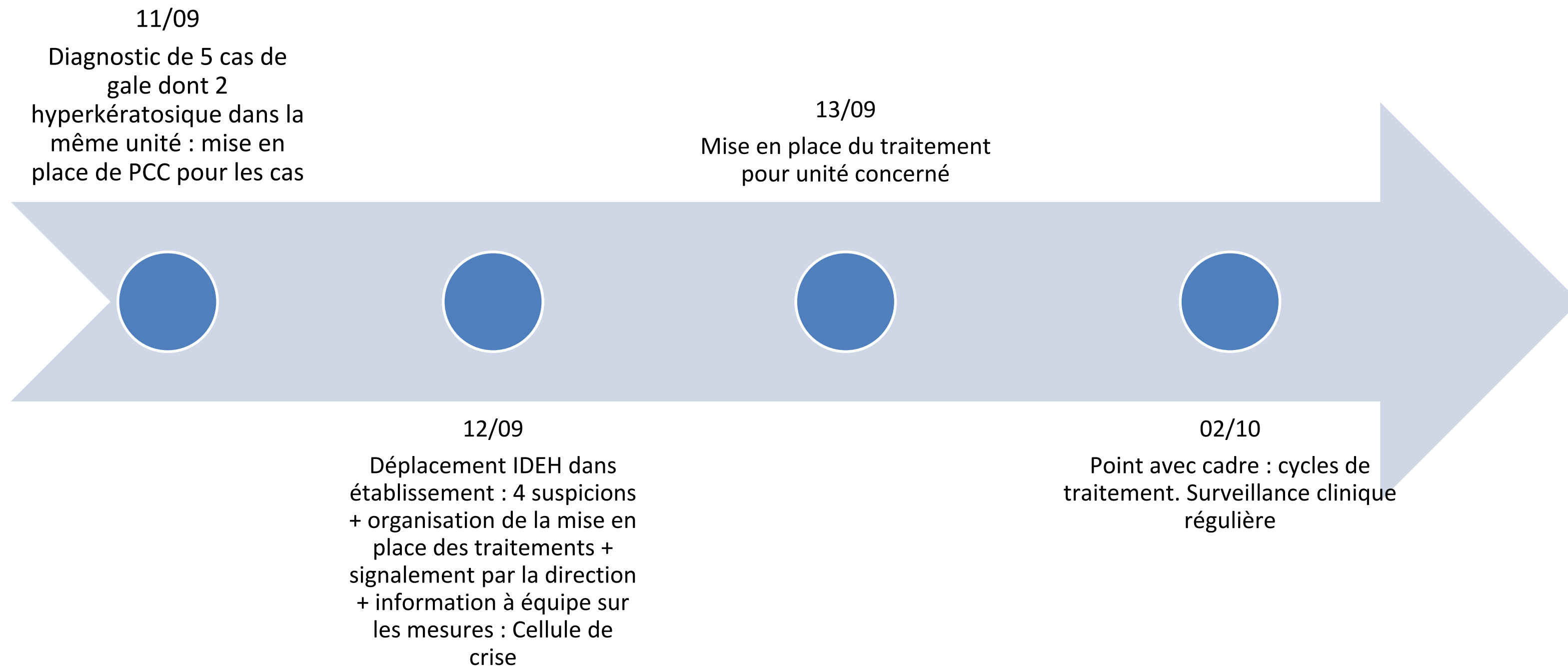


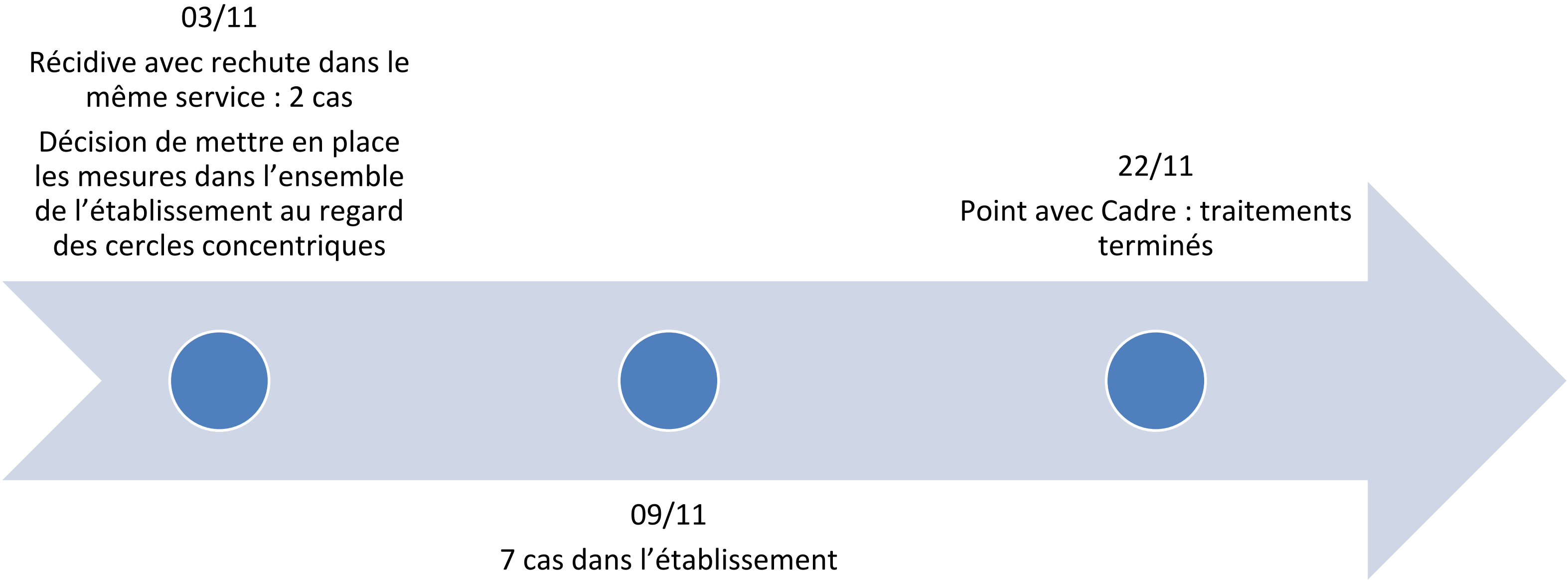
Une épidémie de gale : quand une maladie banale devient un casse-tête
La gale : une maladie honteuse ?
Comprendre son ennemi
Solutions?

