

Recommandations conjointes pour la gestion de cas de gale en collectivité

Version pour les Services PSE et CPMS WBE



Nom du document	Recommandations pour la gestion des cas de gale en milieu scolaire
Version	1.0
Date de validation	Juin 2024
Auteurs	AVIQ Vivalis ONE

1 Table des matières

1	Table des matières	2
1	Définitions ^(1,2,3,4,5,29)	4
1.1	La gale commune	4
1.2	Gale compliquée :	4
1.3	Cas confirmé ⁽³⁰⁾	4
1.4	Cas-contact.....	5
1.5	Situation à risque épidémique	5
2	Faire un bilan de la situation.....	6
2.1	Rôle de la direction de la collectivité (établissement scolaire)	6
2.2	Rôle du service PSE ou CPMS WBE (soumis au secret professionnel)	6
2.2.1	Faire un bilan de la situation.....	6
2.2.2	Gestion de l'éviction, de l'isolement et du retour en classe ^(3,6,12,21,22)	7
2.2.3	Surveillance et monitoring des cas (ou suivi de la situation).....	7
2.3	Rôles des services d'inspections d'hygiène :	8
3	Actions à mettre en place	8
3.1	Traitement de l'environnement ^(1,3,4,10,17,18,19)	8
3.1.1	Désinfestation du linge.....	8
3.1.2	Désinfestation du matériel.....	9
3.2	Mesures d'hygiène standards ^(4,20)	10
3.2.1	Mesures individuelles pour le personnel	10
3.2.2	Autres mesures environnementales à prendre	10
3.3	Prise en charge thérapeutique ^(1,6,7,8,9,10,11,12,13)	10
3.3.1	Options thérapeutiques	10
3.3.2	Modalités de prise/d'application du traitement ^(2,3,4,6,11,12,17,18)	11
3.3.3	Situations particulières	12
3.3.3.1	Difficultés en lien avec l'administration d'un traitement à un enfant	12
3.3.3.2	Refus d'administrer un traitement à un enfant	12
3.3.3.3	Refus des membres du personnel de prendre le traitement prophylactique	12
4	Recommandation en cas de gale commune ^(3,4,6,19,21,22,23,24)	13
4.1	Gestion de cas-contacts	13
4.1.1	Un enfant/un membre du personnel, cas-contact, en dehors de la collectivité/classe 13	
4.2	Gestion d'un cas confirmé	14

4.2.1	Un cas confirmé, dans une section (= cas isolé)	14
4.2.2	Deux cas confirmés, dans des classes/groupes différents (sans lien épidémiologique à l'école)	15
4.2.3	Membre du personnel, cas confirmé sans contact direct avec des enfants	16
4.2.4	Gestion d'une situation à risque épidémique (≥2 cas ayant lien épidémiologique) ..	17
5	Recommandations en cas de gale profuse ^(1,3,6,9,20,22,25,26,27,28)	20
5.1	Prise en charge pour les cas confirmés.....	20
5.1.1	Définition du cas confirmé.....	20
5.1.2	Traitement de l'environnement ³¹	20
5.1.2.1	Désinfestation du linge.....	20
5.1.2.2	Désinfestation du matériel	20
5.1.3	Traitement thérapeutique	21
5.1.4	Eviction / isolement	21
5.2	Cas-contacts	21
5.2.1	Définition du cas-contact.....	21
5.2.2	Traitement de l'environnement.....	21
5.2.3	Traitement thérapeutique	21
5.2.4	Eviction / isolement	21
6	Déclaration obligatoire	23
7	Rédaction	24
	Bibliographie	25

Recommandations pour la gestion de cas de gale

La gale est une affection bénigne, dans la plupart des cas, mais peut, rarement, engendrer des complications graves. Elle se caractérise par une forte contagiosité, pouvant être à l'origine d'épidémies, difficiles à contrôler, occasionnant des coûts et des surcharges de travail non négligeables. La prise en charge des cas de gale nécessite donc des mesures rapides et faites de façon simultanées pour enrayer efficacement l'épidémie. Les recommandations sur cette prise en charge sont développées dans les fiches spécifiques disponibles sur le site de [MATRA-Sciensano](#).

1 Définitions (1,2,3,4,5,29)

Les présentes définitions sont synthétiques, pour plus de précisions, veuillez consulter la fiche [MATRA](#).

1.1 La gale commune

La gale commune est une infestation par un ectoparasite (*Sarcoptes scabiei variété hominis*, de la famille des acariens) qui creuse des sillons sous la peau et se transmet par contact cutané prolongé ou plus rarement par des textiles contaminés. Lorsque l'infestation est installée, elle se manifeste par un prurit intense à recrudescence nocturne. Des éruptions cutanées typiques (sillons scabieux, papules, nodules, ...) se situent généralement au niveau des mains et des zones de plis (poignets, coude, genou, région inguinale, aisselles). Chez les nourrissons, les lésions peuvent être peu spécifiques et sans prurit. Les lésions de grattage peuvent entraîner un risque de surinfection (impétigo ou infection invasive à streptocoque du groupe A).

1.2 Gale compliquée :

a. Gale profuse

C'est une gale où la charge parasitaire est beaucoup plus élevée que dans la gale commune. Elle peut être la conséquence soit d'un diagnostic tardif, soit d'un traitement inadapté par corticoïdes, soit d'une immunodépression locale et/ou générale. Dans ce cas, des lésions plus étendues (y compris le dos et le cuir chevelu) seront observées.

b. Gale hyperkératosique :

Il s'agit d'une forme rare de gale caractérisée par une colonisation massive pouvant atteindre plusieurs millions d'acariens qui est plus fréquente chez les personnes âgées, les patients atteints de troubles neurologiques, les patients cachectiques, grabataires ou immunodéprimés. Il s'agit d'une forme extrêmement contagieuse au tableau clinique polymorphe, souvent marqué par des lésions diffuses de croûtes squameuses. Curieusement, le prurit est souvent bénin ou absent.

1.3 Cas confirmé ⁽³⁰⁾

Le diagnostic est posé par un médecin. Il sera soit confirmé par visualisation (microscope ou dermatoscope) soit posé sur base clinique : présence de sillons scabieux OU des nodules typiques (organes génitaux masculins) OU présence de lésions typiques dans une distribution typique et prurit + notion de contact avec une personne symptomatique.

1.4 Cas-contact

Toute personne ayant eu un contact direct rapproché (peau à peau durant 15 minutes minimum ou 20 minutes cumulés/jour), indirect (matériel retenant les squames de peau : literie, objets textiles lavables ou non, ...) ou qui partage le lieu de vie qu'un cas confirmé (vivant au même domicile p.ex.). La transmission via un contact direct est le mode de contamination le plus courant (95%). Le risque de contamination via l'environnement est faible pour les cas de gale commune et augmente très fortement pour les cas de gale profuse. Le matériel textile contaminé peut transmettre la gale commune : literie, vêtements, doudous, tapis... Les objets non-textiles de l'environnement scolaire sont reconnus comme ne la transmettant pas : tables, stylos, cahiers, livres, téléphones...

