

Prurit, promiscuité et stigmatisation

Défis de la prise en charge de la gale dans les centres d'asile et en cabinet

La gale est un sujet de préoccupation grandissant, même dans les pays à revenus élevés, en raison du nombre croissant de requérantes et requérants d'asile et de leurs conditions de vie souvent défavorables. L'objectif de cet aperçu est de faire le point sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique en cabinet et sur la procédure à suivre en cas d'accumulation de cas dans les centres d'asile, en se basant sur notre expérience récente et sur la littérature médicale existante.

Dr méd. Marco Seneghini^a; Prof. Dr méd. Antonio Cozzio^b; Dr méd. Hans Gammeter^c; Sandra Heim^d; Marina Koller^e;

Prof. Dr méd. Stefan P. Kuster^a; Dr méd. Matthias Schlegel^a; Peter Schwarz^f; Dr méd. Raphael Tamo^a; Dr méd. Domenica Flury^a

^a Klinik für Infektiologie/Spitalhygiene, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen; ^b Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen;

^c Kantonsarztamt St. Gallen, St. Gallen, ^d Trägerverein Integrationsprojekte St. Gallen, St. Gallen; ^e Staatssekretariat für Migration (SEM), Bern; ^f Bundesasylzentrum, Altstätten

Introduction

La gale, causée par l'acarien *Sarcoptes scabiei*, est une parasitose cutanée qui touche environ 200 millions de personnes dans le monde et est associée à une morbidité élevée et à une stigmatisation sociale [1]. La gale est endémique dans les pays à revenus faibles et intermédiaires et dans les régions au climat chaud et humide, où elle constitue un problème de santé publique majeur [2]. En 2017, l'Organisation

mondiale de la santé (OMS) a officiellement inscrit la gale sur la liste des maladies tropicales négligées, afin de sensibiliser davantage à cette maladie et de promouvoir des mesures aux niveaux national et mondial pour contrôler cette maladie évitable [3].

Dans les pays à revenus élevés, les cas de gale sont sporadiques et touchent principalement les personnes vivant dans des centres d'asile [4, 5]. L'augmentation du nombre de

requérantes et requérants d'asile ainsi que la surpopulation dans certains camps de réfugiés le long des trajets de migration, parfois dans des conditions d'hygiène précaires, favorisent la propagation de la gale [6]. Toutefois, même en dehors de ce groupe à risque, la gale ne doit pas être oubliée comme cause possible de prurit – par exemple lors de flambées dans les établissements médico-sociaux, les crèches ou les écoles.

Les vignettes de cas suivantes illustrent différentes situations et les défis qu'elles posent lors d'infestations scabieuses chez des requérantes et requérants d'asile.

Vignette 1: échec thérapeutique

Un requérant d'asile irakien de 19 ans s'est présenté à la clinique dermatologique en raison d'un prurit persistant. Quatre semaines auparavant, il avait reçu, avec certains membres de sa famille, un traitement local et systémique par crème à base de perméthrine et ivermectine (0,2 mg/kg de poids corporel par voie orale), administré à deux reprises (Jour 0 et Jour 8), en raison d'une suspicion de gale. Lors d'un nouvel examen, des acariens vivants ont été détectés sur les mains à l'aide d'un dermatoscope (signe du delta / «jet with contrail» positif [fig. 1, définition cf. section «Diagnostic»]).