Une épidémie de gale : quand une maladie banale devient une un casse-tête

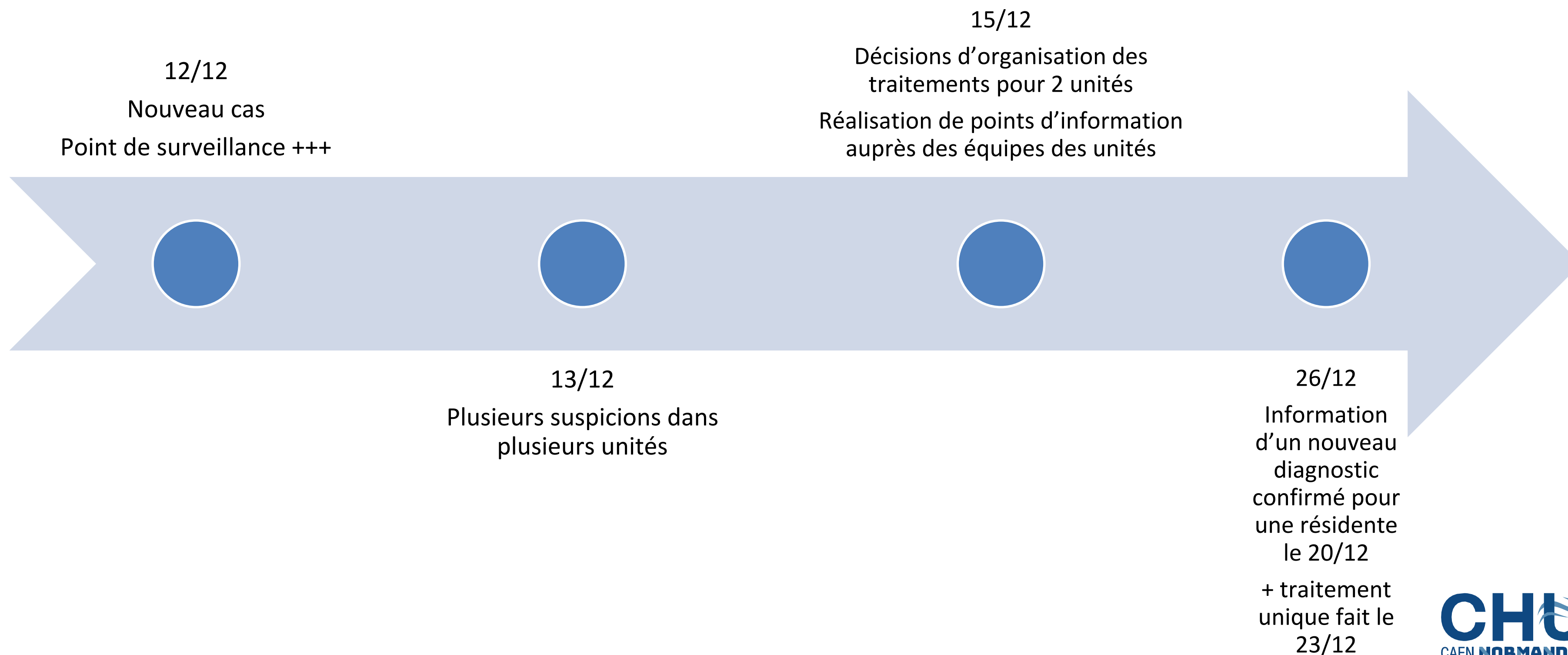


Chronologie 1^{er} épisode





Chronologie : 3ème épisode



La gale : une maladie honteuse ?



La gale :

- Peut toucher n'importe qui
- N'est pas un marqueur de mauvaise hygiène mais de promiscuité
- En France :
 - **Épidémique** (vagues localisées et temporaires)
 - Personnes âgées en institution, milieux scolaires
 - Saisonnalité hivernale

La stigmatisation retarde le diagnostic et favorise la transmission.

Comprendre son ennemi : *Sarcoptes scabiei var hominis*

- **Parasitisme humain obligatoire = transmission directe interhumaine**

- Se déplace très facilement sous la peau : Bonne mobilité à 25 -30°C
- Ne saute pas
- Ne transmet pas d’autres maladies

- **Transmission indirecte** par l’intermédiaire de l’environnement

- essentiellement le **linge et la literie**
- le mobilier constitué de **matériaux absorbants**
- **possible animaux** en tant que vecteur mais n’y vit pas

- **En dehors de l’homme**

- survie les basses généralement 24–48 h à température ambiante (autour de 21 °C et 40–80 % d'humidité)
- larves : ≤5 jours, Oeufs : ≈10 jours.
- Températures basses et l'humidité élevée prolongent considérablement la survie.