En milieu scolaire, en fonction des types de contacts et activités partagées au cours des 8 jours avant le début des symptômes, le tracing sera différent dans chaque situation. Il peut identifier l'absence de cas-contact, quelques cas-contacts ou (exemple : retard de diagnostic) toute la classe (et l'enseignant /personnel encadrant). À titre d'exemple, les cas-contacts pourraient potentiellement être :

- ✓ Un enfant, identifié par un tracing, qui a eu un contact à risque, c'est-à-dire un contact peau à peau de 15 minutes minimum avec le cas index ou avec du matériel textile infesté. (Exemple : en été sur le même banc, ...) ayant des activités collaboratives induisant des contacts fréquents (activité sportive (selon le type), ...).
- ✓ En maternelle (surtout en classe d'accueil et première maternelle) : les enfants qui ont fait la sieste et ont partagé la même literie ;
- ✓ Les élèves qui ont logé dans un contexte scolaire (séjours pédagogiques, internat, ...) et ont partagé chambre, literie, draps, essuie de bain, vêtements de façon intensive avec le cas index pendant la période de référence ;
- ✓ La famille vivant sous le même toit (fratrie).

Lors de la recherche des cas-contacts, il est important de garder à l'esprit les caractéristiques du développement psychomoteur pour évaluer le risque de contamination. En effet, des enfants en bas âge (qui ont une grande promiscuité entre eux ou avec les adultes) ont un risque plus élevé de contamination. Pour chaque situation, les mesures peuvent être adaptées via un tracing adéquat des cas-contacts. Le tracing est idéalement à réaliser par une seule personne pour l'ensemble des personnes concernées et sous une autorité médicale. Au moment de mettre en œuvre les recommandations, il est important de garder en tête les notions de cas-contacts telles que définies ici.

1.5 Situation à risque épidémique

La transmission avérée au sein du milieu scolaire est le critère définissant le risque épidémique : identification d'un 2ème cas confirmé avec suspicion que la contamination ait eu lieu au sein de la collectivité (avec un lien épidémiologique entre les deux cas) et survenant dans un délai de moins de 6 semaines d'intervalle. Une vigilance sera nécessaire si la transmission a eu lieu entre les membres d'une fratrie ou à la suite de contacts intimes (amis qui vont dormir l'un chez l'autre, relations amoureuses, ...). Des mesures d'hygiène et une information seront nécessaires sans que le risque épidémique soit d'office présent.

Lorsqu'une contamination a eu lieu au sein du milieu scolaire, il est préférable de procéder à un dépistage des élèves ou étudiants de la classe afin d'évaluer l'ampleur de la contamination.

2 Faire un bilan de la situation

Le présent document constitue des recommandations spécifiques de la part des autorités sanitaires sur la gestion de cas de gale en collectivité. **Le responsable de la collectivité appliquera les mesures à prendre avec l'aide des référents** (en matière de santé) définis plus haut. Ces derniers veilleront à la diffusion et à la bonne compréhension des mesures.

2.1 Rôle de la direction de la collectivité (établissement scolaire)

- ✓ Informer le référent médical de la collectivité (SPSE, CPMS WBE);
- ✓ Informer la médecine du travail ;
- ✓ Informer le personnel de la collectivité afin qu'il soit au courant de la présence d'un cas (tout en veillant à la confidentialité) ainsi que des mesures à prendre pour se protéger et protéger les autres ;
- ✓ Distribuer le courrier informant les parents/tuteurs des enfants fréquentant la classe de la présence d'un cas (qui doit rester anonyme);
- ✓ Donner des informations claires aux différentes parties prenantes afin que chacun sache ce qu'il doit faire ;
- ✓ Informer (parents/personnel) correctement sur les risques de transmission et de propagation en dédramatisant la situation ;
- ✓ Poursuivre la collaboration avec les interlocuteurs privilégiés du milieu scolaire lors du tracing et de l'identification des cas (professionnels PSE) ;
- ✓ S'assurer de la mise en œuvre des recommandations au sein de l'établissement : traitement de l'environnement, retour des enfants (confirmés) dès 24h après leur traitement, récupérer les attestations sur l'honneur de réalisation de la prophylaxie des cas-contacts.

2.2 Rôle du service PSE ou CPMS WBE (soumis au secret professionnel)

2.2.1 Faire un bilan de la situation

- ✓ En collaboration avec les parents et/ou la direction de l'école (le nombre de cas identifiés, la date d'apparition des symptômes, si le diagnostic a été posé par un médecin et quels traitements thérapeutiques ont déjà été appliqués), en veillant au respect de la confidentialité.

Pour un cas confirmé unique :

- ✓ Dès l'apparition d'un cas de gale dans la classe, le médecin ou l'infirmière PSE transmettra les informations ad hoc à la direction de l'établissement. Les parents de la classe seront informés au moyen d'un courrier (voir modèles de l'ONE) sur la présence d'un cas et de la nécessité de surveiller l'apparition de symptômes. Le personnel sera informé et invité à respecter les "3.1 Mesures d'hygiène standard" à prendre durant toute la période d'incubation de la gale (6 semaines).
- ✓ Les parents seront contactés afin de s'assurer que les recommandations et le traitement du domicile (et traitement des personnes vivant sous le même toit) ont bien été comprises. Il est possible de s'aider du [cahier de l'AVIQ](#) à ce sujet. L'objectif est d'augmenter les chances d'une bonne prise en charge du cas confirmé et d'éviter les récidives ou cas secondaires.
- ✓ Lors de l'entretien, il sera également conseillé au parent de prévenir les parents des cas-contacts de son enfant, s'il a des amis proches ou participe à des activités sportives et/ou de loisirs dans le cadre extra-scolaire, si contacts cutanés p.ex. arts martiaux (hors responsabilité du PSE).

Lorsque 2 cas sont recensés au cours d'un intervalle de 6 semaines :

- ✓ En collaboration avec le responsable scolaire, identification des cas-contacts et (1,3) recherche du lien épidémiologique : Faire un tracing pour analyser le lieu de la contamination et le risque de propagation éventuel à l'école (le nombre de cas-contacts, le type de contact rapproché potentiel et les causes environnementales favorisant la contamination).
- ✓ Déclarer aux services d'inspection d'hygiène (AVIQ/Vivalis) dès 2 cas confirmés ayant un lien épidémiologique à l'école dans un intervalle de 6 semaines (hors cas familiaux) OU dès 1 cas de gale profuse.
- ✓ Rechercher les cas-contacts potentiels jusqu'à 8 jours avant l'apparition des symptômes du dernier cas index.
- ✓ Prendre les mesures recommandées en fonction du risque épidémiologique : Dès que 2 personnes sont positives dans une même classe le risque de propagation aux autres augmente fortement et des mesures préventives doivent être prises rapidement.