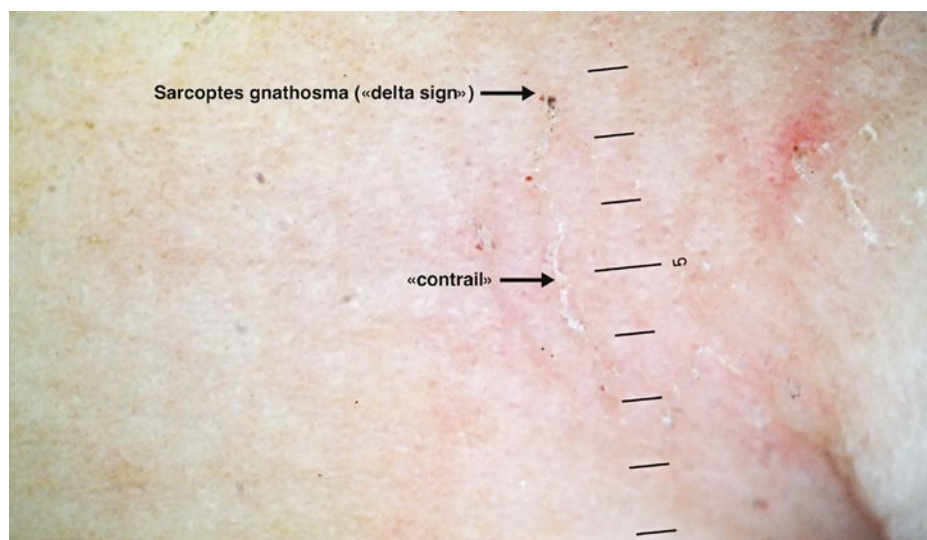


Figure 1: Dermatoscopie révélant la présence d'acariens avec signe du delta / «jet with contrail».

Le patient, sa mère, ses frères et sœurs et les personnes en contact proche ont à nouveau été traités par voie topique et systémique. Lors du contrôle de suivi quatre semaines plus tard, le patient ne présentait presque plus de symptômes et des acariens n'ont plus été détectés.

Ce cas illustre le fait que des réinfestations scabieuses peuvent se produire, en particulier dans des institutions surpeuplées comme les centres d'asile. Cependant, il est souvent difficile de savoir s'il s'agit d'une réinfestation par des personnes en contact proche non traitées ou d'un épisode persistant dû à un manque d'observance.

Vignette 2: altérations cutanées post-scabieuses

Un requérant d'asile afghan de 18 ans se plaignait depuis quelques semaines d'un prurit intense et d'éruptions cutanées. Bien qu'il ait déjà été traité à plusieurs reprises contre la gale avec ses contacts proches au centre d'asile, les symptômes persistaient. Le médecin de famille l'a alors adressé pour un examen dermatologique en raison d'une suspicion de gale résistante aux traitements. L'examen dermatologique n'a toutefois pas révélé d'infestation scabieuse active, mais une dermatite post-scabieuse accompagnée d'une folliculite (fig. 2).

Après prescription d'une corticothérapie topique et d'un traitement symptomatique par antihistaminiques, les symptômes ont nettement régressé.

Cela montre bien que des symptômes persistants ne sont pas toujours dus à une nouvelle infection ou à une infection persistante. Il s'agit souvent d'une dermatite irritative post-scabieuse causée par des particules et excréments



Figure 2: Tableau clinique avec folliculite et dermatite post-scabieuse sur le torse, le cou et le visage en vue d'ensemble (A) et en gros plan (B). Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

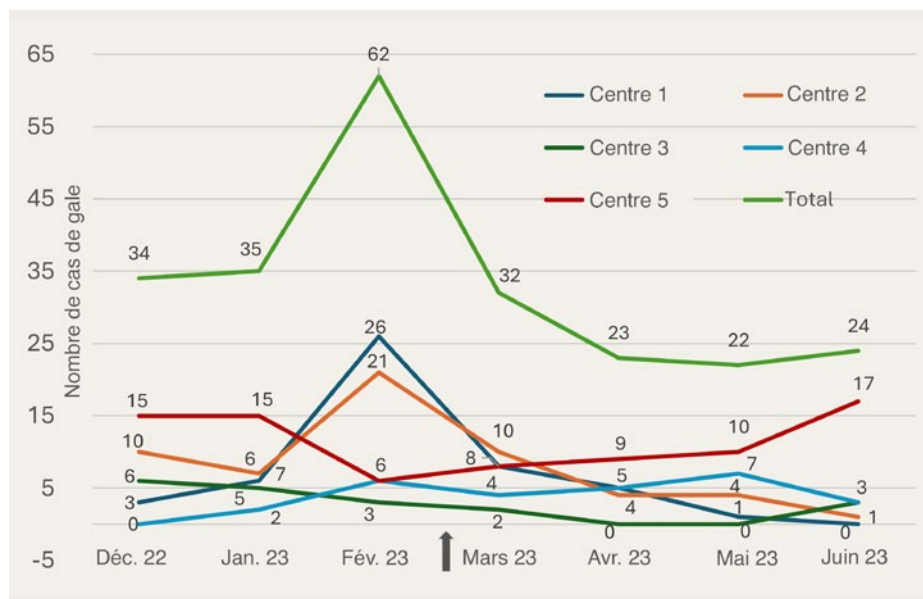


Figure 3: Représentation graphique de l'évolution dans le temps des nouveaux cas de gale dans les centres d'asile concernés du canton de Saint-Gall. Le début de l'intervention est indiqué par une flèche sur l'axe temporel.