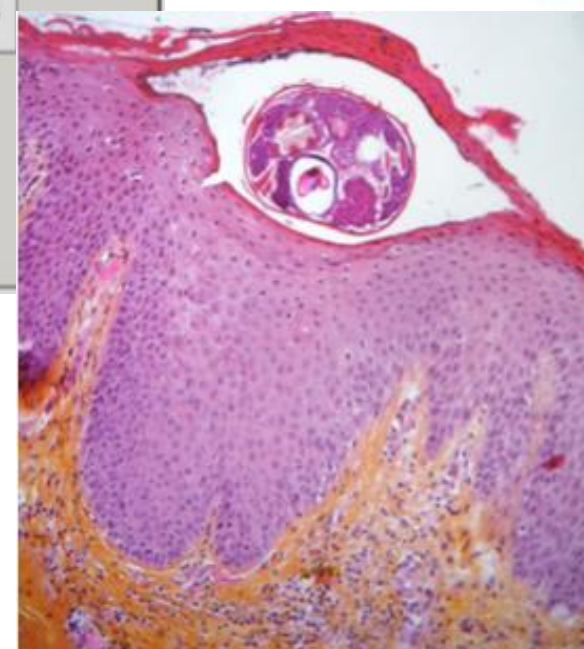
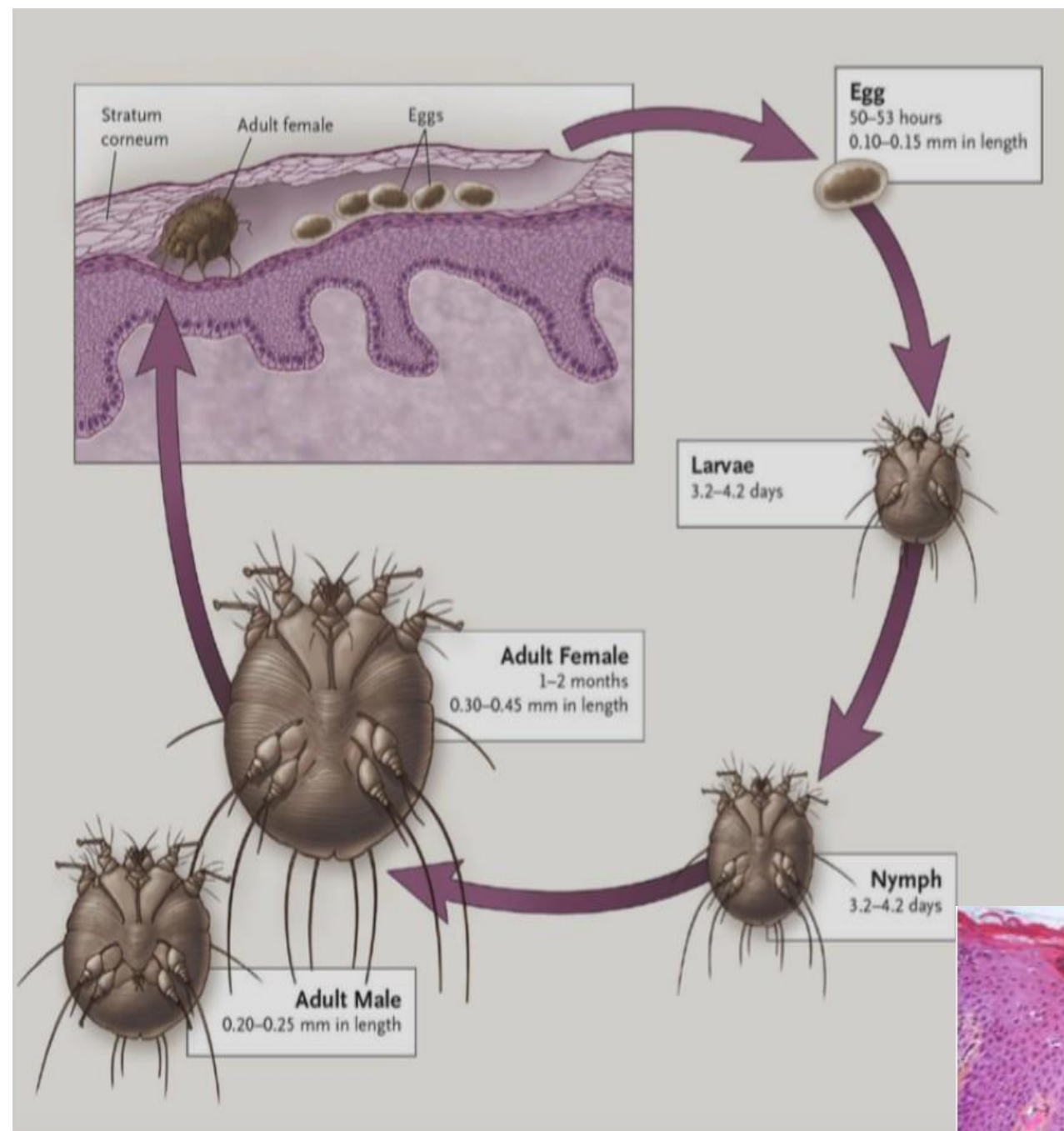


Comment le tuer !

Bernigaud C, Fernando DD, Lu H, et al. *How to eliminate scabies parasites from fomites: A high-throughput ex vivo experimental study.* **J Am Acad Dermatol.** 2020;**83**:241–245. DOI 10.1016/j.jaad.2019.11.069

Méthode	Efficacité expérimentale
🔥 Chaleur ≥50 °C / ≥10 min	✓ Létale
❄️ ≤ -10 °C / ≥5 h	✓ Létale
🧴 Solution hydro-alcoolique	✗ Inefficace
🧼 Lavage des mains	✗ Ne constitue pas un traitement acaricide
🌡️ Température ambiante	⚠️ Survie généralement 24–48 h
❄️ Froid + humidité élevée	⚠️ Peut prolonger fortement la survie

Comprendre son ennemi : le cycle parasitaire



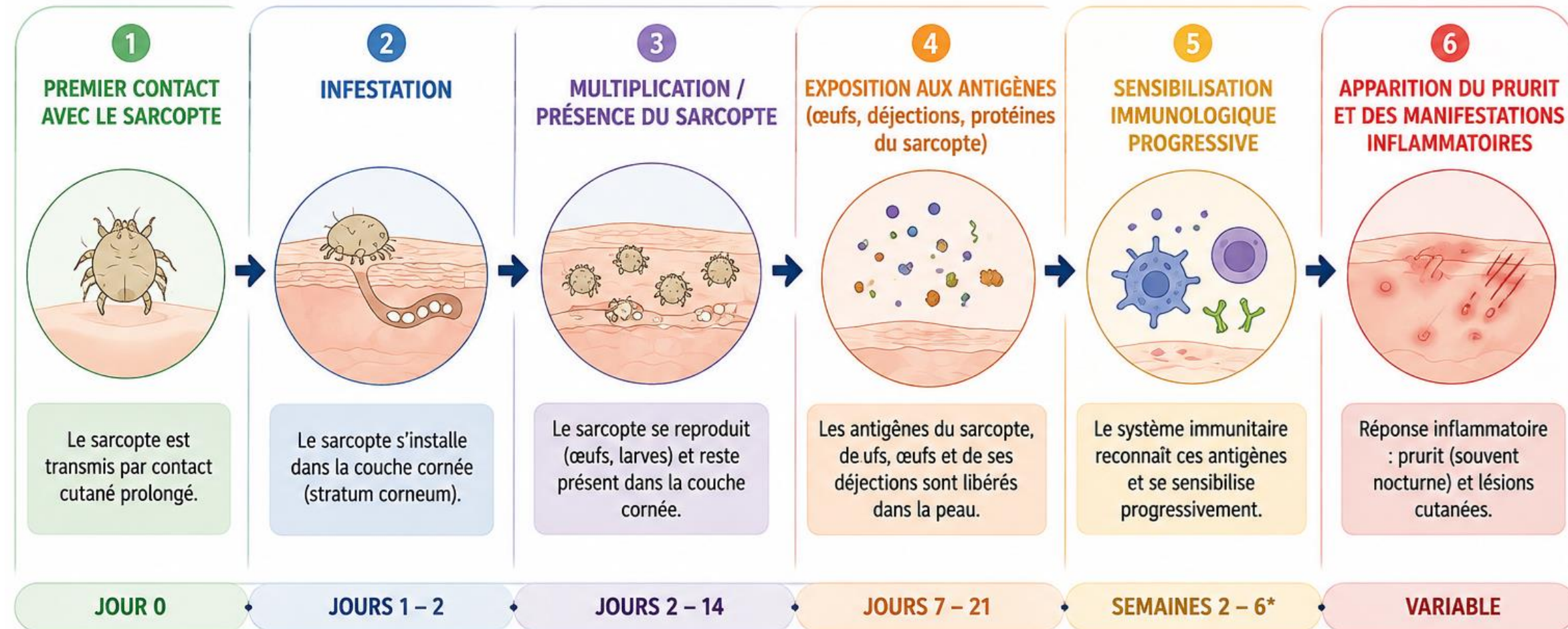
- Durée cycle parasitaire : 21 jours
- Durée de vie : 2-3 mois

Comprendre son ennemi : pourquoi ça gratte

La sensibilisation immunologique (« incubation ») vis-à-vis du sarcopte et de ses produits.