2.2.2 Gestion de l'éviction, de l'isolement et du retour en classe ^(3,6,12,21,22)

Cas confirmé :

Une fois le diagnostic de gale confirmé par le médecin traitant, le cas confirmé est évincé et isolé à domicile jusqu'à 24 heures après le début du traitement (durée nécessaire pour ne plus être contagieux, sous réserve que les traitements du domicile et de la collectivité aient été effectués dans de bonnes conditions (voir point 2.1) avant de réintégrer la collectivité). Toutes les personnes vivant au même domicile doivent être traitées le même jour que le traitement de l'environnement.

Le retour sera possible en collectivité/classe 24 heures après le début du traitement. Le traitement devra être répété après 7 à 14 jours.

Cas-contacts :

Les cas-contacts **sont tenus de prendre un traitement prophylactique dans les plus brefs délais (maximum 2-3 jours)**. Si ce dernier est retardé, ils seront en éviction. Dans tous les cas, des mesures d'hygiène individuelle (ongles coupés, lavage des mains) et de l'environnement doivent être mises en application. (Voir 3.1).

Il est recommandé de surveiller l'apparition éventuelle de symptômes (prurit, lésions cutanées) pendant 6 semaines après le dernier contact avec un cas confirmé.

2.2.3 Surveillance et monitoring des cas (ou suivi de la situation)

- ✓ Le médecin/infirmier/référent santé en charge de la collectivité doivent être impliqués.
- ✓ Conseiller les intervenants impliqués et transmettre les recommandations sur base du présent document
- ✓ Effectuer un bon tracing des cas-contacts dès la prise de connaissance du 2ème cas confirmé.
- ✓ S'assurer que le traitement environnemental est bien fait au sein de la collectivité.
- ✓ Formuler les recommandations permettant aux enfants de revenir après un traitement thérapeutique et de l'environnement.
- ✓ Suivre l'évolution de la situation jusqu'à la fin de la période de vigilance (6 semaines après l'apparition du dernier cas confirmé) et déclarer la fin de cette dernière.

2.3 Rôles des services d'inspections d'hygiène :

- ✓ Surveillance épidémiologique de la situation et interpellation des autorités en cas de situation inhabituelle.
- ✓ Face à des situations particulières, les services d'inspection d'hygiène analyseront les risques en collaboration avec les services PSE et CPMS WBE.
- ✓ Conseiller les intervenants impliqués et éclaircir les recommandations sur base du présent document.
- ✓ Le service d'inspection d'hygiène reste disponible pour discuter des mesures renseignées dans ces recommandations. Dans le cas où plusieurs professionnels de la santé sont impliqués (PSE, médecine du travail, ...), il se charge de coordonner le suivi. (Pour le tracing : voir la définition de cas-contact ci-dessus.)

La conduite à tenir en fonction des différents scénarios est détaillée dans les points 4 ou 5 de ce document.

3 Actions à mettre en place

3.1 Traitement de l'environnement (1,3,4,10,17,18,19)

Une fiche à destination des responsables de collectivité sur le traitement de l'environnement est disponible [en ligne](#) sur le site de l'AVIQ. En ce qui concerne le traitement du domicile par les parents, il est possible de commander les cahiers de l'AVIQ gratuitement sur le site de Ediwall : <https://ediwall.wallonie.be/>

Lorsqu'il y a un cas confirmé de gale, **il faut traiter le patient et ses contacts rapprochés** (traitement médicamenteux) **mais également l'environnement** (de la collectivité et du/des lieux de vie) où le sarcopte a pu se disséminer via des squames de peau. Le traitement doit être simultané avant d'autoriser les personnes traitées à réintégrer la collectivité.

Un manque de rigueur dans la procédure permet au parasite de survivre et de contaminer d'autres personnes ou de réinfester la personne elle-même. Il est indispensable d'informer les membres du personnel travaillant dans la collectivité.

3.1.1 Désinfestation du linge

Les tissus sont les surfaces où l'accumulation de parasites est la plus probable. Plusieurs méthodes sont possibles, choisissez la méthode la plus adaptée à la nature du textile :

- ✓ Lavage en machine et/ou séchage au sèche-linge à 60°C (pendant >10 minutes).
- ✓ Isoler le linge dans un sac fermé hermétiquement durant 4 jours dans une pièce à température ambiante. Cette durée augmente à 8 jours si la température est faible ($\leq 15^{\circ}\text{C}$) ou élevée ($\geq 25^{\circ}\text{C}$), en particulier si le taux d'humidité dans l'air est élevé (météo humide/pluvieuse).
- ✓ Mettre le linge dans un sac au congélateur à -18°C pendant 24h.

En collectivité : Si impossibilité de déterminer quel linge a été touché par le cas confirmé, laver (ou isoler) tout le linge (ou le textile) présent dans la section/classe sur un intervalle de 3 jours avant à 24 heures après avoir pris le traitement.

À domicile : Tout le linge ayant été en contact avec la personne infestée (durant une période allant de 3 jours avant le traitement à 24 heures après avoir pris le traitement) DOIT être traité.

3.1.2 Désinfestation du matériel

Lors du traitement de l'environnement de la collectivité, le personnel portera une protection (gants + surblouse) afin de réduire le risque d'infestation. Il veillera à maintenir une logique dans l'ordre de nettoyage en suivant les recommandations de la collectivité : dépoussiérer les surfaces, nettoyer du haut vers le bas avant d'aspirer soigneusement les locaux. Nettoyage du sol à l'eau et au savon.

Ne pas oublier de traiter les « réservoirs cachés » et les surfaces poreuses comme le textile : interstices des revêtements de sols, coussins, tentures, tapis, canapés (même en cuir car réservoirs dans les plis), les sièges de voiture, ...

Afin de réduire le nombre de sarcoptes présents dans l'environnement, **il est préférable d'aspirer** avant le nettoyage (si le support le permet). ATTENTION : **éliminer le sac/laver le filtre après chaque utilisation.**

Ensuite, utiliser la méthode la plus adaptée au support :

- Surfaces peu poreuses : Nettoyage à l'eau et au savon :

L'action mécanique du nettoyage permet d'éliminer le sarcopte sur des surfaces comme le plastique, l'aluminium, le similicuir, ... **Laver à 60° ou jeter le matériel qui a servi au nettoyage.**

- Surfaces poreuses : Nettoyage à la vapeur

En raison de la sensibilité de la gale à la chaleur (destruction des œufs et du sarcopte), il est recommandé de nettoyer les surfaces au moyen d'un appareil projetant de la vapeur (« nettoyeur vapeur »). L'application doit se faire lentement (4 à 5 secondes sur chaque zone de la surface à traiter) et en insistant sur les plis-coutures et endroits inaccessibles.

- Isolement du matériel ne pouvant être lavé

Le matériel, qui ne pourra pas être traité par les moyens décrits ci-dessus, pourra être stocké dans un sac en plastique ou une pièce fermée, à température ambiante, pendant une durée minimale de 4 jours. Cette durée augmente à 8 jours si la température de la pièce est faible ($\leq 15^{\circ}\text{C}$) ou élevée ($\geq 25^{\circ}\text{C}$), en particulier si le taux d'humidité dans l'air est élevé (météo humide/pluvieuse).