d'acariens immunogènes résiduels, qui peuvent persister dans la peau même après l'élimination de *Sarcoptes scabiei* jusqu'au renouvellement épithélial complet de la peau après environ 4–6 semaines [7, 8]. Si les symptômes persistent au-delà de six semaines malgré la prise certaine des médicaments, un examen dermatologique est recommandé afin de déterminer s'il s'agit d'autres dermatoses pruriteuses.

Vignette 3: accumulation de cas de gale dans les centres d'asile

Les deux cas décrits sont loin d'être des cas isolés. En février 2023, plusieurs points de contact (Service du médecin cantonal, cliniques d'infectiologie et de dermatologie de l'Hôpital can-

tonal de Saint-Gall) ont constaté une multiplication des cas de gale dans différents centres d'asile du canton de Saint-Gall.

Face à cette recrudescence, une équipe spéciale a été constituée en étroite collaboration avec les administrations des centres d'asile et le Service du médecin cantonal du canton de Saint-Gall, composée de représentantes et représentants des centres d'asile, du Service du médecin cantonal du canton de Saint-Gall, du Secrétariat d'État aux migrations (SEM) et du service d'infectiologie de l'Hôpital cantonal de Saint-Gall, dans le but de réduire les (nouvelles) infections dans tous les centres d'asile au niveau cantonal et communal.

Afin d'évaluer la situation actuelle, une enquête a été menée en mars 2023 auprès de la direction médicale du centre fédéral d'asile cantonal et de quatre centres communaux, et une surveillance mensuelle de tous les nouveaux cas de gale a été mise en place. Les données recueillies début mars 2023 (fig. 3) montrent qu'en février 2023, deux centres communaux en particulier présentaient une prévalence ponctuelle élevée de la gale, de 30,9% (26 personnes sur 84) et 31,8% (21 personnes sur 66). Par contre, dans les trois autres centres, la prévalence était nettement plus basse, de 2,9% (6 sur 204), 5,4% (3 sur 55) et 10,5% (6 sur 57). Dans tous les centres, les mineurs étaient les plus touchés et la population de malades la plus représentée était celle des réfugiés d'Afghanistan, qui constituaient le plus grand groupe de migrantes et migrants dans tous les centres.

Les résultats du questionnaire ont montré une grande hétérogénéité entre les centres en termes de diagnostic et de traitement (tab. 1).

Tableau 1: Diagnostic et traitement de la gale dans cinq centres d'asile de Suisse orientale – résultats de l'enquête électronique de mars 2023

Centre	Population	Nombre de cas en 02/2023	Diagnostic le plus souvent posé par	Type de traitement	Traitement des personnes de contact	Durée des mesures supplémentaires
1	RMNA* et adultes	26/84 (30,9%)	Médecins	Topique et systémique	Uniquement cas suspects symptomatiques	7 jours
2	RMNA	21/66 (31,8%)	Professionnels de la santé	Systémique	Non	7 jours
3	RMNA et adultes	3/55 (5,4%)	Médecins	Systémique	Uniquement cas suspects symptomatiques	10 jours
4	RMNA et adultes	6/57 (10,5%)	Professionnels de la santé	Topique et systémique	Non	7 jours
5	RMNA et adultes	6/204 (2,9%)	Médecins	Topique et systémique	Non	1 × en même temps que chaque traitement

* RMNA: requérantes et requérants d'asile mineurs non accompagnés

Dans trois des cinq centres, le diagnostic de la gale avait été posé par les médecins traitants; dans les deux autres centres, c'était le personnel infirmier qui était responsable de cette tâche. Dans aucun des centres, un dépistage de routine de la gale n'avait été effectué. Dans trois des cinq centres, un traitement combiné (topique et systémique) avait été administré, tandis que dans deux centres, un traitement exclusivement systémique avait été mis en œuvre. Aucun des centres n'avait effectué de traitement systématique des contacts proches. Les mesures environnementales prévues (avant tout lavage du linge de lit et des autres textiles des personnes concernées) avaient été appliquées de manière très variable (parfois quotidiennement pendant 8–10 jours). D'après le questionnaire, la mise en œuvre et le contrôle rigoureux de ces mesures sur une période aussi