□ Le prurit et l'éruption sont liés à une **réaction d'hypersensibilité de l'hôte** et non à une charge parasitaire

CE QUI SE PASSE SCHÉMATIQUEMENT LORS D'UNE INFESTATION PAR LE SARCOpte



* Plus rapide lors d'une réinfestation (1 à 3 jours).

IMPORTANT : CONTAGIOSITÉ POSSIBLE AVANT L'APPARITION DES SYMPTÔMES



Personne jamais infestée

→ sensibilisation et symptômes en quelques semaines

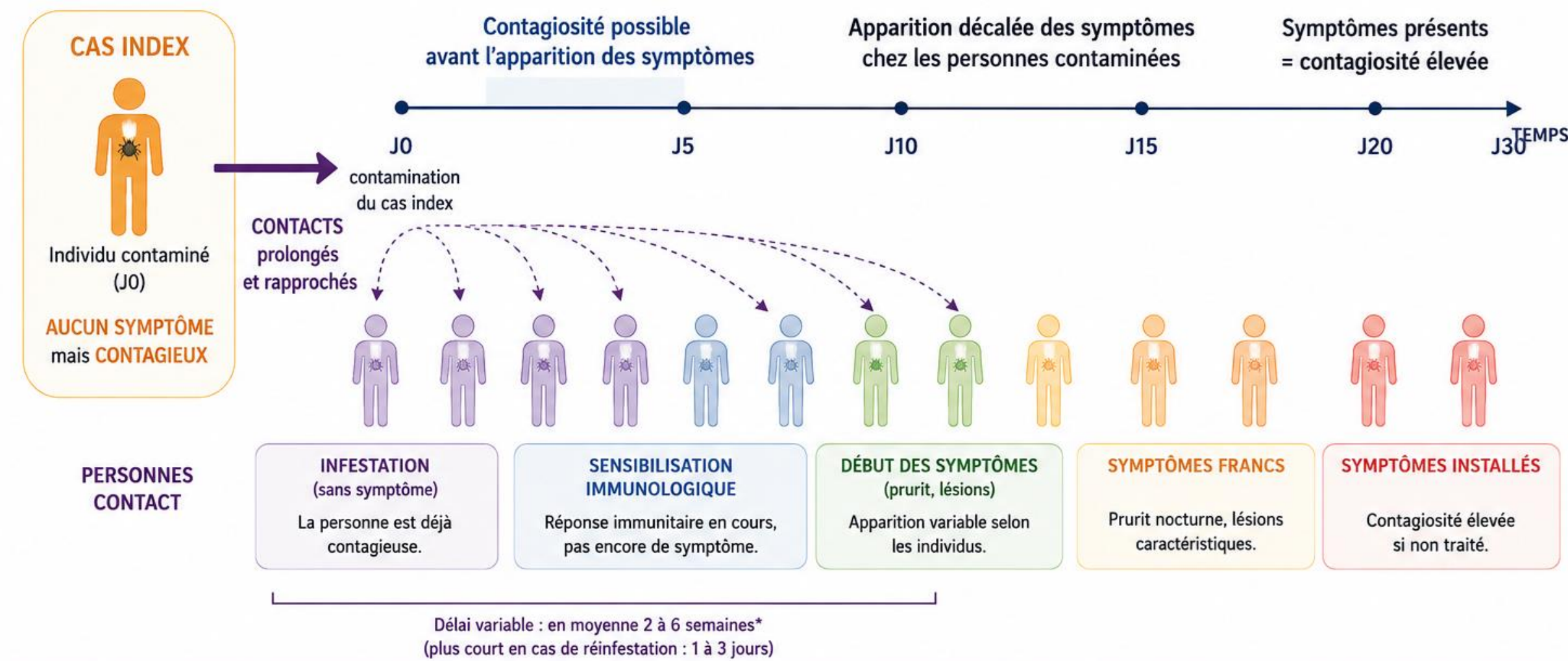
Personne déjà sensibilisée

→ réponse immunitaire beaucoup plus rapide
→ symptômes parfois en **1–4 jours**, voire moins de 24 h selon certaines données.

Comprendre son ennemi : la contagiosité

LA CONTAGIOSITÉ AVANT LES SYMPTÔMES

Un individu contaminé mais asymptomatique peut déjà transmettre la gale



Chez la personne âgée ou immunodéprimée :

- moins de réaction immunologique
- ❓ Clinique moins typique
- alors que la charge parasitaire et la contagiosité peuvent être beaucoup plus importantes