Précautions	Décontamination	Période de vigilance (6 semaines)
Textiles	Traiter linge patient J-3 à J+1 selon nature du textile	Pas nécessaire
Port EPI	Jour traitement	Pas nécessaire
Aspirateur	Jeter sac/nettoyer filtre	Jeter sac/nettoyer filtre à chaque utilisation
Sacs plastiques	Double pour le linge à traiter	Pas nécessaire au-delà de la durée d'isolement des textiles /objets écartés
Eau + savon	Surfaces non poreuses	Surfaces non poreuses
Vapeur	Surfaces poreuses	Pas nécessaire
Acaricide	Sur avis médical et uniquement en cas de récurrence ou de gale profuse.	

L'utilisation éventuelle d'acaricide en pulvérisation est à réserver pour les situations de récurrence ou de gale profuse. Le médecin qui validera l'utilisation devra tenir compte du fait que les acaricides n'ont pas d'efficacité sur les œufs, comportent des risques allergiques et environnementaux. De plus, une utilisation répétée risque d'induire des résistances.

3.2 Mesures d'hygiène standards (4,20)

Ces mesures doivent être mises en place immédiatement.

La durée d'application de ces mesures est de 6 semaines après l'apparition du dernier cas.

3.2.1 Mesures individuelles pour le personnel

- Sensibiliser le personnel (y compris les stagiaires et le personnel qui n'est pas en contact direct avec les enfants) concernant la problématique et les mesures à prendre ;
- Renforcer les mesures d'hygiène au sein de la collectivité/classe (ex : Lavage des mains --> Action mécanique avec de l'eau et du savon permet d'empêcher l'infestation) ;
- Changer de tenue tous les jours et nettoyer les tenues portées selon recommandations du lavage du linge (cfr supra) ;
- Demander au personnel d'avoir des ongles coupés à ras ;
- Éviter les contacts cutanés directs prolongés ;
- Utiliser une protection (gants à usage unique + surblouse) avant la manipulation du linge.

3.2.2 Autres mesures environnementales à prendre

- Demander au personnel (enseignants, direction de l'établissement) de suivre la problématique et de porter une attention plus accrue à la clinique des enfants (éruptions cutanées, prurit) et à la mise en application des mesures d'hygiène ;
- Demander aux parents de couper les ongles de leurs enfants à ras ;
- Éviter dans la mesure du possible les contacts cutanés directs prolongés entre enfants et entre un adulte et un enfant ;
- Dans la mesure du possible, limiter les mouvements des élèves et du personnel entre classes.
- Espacer suffisamment les portes manteaux afin d'éviter le contact entre les vêtements ;
- Renforcer l'attention donnée aux effets personnels des enfants particulièrement dans les sections maternelles : chaque enfant a son lit et sa couverture/sac de couchage dédié ; les doudous sont rangés individuellement, ainsi que les bonnets et vêtements (rechange, sport, déguisements).
- Nettoyer le coussin à langer entre chaque enfant (en plus du change de tissu/essuie) ;
- Favoriser les surfaces facilement lavables comme le plastique, l'aluminium, le similicuir, ...
→ surfaces plus simples à désinfecter donc moindre risque de contamination.

3.3 Prise en charge thérapeutique (1,6,7,8,9,10,11,12,13)

3.3.1 Options thérapeutiques

Le choix du traitement est la responsabilité du médecin prescripteur. L'outil de référence est la [fiche MATRA](#) (version 2024).

Pour garantir l'efficacité du traitement, l'observance des modalités pratiques est primordiale.

Les traitements curatifs étant **non ovocide**, cela nécessite de **répéter le traitement** entre J8 et J14. En cas de dépassement du délai, le **cycle** est à recommencer. Après 24 heures de traitement, une personne peut être considérée comme non contagieuse, sous réserve que les traitements du linge **et** de l'environnement aient été effectués minutieusement.

Les cas contacts avérés (sur la période de 8 jours avant symptômes à 24h après traitement), s'ils sont asymptomatiques, prennent une dose en post exposition. Sinon, ils reçoivent un traitement curatif.

En collectivité : déclaration obligatoire dès 2 cas confirmés liés entre eux (hors cas familiaux)

Un épisode infectieux nécessite une vigilance de 6 semaines (durée d'incubation maximale).

Les cas-contacts de chaque cas seront identifiés pour recevoir une prophylaxie. Non rémanente, elle ne protège pas d'une (re)contamination éventuelle ultérieure.

Au sein de la collectivité, si un cas apparaît au-delà des premières mesures, le tracing et le traitement des cas-contacts (indispensable) seront à nouveau effectués (rallongeant l'intervalle de 6 semaines). En effet, une (re-) infection est possible vu que la contagiosité est présente 8 jours avant le début des symptômes.

En cas de plusieurs récurrences dans une même classe, les responsables de l'école informeront le service PSE ou CPMS WBE qui contactera les services d'hygiène afin s'accorder sur la stratégie à adopter. Cela à condition que toutes les autres recommandations aient été suivies

3.3.2 Modalités de prise/d'application du traitement (2,3,4,6,11,12,17,18)

Temps 1 : pour les topiques Pour faciliter l'imprégnation, idéalement le soir.

- ✓ Se couper les ongles à ras (éviter les lésions de grattage, éviter résidus de gale sous les ongles)
- ✓ Changer les draps et mettre des vêtements propres
- ✓ Prendre une douche chaude (savon + shampooing). Bien s'essuyer et laisser la peau se refroidir.
- ✓ Appliquer la crème en veillant à recouvrir chaque cm² de peau en adaptant la quantité à la surface corporelle de la personne. Eviter les topiques en cas d'eczéma réactionnel (sensation de brûlure).

À partir de 2 ans :

- Appliquer sur le corps entier, hormis le visage et le cuir chevelu. Traiter spécialement et méticuleusement entre les doigts, orteils, sous les ongles, les poignets, coudes, aisselles, région génitale externe et fesses. Cela inclus les oreilles et le cou. Ne pas appliquer sur les muqueuses, plaies ouvertes.
- Réappliquer la crème sur les mains après les avoir lavées ainsi qu'autour des zones intimes après être passé aux toilettes/ lors du change.

Pour les enfants de 1 mois à 2 ans :

- Appliquer sur tout le corps comme pour l'adulte + sur le cuir chevelu, le cou et le visage (éviter pourtour des yeux et de la bouche).
- Réappliquer de la crème après le change.
- Bander les mains afin qu'ils n'ingèrent pas le produit.
- ✓ S'habiller avec des vêtements propres.
- ✓ Laisser la crème agir (durée selon prescription) et ne pas laver le corps durant ce délai.