longue étaient difficilement réalisables, en particulier en présence de nombreux cas. À partir des résultats de notre enquête, nous avons pu identifier une série de facteurs de risque de transmission et de réinfection, qui ont servi de base à l'introduction de mesures (fig. 4). Cette série de mesures incluait divers éléments, dont la sensibilisation des résidentes et résidents et du personnel, notamment à l'aide de matériel d'information multilingue illustré, la gestion thérapeutique uniforme avec un traitement systémique et des mesures supplémentaires pour les cas index et leurs contacts, ainsi que le transfert rapide de tous les cas compliqués. Après l'implémentation de cette série de mesures, la surveillance mensuelle a révélé une réduction significative des cas de gale dans les centres à forte prévalence (fig. 3).

Aspects généraux et prise en charge

Transmission

La transmission de la gale se fait par contact cutané direct et prolongé, favorisé par la promiscuité [9]. En dehors du corps humain, les acariens peuvent survivre pendant 24–36 heures au maximum à une température de 21 °C et une humidité relative de 40–80%. Des niveaux d'humidité relative plus élevés et des températures plus basses favorisent la survie, tandis que des températures plus élevées et une humidité plus basse entraînent la mort prématurée des acariens [10]. La capacité des acariens à infester un hôte diminue avec le temps passé hors de l'hôte [10]. Le risque d'infestation augmente avec le nombre d'acariens à la surface de la peau des personnes concernées et la période d'incubation est de 2–5 semaines en cas de primo-infestation, mais de 1–4 jours seulement en cas de réinfestation [11].

La transmission des acariens de la gale par les textiles, tels que les vêtements et la literie, est théoriquement possible, mais rare dans la pratique, sauf en présence d'un nombre élevé d'acariens, comme dans le cas de la gale croûteuse [12]. Dès les années 1940, des expérimentations ont montré que le principal mode de transmission sur le plan épidémiologique était le contact physique direct [13]. Cela s'explique par la diminution rapide de l'infectiosité en dehors de la peau, par le faible nombre d'acariens chez les personnes immunocompétentes et par le déplacement lent des acariens [14]. Les personnes qui sont contaminées par une personne atteinte de la gale commune sont généralement les membres d'une famille ou d'une communauté, par exemple les couples, les proches, les frères et sœurs et les parents avec de jeunes enfants.

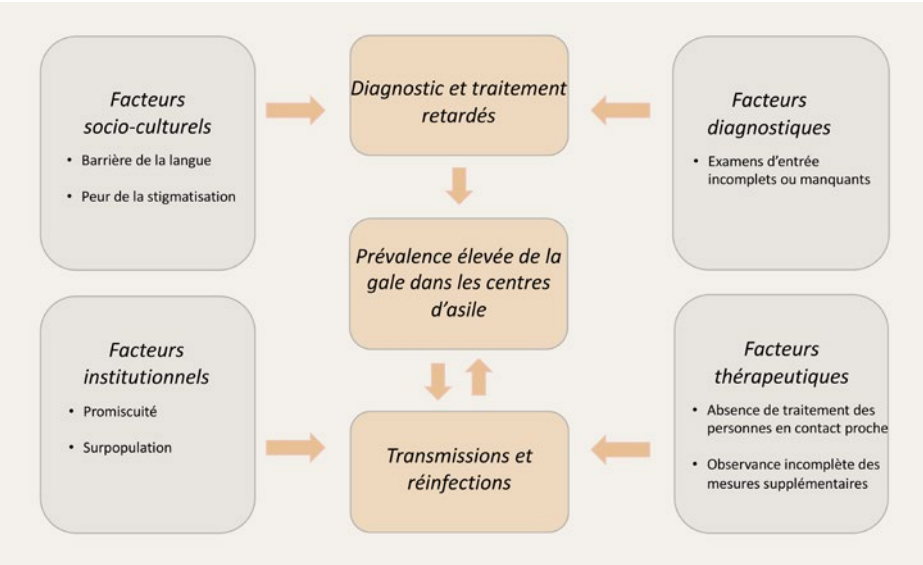


Figure 4: Représentation schématique des facteurs responsables d'une prévalence élevée de la gale dans les centres d'asile.