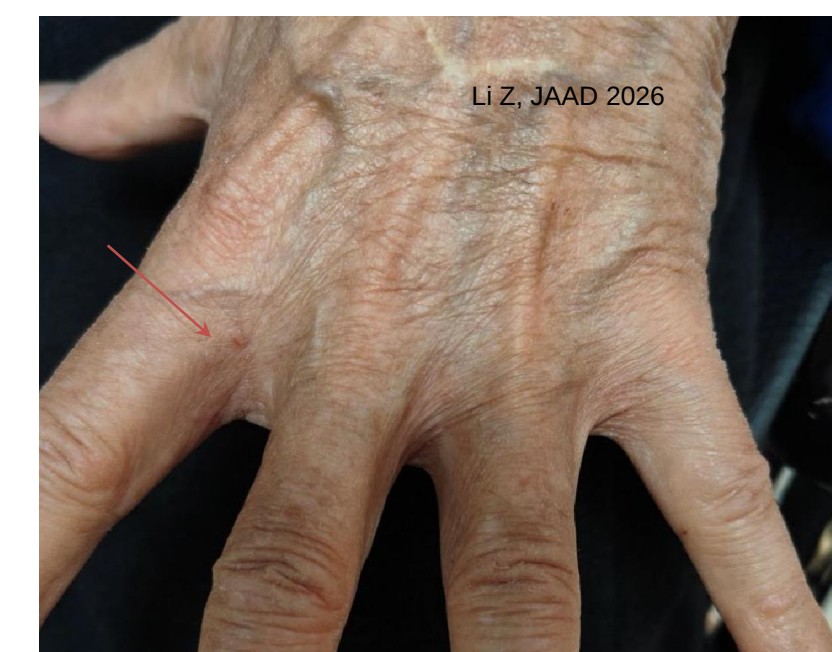
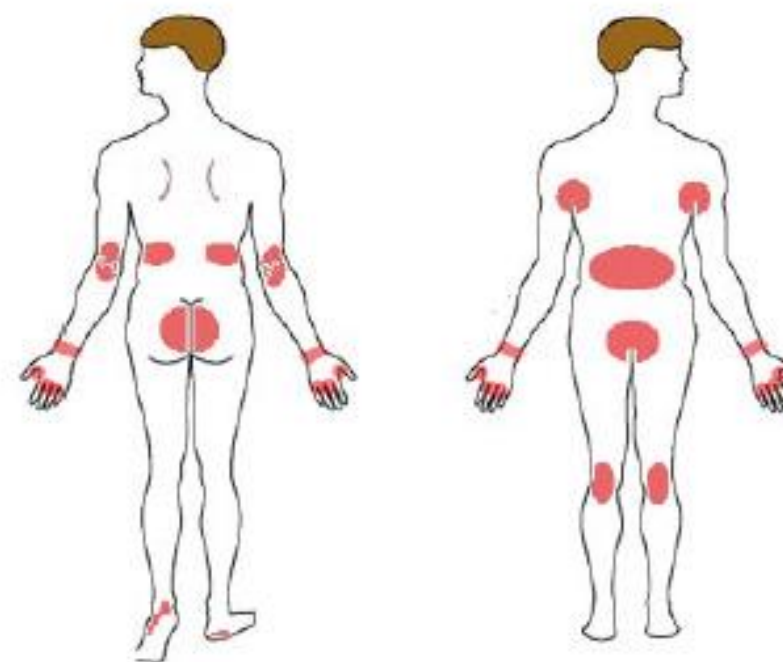
	POINT CLÉ La personne peut transmettre la gale plusieurs jours à plusieurs semaines AVANT l'apparition de ses symptômes.	CONSÉQUENCES • Plusieurs personnes infestées • Déclaration des symptômes en décalé • Difficulté d'identifier le "vrai" cas index • Risque d'épidémie si les mesures ne sont pas prises rapidement	MESSAGE ESSENTIEL Pour interrompre la transmission : ✓ Rechercher et traiter les contacts ✓ Traiter en même temps les personnes concernées ✓ Ne pas attendre l'apparition des symptômes	* Variable selon les personnes (âge, immunité, première infestation ou non).
--	--	--	---	--

Comprendre son ennemi : la clinique

Gale typique

- Prurit intense, souvent nocturne ;
- Sillons ; vésicules perlées, nodules
 - espaces interdigitaux ;
 - poignets ;
 - abdomen ;
 - organes génitaux ;
 - fesses, etc.
- Lésions de grattages
- Eczématisation
- impétigo

Principales localisations des lésions spécifiques de la gale :



Gale typique = commune

Parfois rien de visible !



Gale typique = commune



Comprendre son ennemi : la clinique

Gale profuse



Gale profuse



- ☐ *Souvent dû à un retard diagnostic*
- ☐ *Application de traitements locaux inadaptés (dermocorticoïdes)*

Gale hyperkératosique



Collection du service



Mais tout ce qui gratte n'est pas de la gale !

FOCUS PRURIT

- **Symptôme très fréquent**

- prévalence $\approx 20\%$ après 80 ans

- impact majeur : sommeil, anxiété, perte d'autonomie

- **Souvent multifactoriel**

- iatrogène : IEC, inhibiteurs calciques, opioïdes...

- systémique : insuffisance rénale, cholestase, hémopathies...

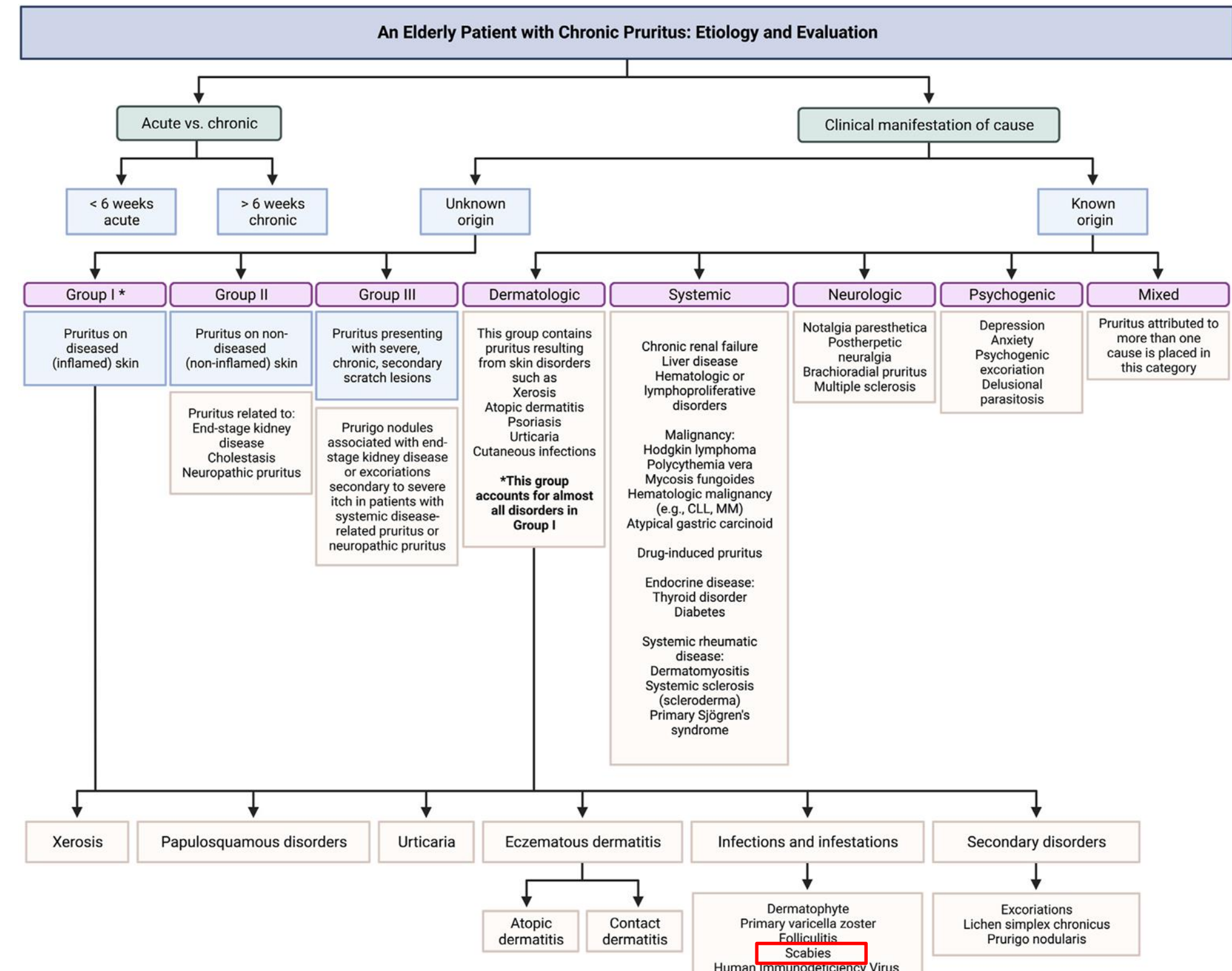
- dermatologique : xérose (++), eczéma, pemphigoïde...