Temps 2 : pour tous les traitements

- Prendre une douche après le temps d'action du traitement
- Prendre un essuie propre et mettre des vêtements propres.
- Nettoyer les draps, les vêtements portés lors du traitement et du nettoyage de l'environnement de la personne infestée (Cfr. Fiche pratique sur la décontamination).

3.3.3 Situations particulières

3.3.3.1 Difficultés en lien avec l'administration d'un traitement à un enfant

Il existe 3 molécules scabicides sur le marché à l'heure actuelle. Le médecin prescrira le traitement le plus adapté, le risque allergique étant limité vu les différentes familles de molécules possibles.

Un tracing de qualité est indispensable pour une identification précise des cas contacts. Il permettra d'éviter une administration trop large ou répétée d'un traitement prophylactique (développement de résistances aux médicaments, coût des traitements, rares effets secondaires). Le traitement est essentiel pour éviter une contamination de la cellule familiale des enfants identifiés comme cas-contacts. Les difficultés financières peuvent être soutenues par des démarches auprès du CPAS pour la prise en charge exceptionnelle de traitements indispensables. Les PMS pourraient accompagner les services concernés dans ces démarches.

3.3.3.2 Refus d'administrer un traitement à un enfant

Conduite à tenir en cas de refus des parents/médecin traitant de donner un traitement à l'enfant :

Cas confirmé :

- L'enfant doit être impérativement traité avant de pouvoir réintégrer la collectivité, à moins que les parents ne fournissent un certificat médical attestant d'un autre diagnostic.

Cas contact :

- Intervention du médecin/infirmier responsable de l'école afin de discuter avec les parents/médecin des risques pour l'enfant et pour la collectivité (notamment celui de la fermeture des classes en cas d'épidémie).
- En cas d'échec de la médiation/sensibilisation à l'importance d'administrer le traitement, le service PSE ou CPMS WBE contactera le service d'hygiène afin d'évaluer les risques et de discuter de la position à adopter en fonction de la situation. Une éviction de 6 semaines est requise. Cependant, les services d'inspection d'hygiène, le service PSE ou CPMS WBE et le responsable de l'établissement, selon le cas, peuvent prendre la décision conjointe de ne pas évincer contre une surveillance accrue des symptômes et restriction des activités pendant les 6 semaines.
- Une surveillance active sera organisée pendant 6 semaines par le médecin responsable du service ou centre, le médecin scolaire, ou l'infirmière, et tiendra compte des éléments suivants : collaboration régulière avec les parents, le personnel enseignant et d'encadrement, la surveillance de l'apparition éventuelle de symptômes (prurit, lésions cutanées) permettant une recommandation de consultation rapide du médecin traitant le cas échéant. Dans le cas d'une situation épidémique (plusieurs cas liés dans la classe en 6 semaines), cette surveillance pourra faire intervenir un dépistage de la classe (avec recherche de symptômes).
- Restriction des activités extra-scolaires engendrant un contact physique : activités sportives (arts martiaux, piscine, ...), autres types d'activités collectives, ...
- En cas d'apparition de symptômes, l'enfant devra :
 - Consulter un médecin
 - Revenir en collectivité/classe avec une attestation médicale confirmant l'absence de symptômes ou un autre diagnostic. En cas de présence de symptômes, retour 24h après traitement.

3.3.3.3 Refus des membres du personnel de prendre le traitement prophylactique

Voir avec la médecine du travail.

4 Recommandation en cas de gale commune (3,4,6,19,21,22,23,24)

4.1 Gestion de cas-contacts

4.1.1 Un enfant/un membre du personnel, cas-contact, en dehors de la collectivité/classe

Exemple type de cette situation : un stagiaire qui aurait été cas-contact au sein de sa cellule familiale/foyer.

Le service PSE ou CPMS WBE sera informé de cette situation uniquement si les parents/membres du personnel l'en informe. Le cas-contact doit consulter son médecin généraliste dès qu'il prend connaissance de son statut de cas-contact et prendre le traitement prophylactique avant de réintégrer la collectivité/ l'établissement scolaire.

Déclaration	<ul style="list-style-type: none"> - Non, car il s'agit d'un cas-contact donc ne pas déclarer
L'enfant/le membre du personnel cas-contact	<ul style="list-style-type: none"> - Le cas-contact hors de la collectivité devra prendre un traitement prophylactique de la gale (nécessité d'aller consulter son médecin généraliste) - Rappel : Les cas-contacts sont tenus de prendre un traitement dans les plus brefs délais (maximum 2-3 jours). Si ce dernier est retardé, ils seront en éviction. Dans tous les cas, des mesures d'hygiène doivent être mises en application (Cfr 3.1 et 3.2).
Mesures à suivre	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de nécessité de donner un traitement prophylactique pour les autres enfants/collègues de la collectivité.

4.2 Gestion d'un cas confirmé

4.2.1 Un cas confirmé, dans une section (= cas isolé)

Concerne : un enfant **ou** un membre du personnel travaillant en contact direct avec des enfants

Déclaration	<ul style="list-style-type: none"> - Non obligatoire si cas isolé - Obligatoire dès l'apparition d'un deuxième cas adulte ou enfant dans la collectivité
Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> - Eviction dès l'observation des symptômes - Signalement par le responsable de l'établissement à la médecine du travail s'il s'agit d'un adulte ou au référent SPSE-CPMS WBE s'il s'agit d'un enfant/élève/ étudiant - Contact de l'équipe PSE avec les parents de l'enfant cas confirmé pour s'assurer de leur compréhension des mesures (voir en italique) à mettre en place à domicile. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Expliquer ce qu'est la gale ✓ Traitement de la gale nécessaire pour l'enfant et pour tous les cas-contacts à domicile ✓ Traitement de l'environnement à domicile ✓ Nombre de jours d'éviction pour l'enfant (Le retour dans la collectivité sera possible 24 heures après le début du traitement, selon les modalités administratives préconisées.) ✓ Inviter le parent à prévenir les parents des cas-contacts de son enfant en dehors de l'école, s'il a des amis proches ou participe à des activités extra-scolaires (cas-contacts hors responsabilité du PSE), pour que ceux-ci puissent consulter leur médecin généraliste
Cas-contact	<ul style="list-style-type: none"> - Pour un cas unique, dans la mesure où les parents du cas index sont contactés et participent activement à sensibiliser les contacts rapprochés de leur enfant (cas-contacts en dehors de l'école), il n'y a pas de tracing effectué par le service PSE ou CPMS WBE (pas de recherche de cas-contact à l'école). - Pour info : les cas-contacts doivent s'adresser à leur médecin généraliste pour prendre un traitement dans les plus brefs délais (maximum 2-3 jours).
Autres mesures à suivre	<ul style="list-style-type: none"> - Mesures prophylactiques (6 semaines minimum depuis le dernier jour de présence du cas confirmé au sein de la collectivité) - Traitement de l'environnement pour la classe - Courrier à fournir aux parents de la classe. Les informations qui devraient y figurer sont : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Signaler la présence d'un cas de gale au sein de la classe ✓ Expliquer ce qu'est la gale ✓ Expliquer le besoin d'être attentif quant à l'apparition éventuelle de symptômes ✓ Pas d'éviction nécessaire ✓ Traitement prophylactique uniquement pour les cas-contacts

4.2.2 Deux cas confirmés, dans des classes/groupes différents (sans lien épidémiologique à l'école)

En l'absence de lien épidémiologique identifié, le tracing de chacun des cas se réalisera de manière indépendante.