Physiopathologie et clinique

Les acariens de la gale creusent des sillons caractéristiques dans la couche supérieure de la peau de l'hôte, principalement dans les zones cutanées où la couche cornée est plus fine, comme les espaces interdigitaux, les poignets, les coudes, les aisselles et la région génitale, où ils pondent leurs œufs. Ces sillons sont visibles sur la peau sous forme de fines lignes rouges ou de tunnels. Le prurit présente à la fois les caractéristiques des réactions d'hypersensibilité de type I (immédiate) et de type IV (retardée) [15] aux composants des acariens, en particulier à leur salive. Le prurit est particulièrement intense surtout la nuit et aussi après une douche chaude. Le grattage peut provoquer des lésions cutanées responsables d'infections bactériennes secondaires (notamment par des streptocoques du groupe A ou des staphylocoques dorés). Le risque de surinfection bactérienne n'est pas seulement accru en raison des lésions cutanées: les acariens de la gale produisent également des enzymes qui inhibent le système immunitaire et affaiblissent les défenses contre les bactéries [16, 17].

Dans de rares cas, une hyperinfection avec un nombre très élevé d'acariens peut se produire, entraînant une gale croûteuse (anciennement gale norvégienne). Cliniquement, la gale croûteuse se manifeste par une dermatose hyperkératosique qui touche la paume des mains et la plante des pieds et s'accompagne de profondes fissures cutanées. La gale croûteuse peut tout à fait toucher des membres entiers et, plus rarement, le corps entier [18]. Une éosinophilie et un titre d'IgE élevé sont fréquents [19]. Les facteurs de risque en sont les formes sévères d'immunosuppression, en particulier les déficits en cellules T (par ex. infections avancées par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH] [20–23] ou le virus T-lymphotrope humain de type 1 [HTLV-1] [18] et transplantation d'organe [24]). La virulence de l'acarien de la gale ne joue pas de rôle notable dans le développement de la gale croûteuse. La gale croûteuse peut également toucher les personnes âgées immobiles, ce qui devrait être considéré comme un risque potentiel de transmission.

Diagnostic

Bien que le diagnostic de la gale soit généralement clinique, il convient, notamment en cas d'échec thérapeutique éventuel ou lorsque le diagnostic initial n'est pas établi avec certitude, de procéder à un examen précis à l'aide d'un dermatoscope, qui permet de mieux visualiser les sillons sinueux et squameux [25]. En cas de flambée, il est recommandé de le faire chez au moins une personne. Au bout du sillon sca-

bieux, un triangle foncé marqué est visible et représente la partie avant de l'acarien (tête, bouche et pattes avant). Il est appelé signe «delta» ou «jet with contrail», en raison de sa ressemblance avec la forme d'un avion à aile delta [25]. Un test à l'encre peut également être réalisé en complément pour visualiser rapidement et à moindre coût les sillons cutanés [26]. Occasionnellement, les œufs et les scybales peuvent aussi être détectés par examen microscopique d'une biopsie tangentielle de l'épiderme supérieur (fixation par huile minérale). En cas de prélèvement correct, cette biopsie est indolore et ne nécessite pas d'anesthésie locale. Si seule une expertise clinique est réalisée, les critères correspondants doivent être pris en compte le cas échéant [27].

Traitement

La gale non compliquée peut être traitée par perméthrine (crème topique à 5%; scabicide et ovicide) ou ivermectine (par voie systémique; scabicide uniquement). Les deux présentent une efficacité équivalente en cas d'observance optimale. La dose standard d'ivermectine est de 200 µg/kg de poids corporel par voie orale. La prise doit se faire à jeun [28]. Comme l'ivermectine n'a pas d'effet ovicide, une deuxième dose doit être prise après sept jours pour s'assurer que les acariens fraîchement éclos entre-temps sont également tués.

En Suisse, l'ivermectine a été inscrite sur la liste des médicaments avec tarif (LMT) en mai 2023. Les pharmacies sont ainsi autorisées à fabriquer de l'ivermectine sous forme de gélules et de suspensions conformément aux prescriptions médicales individuelles et à facturer les coûts via l'assurance obligatoire des soins (AOS). Cette inscription sur la LMT est toutefois limitée au traitement de la gale.

L'ivermectine est disponible sous différents noms commerciaux:

- Subvectin® (3 mg), autorisé depuis le 8 mai 2023 (liste B et non admis par les caisses).
- Stromectol® ou Scabioral®, qui ne sont ni autorisés ni admis par les caisses et doivent être importés de l'étranger par les professionnels de la santé.