- **Présentation atypique**

- lésions de grattage prédominantes

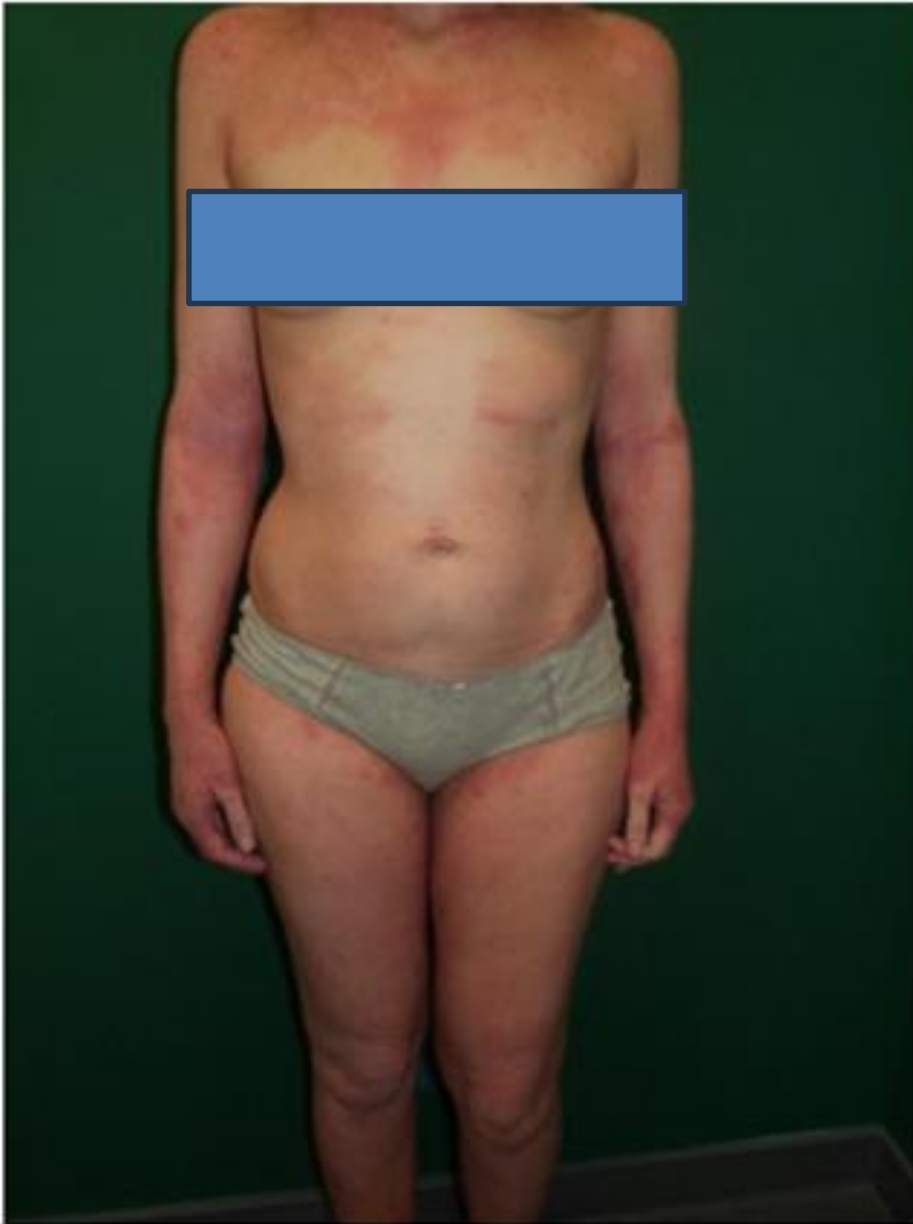
- prurit sine materia fréquent

Avis (spécialisé) avant tout traitement même local



La gale peut ressembler à beaucoup d'autres choses.

Dermatite Atopique



Lichen Plan



Pemphigoïde bulleuse





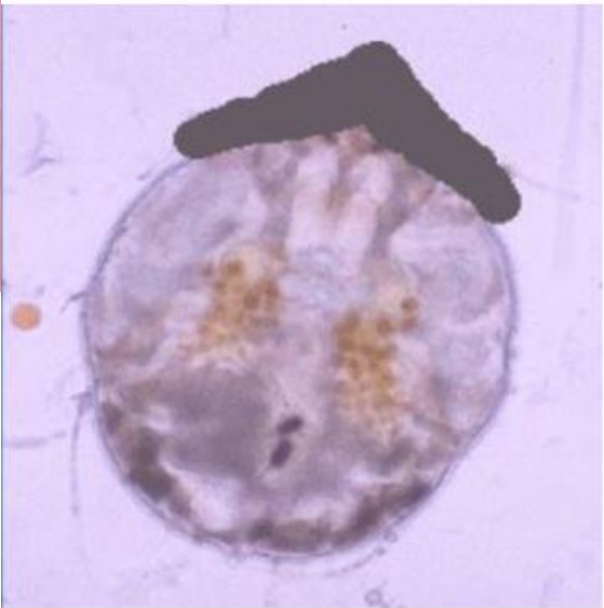


Comprendre son ennemi : faire le diagnostic

- **CLINIQUE : anamnèse, lésions cliniques et topographies des lésions**
- Biologie : **hyperéosinophilie** modérée
- Par dermatologue (certains généraliste)
 - **Dermoscopie** ?
 - Prélèvement parasitologique: grattage du sillon
Examen au microscope du matériel recueilli : œufs et/ou acarien

D'après Shoukat Q. Sight the Mite: A Meta-Analysis on the Diagnosis of Scabies. Cureus. 2023

Méthode diagnostique	Sensibilité	Spécificité	À retenir
? Prélèvement cutané	56,3 %	100 %	Très spécifique si positif, mais nombreux faux négatifs
? Scotch-test	68,4 %	100 %	Simple, peu invasif
? Dermoscopie	75,1 %	72,7 %	Plus sensible, mais dépend de l'expérience de l'opérateur
? PCR	81,1 %	91,6 %	Performances intéressantes, mais disponibilité limitée



- Dermoscopie
 - Grosse femelle =0.4mm
 - Tête + 4 pattes avant = accent circonflexe

Un examen négatif n'élimine pas une gale

?? Viabilité du sarcopte : difficile à évaluer en pratique.