Déclaration	<ul style="list-style-type: none"> - Si l'origine de la contamination est objectivée comme étant externe au milieu scolaire, il n'y a pas de Déclaration obligatoire. Ne pas hésiter à déclarer en cas de doute.
Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> - Eviction dès l'observation des symptômes - Signalement par le responsable de l'établissement à la médecine du travail s'il s'agit d'un adulte ou au référent SPSE-CPMS WBE s'il s'agit d'un enfant/élève/étudiant - Contact de l'équipe PSE avec les parents de l'enfant cas confirmé pour s'assurer de leur compréhension des mesures à mettre en place à domicile. <ul style="list-style-type: none"> ○ Expliquer ce qu'est la gale ○ Traitement de la gale nécessaire pour l'enfant et pour tous les cas-contacts à domicile ○ Traitement de l'environnement à domicile ○ Nombre de jours d'éviction pour l'enfant (Le retour sera possible 24 heures après le début du traitement dans la collectivité, selon les modalités administratives préconisées). ○ Inviter le parent à prévenir les parents des cas-contacts de son enfant en dehors de l'école, s'il a des amis proches ou participe à des activités extra-scolaires (cas-contacts hors responsabilité du PSE), pour que ceux-ci puissent consulter leur médecin généraliste.
Cas-contact	<ul style="list-style-type: none"> - Le service PSE ou CPMS WBE vérifiera si la contamination a eu lieu au sein du milieu scolaire ou non en réalisant un tracing remontant jusqu'à 8 jours avant l'apparition des symptômes du cas confirmé. - Les cas-contacts identifiés devront prendre un traitement prophylactique de la gale (prescription médicale donnée par le médecin généraliste) - Les cas-contacts sont tenus de prendre un traitement dans les plus brefs délais (maximum 2-3 jours). Si ce dernier est retardé, ils seront en éviction. Dans tous les cas, des mesures d'hygiène doivent être mises en application (Cfr 3.1 et 3.2).
Autres mesures à suivre	<ul style="list-style-type: none"> - Mesures prophylactiques (6 semaines minimum depuis le dernier jour de présence du cas confirmé au sein de la collectivité) - Traitement de l'environnement des deux classes et des parties communes (réfectoire, salle de sieste, sanitaires, vestiaires, salle de gym, ...) - Courrier à fournir aux parents des deux classes (2 exemplaires différents en fonction de si l'enfant est cas-contact ou non). Les informations qui devraient y figurer sont : <ul style="list-style-type: none"> - Signaler la présence de cas de gale au sein de la classe - Expliquer ce qu'est la gale - Expliquer le besoin d'être attentif quant à l'apparition éventuelle de symptômes - Pas d'éviction nécessaire - Traitement prophylactique uniquement pour les cas-contacts

4.2.3 Membre du personnel, cas confirmé sans contact direct avec des enfants

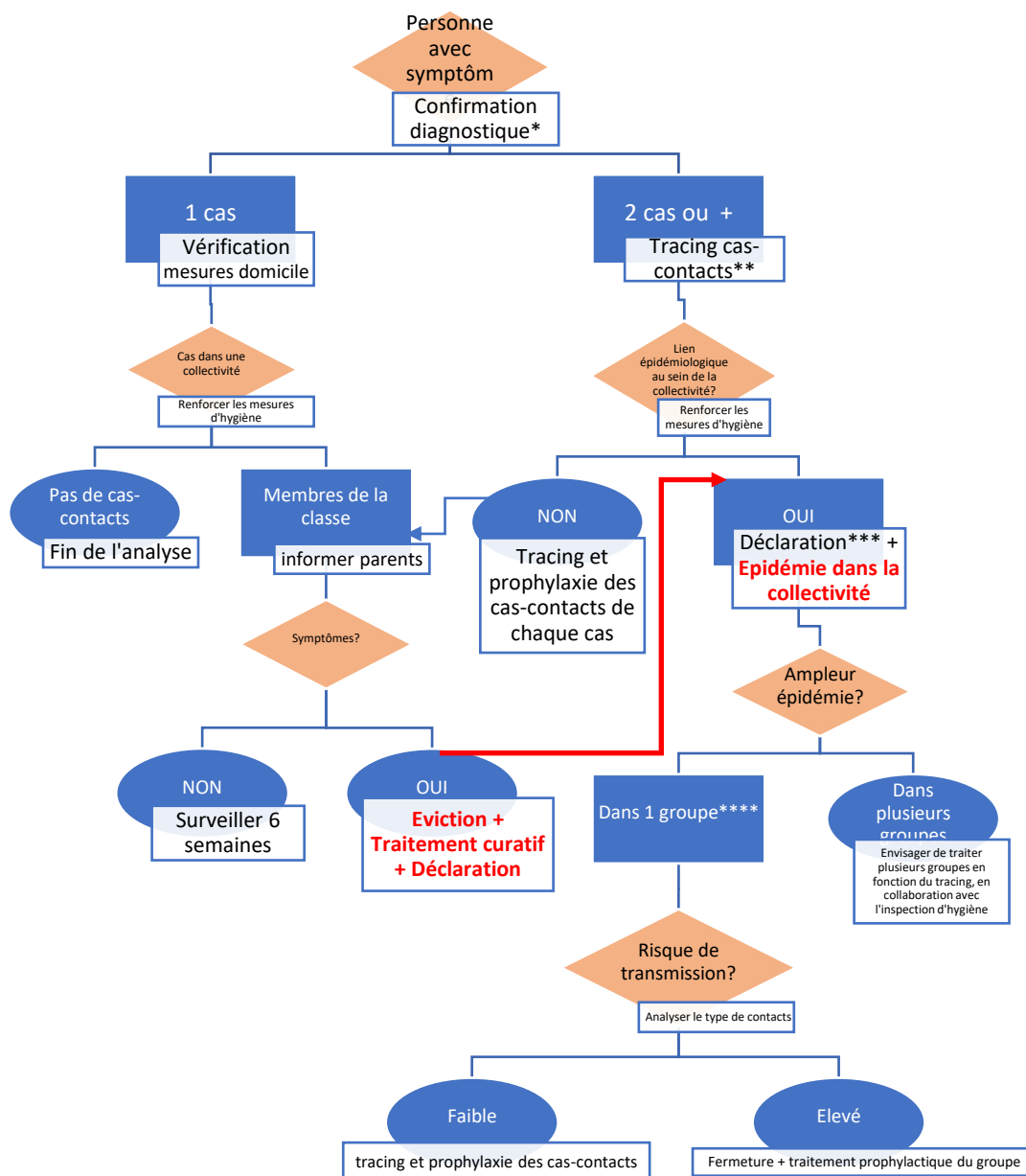
Exemples : cuisinier, technicien de surface, chauffeur de bus scolaire ... étant en contact direct/indirect avec des collègues (ex : échange de textile)