Le traitement topique par crème à base de perméthrine 5% doit être appliqué sur tout le corps (de la tête aux orteils), en évitant tout contact avec les muqueuses (yeux, nez et bouche). Chez les personnes de plus de 60 ans ou de moins de 3 ans, il ne faut pas oublier de traiter en particulier la nuque, les joues, les oreilles, la tête et le cuir chevelu, car ces parties sont souvent touchées dans ces groupes d'âge. Les ongles des doigts et des orteils doivent être coupés court avant l'application. La perméthrine doit rester sur la peau pendant la nuit ou

au moins 8–12 heures avant d'être rincée. Si les mains sont lavées pendant la phase de pose de la perméthrine de huit heures (par ex. passage aux toilettes/lavage de la vaisselle), elles doivent à nouveau être enduites de perméthrine à 5%. De nombreux cas d'infections scabieuses «résistantes» sont probablement dus à une mauvaise application du traitement topique [29], ce qui peut être corrigé en répétant le traitement après sept jours [30]. La perméthrine est l'option thérapeutique privilégiée chez les femmes enceintes et – avec adaptation en fonction du poids – chez les enfants de moins de 15 kg, car les données de sécurité concernant l'utilisation de l'ivermectine dans ces groupes de population sont limitées [31, 32]. Chez les femmes enceintes, le temps d'application doit toutefois être limité à deux heures [33].

Dans les institutions telles que les centres d'asile, il est recommandé d'administrer deux fois un traitement systémique, car un traitement topique est souvent difficile à mettre en œuvre en raison des contraintes pratiques et des problèmes d'observance qui en découlent [29].

Pour le traitement de la gale classique, une monothérapie topique ou systémique rigoureuse est suffisante, alors que pour le traitement de la gale croûteuse, une combinaison de perméthrine et d'ivermectine ainsi que des administrations plus fréquentes sont recommandées [8, 9, 34].

Mesures environnementales

L'effet des mesures environnementales est limité, mais ne doit pas être négligé. Ces mesures sont toujours appliquées parallèlement au traitement médicamenteux des personnes concernées et des personnes en contact étroit (membres de la famille et personnes en contact physique étroit) et sont répétées après une semaine en même temps que le traitement médicamenteux. Les vêtements et le linge de lit, les serviettes, les peluches de lit et autres textiles qui ont été en contact avec les personnes concernées dans les 2–3 jours précédant le début du traitement sont lavés en machine à 60 °C au minimum. Alternativement, les objets (y compris textiles non lavables) peuvent être conservés dans un sac plastique hermétiquement fermé pendant au moins 72 heures ou dans le congélateur pendant au moins 24 heures. Les matelas et les canapés ne doivent pas être utilisés pendant au moins 72 heures (uniquement en cas de gale croûteuse) afin d'être également décontaminés [7, 2].

Défi de la prise en charge dans les centres d'asile

Sur la base de notre enquête et de notre expérience dans les centres d'asile, les points sui-

vants sont décisifs pour la réduction des cas et des transmissions en cas de flambée de gale dans les centres d'asile:

Augmentation de la sensibilisation

Il est essentiel de sensibiliser davantage les requérantes et requérants d'asile et le personnel médical à la gale. Expliquer les symptômes, les voies de transmission et les mesures préventives peut permettre aux personnes impliquées de prendre des mesures proactives et de réduire les éventuelles réticences à en parler (par ex. en cas de prurit dans la région génitale). En conséquence, le matériel d'information sur la gale doit être adapté aux personnes et disponible dans les langues nécessaires (par ex. farsi, pachto et turc) (exemple sur <https://kssg.guidelines.ch/guideline/4452> Guidelines.ch). Si nécessaire, des formations doivent être organisées pour les médecins de famille et le personnel de santé des centres d'asile.

Surveillance

Une surveillance des cas de gale dans les institutions, et plus largement au niveau cantonal, permet de prendre rapidement des mesures adéquates (vignette de cas 3; fig. 3).