Gale : un continuum clinique et thérapeutique

De la forme commune à la forme profuse et hyperkératosique : plus la charge parasitaire augmente, plus le traitement doit être intensifié

Seuil d'intensification
thérapeutique

Charge parasitaire faible
Contagiosité modérée

Charge parasitaire très élevée
Contagiosité majeure

GALE COMMUNE

Forme la plus fréquente



Papules et sillons (espaces interdigitaux)

- Peu de parasites
- Papules, nodules, sillons
- Prurit intense (souvent nocturne)
- Atteinte des sites classiques (espaces interdigitaux, poignets, génitaux...)

GALE PROFUSE

Forme étendue



Lésions multiples et étendues

- Nombreuses lésions, parfois diffuses
- Atteinte de sites inhabituels (visage, cuir chevelu, paumes, plantes)
- Charge parasitaire augmentée
- Contagiosité élevée

GALE HYPERKÉRATOSIQUE (CROÛTEUSE)

Forme grave (immunodépression, sujets âgés...)



Plaques hyperkératosiques et croûtes

- Hyperkératose, croûtes
- Très grande charge parasitaire (millions d'acariens)
- Atteinte souvent diffuse
- Contagiosité majeure

TRAITEMENT CONVENTIONNEL
(gale commune)

TRAITEMENT RENFORCÉ
(gale profuse et hyperkératosique)

Comprendre son ennemi : les armes !

Traitement	Mode d'administration actuel en France	Mécanisme	Sarcoptes adultes / larves	Œufs	Efficacité clinique récente
❓ Perméthrine 5 % TOPISCAB® TOPIQUE	Crème corps entier ≥ 8 h, puis rinçage. J0 + J8 (intervalle 7–14 j)	Pyréthrinoïde → perturbation des canaux Na ⁺ → paralysie puis mort	✓ Oui action plus lente, avec encore 4 % de survivants après 18–22 h.	❓ Activité ovicide démontrée , mais pas absolue	88,5 % de guérison au niveau des clusters vs 71,8 % pour ivermectine dans le récent essai français ; 94,2 % vs 85,3 % au niveau individuel
● Ivermectine orale <15 kg : sécurité non établie	200 µg/kg PO . En pratique : J0 + J8–J15	Agoniste des canaux Cl ⁻ glutamate-dépendants → paralysie du parasite	✓ Oui sur les formes mobiles	✗ Non ovicide / activité ovicide très faible	71,8 % de guérison des clusters et 85,3 % des individus dans l'essai français ; méta-analyse 2023 : échec ~ 11,8 %
❓ Benzoate de benzyle 10 % ASCABIOL® TOPIQUE	2 applications J0 + J8 . Adulte : 2 couches à 10– 15 min d'intervalle, contact 24 h	Acaricide ; mécanisme neurotoxique probablement multifactoriel	✓ Oui	✗ Efficacité ovicide non démontrée	Études récentes très variables : 84,2 % de guérison dans une grande cohorte italienne 2026 ; RCT récent : 87 % avec BB 25 %

Cas particuliers : femmes enceinte, allaitante, cas hyperkératosique

- Attention à la délégation des actes !!
 - Les « crèmes » prescrites sont des médicaments (topiques) +++++
 - Pas d'application sans diagnostic médical ni prescription
 - Rôle IDE / As dans l'application des topiques prescrits (ou non!)



Nemecek et al., J Dtsch Dermatol Ges 2020

21 patients – crème fluorescente + contrôle UV

- **21/21** : application incomplète
 - **6 zones** non traitées en médiane
 - **6 %** de surface corporelle non couverte en médiane
 - jusqu'à **30 %** chez certains patients

Zones particulièrement oubliées :

Chevilles **62 %** → espaces interdigitaux des pieds **33 %** → région sacrée **24 %**

→ **Une mauvaise application peut expliquer certains échecs thérapeutiques attribués à tort à une résistance.**

Comprendre son ennemi : les armes !



Traitement de l'environnement

- Bon sens !
 - Le parasite meure vite en dehors de l'homme
- Intérêt des bombes acaricides
 - Fang et al : action de la plupart des biocides et répellents sur le sarcopte animal sauf l'A-PAR® !!!!!

Acaricide	Substance(s)	Survie médiane du sarcopte	Efficacité
Esdépalléthrine	Pyréthrinoïde	10 min	☆ ☆ ☆
Cyperméthrine + imiprothrine	Pyréthrinoïdes	15 min	☆ ☆ ☆
Bifenthrine	Pyréthrinoïde	40 min	☆ ☆ ☆
Perméthrine 4 %	Pyréthrinoïde	50 min	☆ ☆
Perméthrine 0,6 %	Pyréthrinoïde	120 min	☆ ☆
Cyfluthrine	Pyréthrinoïde	180 min	☆
A-PAR®	Tétraméthrine + sumithrine	1440 min (24 h)	⚠️❑ Très faible

Objet / environnement	📄 Gale commune	● Gale profuse / croûteuse
Draps, vêtements, serviettes	Lavage $\geq 60\text{ °C}$	Lavage $\geq 60\text{ °C}$
Textiles non lavables	Sac fermé ≥ 3 jours	Sac fermé ≥ 8 jours
Matelas / sommier	Aspiration soigneuse	Aspiration + acaricide
Canapé / fauteuil / tapis	Aspiration ; <i>acaricide si contact rapproché</i>	Aspiration + acaricide
Peluches / objets textiles	Sac fermé ≥ 3 jours	Sac fermé ≥ 8 jours ou acaricide
Sol / surfaces dures	Nettoyage habituel	Nettoyage soigneux
Objets sans contact cutané prolongé	Aucune mesure spécifique	Aucune mesure systématique
Période à traiter	Linge utilisé les 3 derniers jours	Linge utilisé les 8–10 derniers jours

Gale commune :

Traiter le patient + les contacts → linge à 60 °C → décontamination ciblée de l'environnement

Gale profuse/croûteuse :

Décontamination beaucoup plus large + aspiration + acaricide des textiles/surfaces contaminés

 **APRÈS TRAITEMENT**
(gale)

 **« ÇA GRATTE ENCORE »** 

 **PRURIT SANS NOUVELLES LÉSIONS**
(pas de nouveaux sillons)

 **PRURIT POST-SCABIEUX**
Réaction immuno-allergique persistante
+ eczéma / xérose ou irritation cutanée

 **TRAITEMENT DU PRURIT**
✓ Émollients / hydratation
~~✓ Corticoides locaux si besoin~~
✓ Antihistaminiques oraux
✓ Mesures anti-grattage