Déclaration	<ul style="list-style-type: none"> - Non obligatoire si cas isolé - Obligatoire dès l'apparition d'un deuxième cas (adulte ou enfant) dans la collectivité s'il existe un lien épidémiologique avec le premier cas.
Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> - Eviction dès l'observation des symptômes. - Signalement à la médecine du travail. - Nécessité de prendre le traitement médicamenteux et faire le traitement de l'environnement à domicile. - Retour possible 24 heures après le début du traitement.
Cas-contact	<ul style="list-style-type: none"> - HORS COMPETENCES PSE
Autres mesures	<ul style="list-style-type: none"> - Mesures prophylactiques - Traitement de l'environnement pour la zone où le membre du personnel travaille (Cfr 3.1 et 3.2). - Pas de courrier pour les parents car pas de contact avec les enfants

4.2.4 Gestion d'une situation à risque épidémique (≥ 2 cas ayant lien épidémiologique)

Deux (ou plus) cas confirmés (adulte ou enfant), dans une même classe avec un lien épidémiologique, durant une période de 6 semaines → Epidémie possible dans la classe.

Outil d'analyse à destination des référents PSE sur la gestion interne de cas de gale.



* : Le diagnostic sera soit confirmé par visualisation (microscope ou dermatoscope) soit posé sur base clinique : présence de sillons scabieux OU des nodules typiques (organes génitaux masculins) OU présence de lésions typiques dans une distribution typique et prurit + notion de contact avec une personne symptomatique. 24h après la réalisation du traitement, les cas symptomatiques peuvent fréquenter normalement la collectivité.

**Tracing : les cas-contacts sont identifiés s'ils ont eu un contact peau à peau de 15 minutes minimum avec le cas index ou avec du matériel textile infesté pendant la période de contagiosité qui s'étend de 8 jours avant le début des symptômes à 24h après le traitement du cas index. Même s'ils sont asymptomatiques, ils doivent prendre un traitement avant de pouvoir à nouveau fréquenter la collectivité.

*** Déclaration de 2 cas confirmés au sein de la collectivité ayant un lien épidémiologique entre eux sur un intervalle de 6 semaines (hors cas familiaux).

****Groupe = classe = section = étage = équipe de sport, ...

Aide dans l'analyse du type de contact :

Crèches et école maternelle : contacts potentiellement très fréquents, Possible de considérer tous les membres du groupe (adultes compris) comme cas-contacts. Exception pour les élèves n'ayant pas fréquenté la classe pendant la période de contagiosité du cas index : de 8 jours avant le début des symptômes à 24h après le traitement.

Primaire : différencier selon les modalités d'apprentissage

Secondaire : analyse selon le type d'activités d'apprentissage.

Autres collectivités : faire l'analyse selon le type de contacts. Exemples : activités induisant des contacts fréquents, activité sportive (selon le type), activités collaboratives impliquant un contact rapproché, activités impliquant l'utilisation collective et fréquente de surfaces textiles, ...

Déclaration	- Déclaration obligatoire
Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> - Eviction dès l'observation des symptômes - Signalement par le responsable de l'établissement au service PSE/ CPMS WBE et à la médecine du travail - Contact de l'équipe PSE avec les parents des élèves cas confirmés ou avec les étudiants cas confirmés pour s'assurer de leur compréhension des mesures à mettre en place à domicile. <ul style="list-style-type: none"> ○ Expliquer ce qu'est la gale ○ Traitement de la gale nécessaire pour l'enfant et pour tous les cas-contacts à domicile ○ Traitement de l'environnement à domicile ○ Nombre de jours d'éviction pour l'élève/étudiant (Le retour sera possible en collectivité 24 heures après le début du traitement). ○ Inviter le parent à prévenir les parents des cas-contacts de son enfant en dehors de l'école, s'il a des amis proches ou participe à des activités extra-scolaires (cas-contacts hors responsabilité du PSE), pour que ceux-ci puissent consulter leur médecin généraliste
Cas-contacts	<ul style="list-style-type: none"> - Le personnel de l'établissement/du service PSE ou CPMS WBE réalisera un tracing remontant jusqu'à 8 jours avant l'apparition des symptômes du <u>dernier cas confirmé</u>. - En fonction du nombre de cas confirmés, de l'âge des enfants/étudiants, des types de contacts et activités partagées, le tracing peut identifier : aucun contact, quelques contacts, ou toute la classe. - Le tracing veillera à vérifier s'il y a eu des cas-contacts en dehors de la classe/du groupe mais au sein de la collectivité. - Dans le cas particulier des élèves qui ont logé dans un contexte scolaire (séjours pédagogiques, internat, ...) : si >2 cas index ont logé ensemble dans un contexte scolaire, <u>toute la classe</u> ou tout le groupe concerné est considéré comme cas-contact. - Les cas-contacts identifiés devront prendre un traitement prophylactique de la gale (nécessité d'aller consulter son médecin généraliste). - Courrier à fournir aux parents de la classe (2 exemplaires différents en fonction de si l'enfant est cas-contact ou non). Les informations qui devraient y figurer sont : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Signaler la présence de plusieurs cas de gale au sein de la classe ✓ Expliquer ce qu'est la gale ✓ Expliquer le besoin d'être attentif quant à l'apparition éventuelle de

	<p><i>symptômes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Traitement prophylactique de la gale nécessaire pour tous les cas-contacts</i> - Les cas-contacts sont tenus de prendre un traitement dans les plus brefs délais (maximum 2-3 jours). Si ce dernier est retardé, ils seront en éviction. Dans tous les cas, des mesures d'hygiène doivent être mises en application (Cfr 3.1 et 3.2). - Traitement de l'environnement pour la classe et les parties communes (réfectoire, salle de sieste, sanitaires, salle de gym, vestiaires...). (Cfr 3.1 et 3.2)
Autres mesures à suivre	<ul style="list-style-type: none"> - Mesures prophylactiques (6 semaines minimum depuis le dernier jour de présence du cas confirmé au sein de la collectivité) - Traitement de l'environnement pour la ou les classes concernées, les parties communes (réfectoire, local de sieste, sanitaires, salle de gym, vestiaires, ...) - Pas d'éviction pour les enfants d'autres classes/groupes n'ayant pas été en contact avec le cas index - Courrier d'information à fournir aux parents des autres enfants de la classe et aux enseignants (2 exemplaires différents en fonction de si l'élève est cas-contact ou non) <ul style="list-style-type: none"> - <i>Signaler la présence de plusieurs cas de gale au sein d'une classe/ groupe</i> - <i>Expliquer ce qu'est la gale</i> - <i>Expliquer le besoin d'être attentif quant à l'apparition éventuelle de symptômes et de consulter son médecin traitant en cas de symptômes</i> - <i>Pas d'éviction nécessaire</i> - <i>Traitement prophylactique uniquement pour les cas-contacts</i>

5 Recommandations en cas de gale profuse (1,3,6,9,20,22,25,26,27,28)

La gale profuse ou gale hyperkératosique est une gale où la charge parasitaire est beaucoup plus élevée que dans la gale commune. Elle peut être la conséquence soit d'un diagnostic tardif, soit d'un traitement inadapté par corticoïdes, soit d'une immunodépression locale et/ou générale.