Diagnostic et traitement précoces

Comme la gale est le plus souvent acquise sur les longs trajets de migration, un diagnostic et un traitement rapides à l'arrivée des requérantes et requérants d'asile sont décisifs pour éviter la propagation de la gale au sein des institutions. En particulier pour les mineurs non accompagnés et les réfugiés en provenance de pays connus pour leur forte prévalence de la gale, il convient de poser des questions ciblées sur les éventuels symptômes et de procéder à un examen physique. Si, pour des raisons de personnel, les requérantes et requérants d'asile ne peuvent pas être examinés immédiatement, les personnes concernées ainsi que le service compétent ultérieur doivent être informés et l'examen doit être effectué dès que possible.

Lignes directrices uniformes avec concepts thérapeutiques clairs

Il est essentiel que les personnes concernées bénéficient dans tous les centres d'un traitement à bas seuil, basé sur l'évidence et préservant au maximum les ressources, afin de garantir une mise en œuvre à plus long terme. Nous recommandons donc de donner au personnel soignant les moyens d'établir un diagnostic et d'initier un traitement de manière autonome, sans dépendre des visites médicales. Aussi bien le traitement systémique, y compris des personnes en contact étroit – c'est-à-dire toutes celles vivant dans la même

pièce –, que les mesures environnementales doivent être simplifiées et uniformisées. Au lieu de laver les textiles et la literie tous les jours pendant 7–10 jours après chaque traitement, cela peut se limiter à des mesures uniques après chaque traitement.

Orientation des cas compliqués/incertains vers des consultations spécialisées

Les cas compliqués, incertains ou difficiles à traiter doivent être adressés le plus rapidement possible à une consultation de dermatologie ou d'inféctiologie afin d'initier rapidement un traitement approprié.

Procédure à suivre en cas de flambée

En cas de forte augmentation des cas (à partir d'un tiers de malades parmi tous les résidentes et résidents), un traitement universel de tous les requérantes et requérants d'asile de l'institution doit être évalué. Un traitement du personnel asymptomatique n'est pas nécessaire. Cette approche se fonde sur des données issues d'études de population réalisées dans des régions endémiques et non endémiques, y compris dans des centres d'asile aux Pays-Bas [35].

Perspectives

En résumé, la clé du succès dans la lutte contre la gale en tant que maladie transmissible dans les institutions telles que les centres d'asile peut être considérée comme multifactorielle. Une composante centrale à cet égard est le rôle indispensable d'une coopération orchestrée entre toutes les personnes impliquées des institutions et des autorités sanitaires ainsi que les expertes et experts, en particulier pendant les situations de flambée épidémique. Cette coopération permet l'implémentation de mesures de contrôle efficaces pour protéger la santé des personnes vulnérables dans ces établissements.

Correspondance

Dr. med. Domenica Flury
Klinik für Infektiologie/Spitalhygiene
Departement Innere Medizin
Kantonsspital St. Gallen
CH-9007 St. Gallen
Domenica.flury@kssg.ch

Ethics Statement

Des consentements éclairés écrits sont disponibles pour la publication.



Dr méd. Marco Seneghini
Klinik für Infektiologie/Spitalhygiene,
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

L'essentiel pour la pratique

- La gale est la maladie dermatologique infectieuse la plus fréquente dans la population de réfugiés en Europe [6] et entraîne une grande souffrance pour les personnes touchées (prurit, risque de surinfection, stigmatisation).
- Du fait du taux de migration élevé actuel, il faut s'attendre à une augmentation du nombre de cas de gale.
- Des efforts communs et des mesures préventives et thérapeutiques standardisées, y compris la formation du personnel et la sensibilisation des personnes concernées, peuvent contribuer à réduire efficacement la prévalence de la gale dans les groupes de personnes concernées et les centres d'asile, et ainsi à éviter les transmissions. Nous recommandons l'initiation d'un traitement à bas seuil déjà en cas de suspicion clinique ainsi qu'un traitement empirique par ivermectine, qui est bien adapté en raison de sa facilité d'administration par voie orale.

Conflict of Interest Statement

SH déclare avoir obtenu du Trägerverein Integrationsprojekte St. Gallen (TISG) du temps de travail en tant que responsable des services de santé pour la rédaction du présent manuscrit. Les autres auteures et auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Author Contributions

Concept, méthodologie et rédaction: MS, DF et MS; révision: tous. Tous les auteurs et auteurs ont lu le manuscrit soumis et sont coresponsables de tous les aspects du travail.



Références

La liste complète des références est disponible sur: <https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2024.1397784404>.