JAMAIS DE DERMOCOTICOIDE

 **NOUVELLES LÉSIONS / NOUVEAUX SILLONS**

 **RECHERCHER UN ÉCHEC OU UNE RECONTAMINATION**

-  Traitement incomplet ? (dose, zones oubliées, temps de contact)
-  Mauvaise application / observance insuffisante ?
-  Contacts non traités ?
-  Traitement non simultané des cas et contacts ?
-  Nouvelle exposition / réinfestation ?
-  Gale hyperkératosique ?
-  Résistance ? (rare, surtout à la perméthrine)

 **À RETENIR**
Le prurit peut persister plusieurs semaines (jusqu'à 4 semaines ou plus) malgré l'élimination du parasite.

 **ET SI CE N'EST PLUS UNE GALE ?**

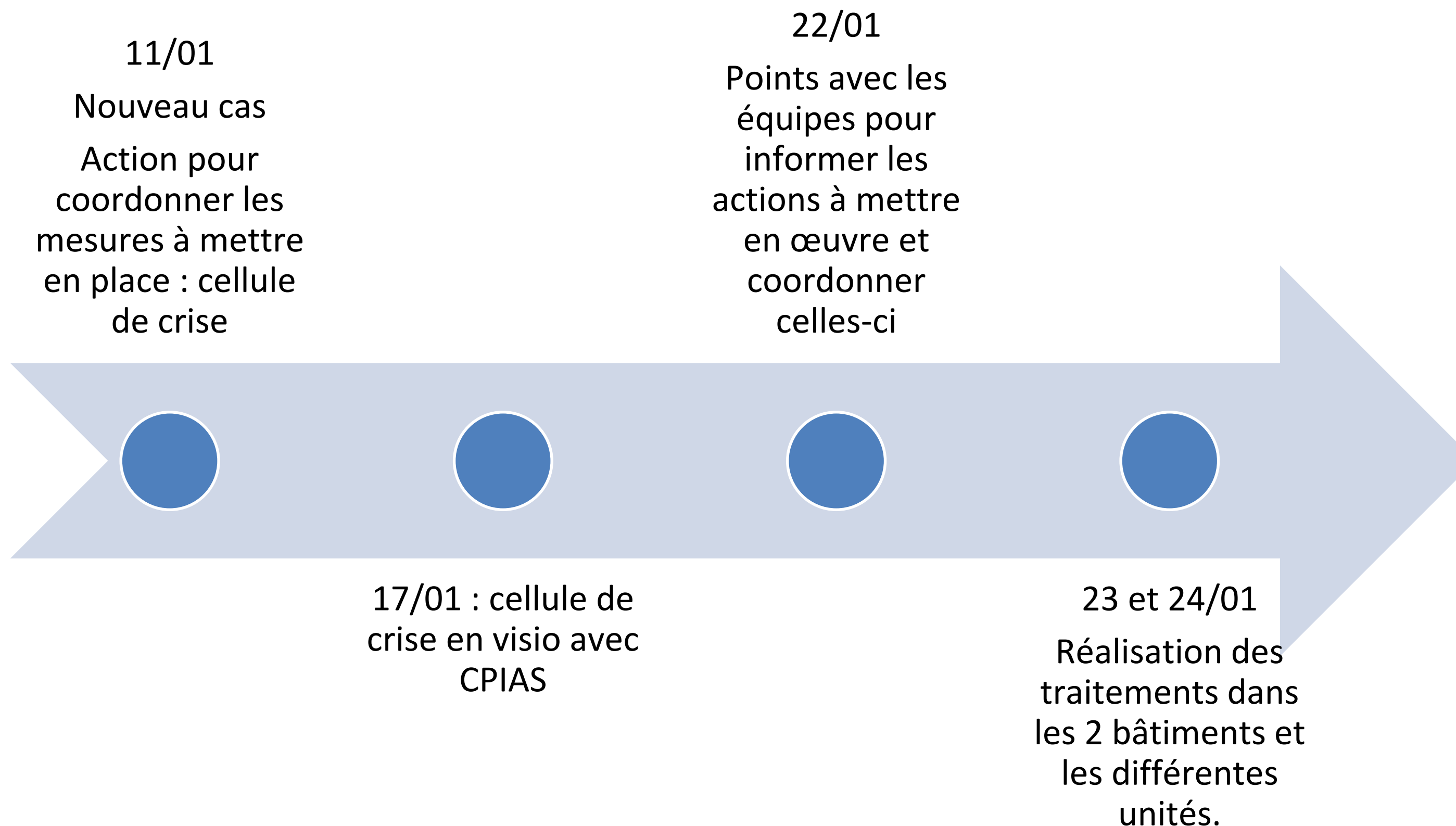
 Xérose cutanée	 Eczéma / dermatite	 Prurigo de grattage	 Irritation liée aux traitements répétés	 Dermatose préexistante	 Autre cause de prurit (systémique)
--	--	---	---	--	--

 **AVANT DE RETRAITER : CHERCHER DES NOUVELLES LÉSIONS / NOUVEAUX SILLONS.**
Le prurit seul est un mauvais marqueur de guérison.

Amélioration souvent rapide
+++
Peut persévérer quelques semaines en diminuant

Se méfier si reprise des symptômes

Chronologie : 4ème épisode et fin



Difficultés de l'application des recommandations

- Difficulté du diagnostic : accès aux spécialistes ++++
 - OMNIDOC
 - Appel directement
- Appréhension de cette maladie (honte , réputation de l'établissement, idées reçues)
- Temporalité :
 - « Traiter tout le monde : RTT, CA , intérimaires.... »
 - Chronophage
- Responsabilité du thérapeutique : médecin coordonnateur : qui prescrit quoi ?
 - Pour les patients / résidents
 - Pour les sujet contact familiaux/amicaux
 - Pour le personnel
- Coût direct / indirect
 - Personnel
 - Linge...
- Pour les patients/ Résidents
 - Psychose / mise à l'écart-isolément des patients au-delà de l'épisode
 - Retard diagnostic et complication

PROPOSITIONS

- Dédramatiser : “Rien de grave : ça ne saute pas , ça ne véhicule pas de maladie”
 - Cellule de crise :
 - Préparation de l'intervention +++ attendre
 - Cercle des contacts +++ (personnels “permanents”, intérimaires/vacataires...)
 - Information du personnel / organisation / adhésion du personnel
 - Anticipation de ce type de « crise » : procédure adapté à la situation de l'établissement : qui sont les médecins disponibles pour les prescriptions/ les services de prévention de la santé, les documents
- Médicale : téléconsultation / expertise OMNIDOC : si doute , consultations au CHU



Merci pour votre attention

CHU
CAEN NORMANDIE