Cette forme disséminée de la gale est beaucoup plus contagieuse que la gale commune. Les mesures à prendre sont plus poussées de celles à prendre dans le cas d'une gale commune. **Un cas de gale profuse/hyperkératosique est à déclaration obligatoire** car un cas unique suffit à créer une situation épidémique. Les précautions détaillées ci-après sont d'application mais un contact avec le service de surveillance des maladies transmissibles est souhaité.

Il est fortement recommandé de signaler tout cas de gale profuse aux sociétés de transports.

En milieu scolaire : Traitement de l'environnement dans les classes concernées et dans toutes les parties communes (réfectoire, salle de sieste, sanitaires, salle de gym, vestiaires, ...)

5.1 Prise en charge pour les cas confirmés

5.1.1 Définition du cas confirmé

Toute personne présentant une symptomatologie clinique caractéristique de la gale profuse (gale commune + présence de lésions étendues atteignant l'ensemble du tronc, y compris le dos et le cuir chevelu) ou hyperkératosique (caractérisée par des croûtes épaisses qui contiennent un grand nombre d'acariens et d'œufs, faisant penser à un psoriasis). Le diagnostic peut être clinique en cas de lésions classiques. Le cas échéant, un prélèvement parasitologique peut-être effectué. La visualisation du sarcopte à l'aide d'un dermatoscope peut être plus difficile en raison des croûtes. Le diagnostic doit être posé par un médecin.

5.1.2 Traitement de l'environnement ³¹

La quantité de sarcoptes présents étant beaucoup plus importante (de l'ordre de plusieurs millions) que dans la gale commune, les particules de peau sont considérées comme contagieuses, même en l'absence de contact direct avec le patient. L'environnement devra être traité à plus grande échelle (tous les endroits qu'aura fréquenté **même brièvement** le cas confirmé). Le traitement du domicile sera répété quotidiennement jusqu'à la levée de l'isolement. Ce dernier sera levé lorsque la guérison du patient aura été attestée par un médecin.

5.1.2.1 Désinfestation du linge

Techniques de désinfestation du linge identiques que pour la gale commune.

Les mesures de désinfestation du linge dans un sac en plastique fermé hermétiquement sont prolongées de 4 à 10 jours.

4.1.2.2. Désinfestation du matériel

Techniques de désinfestation du matériel identiques à la gestion de la gale commune. Cependant, il est nécessaire d'aspirer et de nettoyer tous les endroits (matelas, fauteuils, tapis, ...) que l'individu aura fréquentés même très brièvement dans l'objectif de réduire la charge parasitaire. Après chaque utilisation de l'aspirateur, il faudra changer le sac/nettoyer le filtre.

Dans la gale profuse, il est recommandé d'utiliser un acaricide (sur avis médical) étant donné le nombre élevé de parasites et le potentiel hautement contagieux.

5.1.3 Traitement thérapeutique

Le traitement thérapeutique doit connaître des adaptations sur avis d'un spécialiste. Il est identique à celui de la gale commune et doit obligatoirement être répété. Il faut parfois répéter plusieurs fois le traitement. Le médecin peut choisir d'associer un traitement topique à un traitement per os.

Un traitement antibiotique est parfois recommandé en cas d'impétiginisations.

Parfois, il est nécessaire d'hospitaliser l'individu pour effectuer l'isolement et le traitement.

5.1.4 Eviction / isolement

Le cas confirmé doit être évincé le plus rapidement possible et **isolé jusqu'à guérison**. Nécessité de fournir un document médical attestant l'absence de parasites au niveau cutané avant de réintégrer la collectivité.

5.2 Cas-contacts

5.2.1 Définition du cas-contact

Le tracing des cas-contacts doit être fait de façon rigoureuse en remontant jusqu'à 8 jours avant l'apparition des symptômes. La charge parasitaire étant très élevée, le risque de contamination est par conséquent accru.

La définition du cas-contact a donc été revue d'une manière plus stricte :

- Les personnes ayant un contact cutané fugace avec un patient atteint de gale profuse
- Les personnes ayant un contact cutané avec du matériel utilisé au préalable par un patient atteint de gale profuse (p.ex. linge, draps, matériel de toilette, sièges, sanitaires, matériel médical, etc.)
- Rarement, la simple proximité physique, sans contact direct, avec un cas de gale profuse (le fait de se trouver dans la même pièce, résider dans la même chambre, etc.)

Au sein d'une collectivité, les enfants/membres du personnel présents dans une même section/classe ou participant aux mêmes activités devront tous être considérés comme cas-contacts.

5.2.2 Traitement de l'environnement

Les cas-contacts n'ont pas besoin d'effectuer un traitement de l'environnement.

5.2.3 Traitement thérapeutique

Le traitement thérapeutique est identique à celui d'un cas-contact de la gale commune.

5.2.4 Eviction / isolement

La présence d'un cas de gale profuse dans une classe est considérée comme une épidémie.

- Le personnel de la collectivité/ service PSE ou CPMS WBE réalisera un tracing remontant jusqu'à 8 jours avant l'apparition des symptômes du cas confirmé.
- Les cas-contacts identifiés devront prendre un traitement prophylactique de la gale (prescription médicale donnée par le médecin responsable de la collectivité ou nécessité d'aller consulter son médecin généraliste).
- Les cas-contacts identifiés pourront réintégrer la collectivité **après avoir pris leur traitement**. Si ce dernier est retardé, ils seront en éviction. Dans tous les cas, des mesures d'hygiène doivent être mises en application (Cfr 3.3). Il est recommandé de surveiller l'apparition éventuelle

de symptômes (prurit, lésions cutanées) pendant 6 semaines après le dernier contact avec un cas confirmé.

- La classe pourra être fermée si nécessaire pour le traitement de l'environnement, le nombre jours nécessaire à ce traitement (sur recommandation de l'AVIQ/Vivalis).
- Courrier d'information sera distribué aux parents (2 exemplaires différents en fonction de si l'enfant est cas-contact ou non)
 - ✓ *Signaler la présence d'un cas de gale hyperkératosique au sein de la structure*
 - ✓ *Expliquer ce qu'est la gale*
 - ✓ *Expliquer le besoin d'être attentif quant à l'apparition éventuelle de symptômes et de consulter le médecin traitant en cas de symptômes*
 - ✓ *Traitement prophylactique de la gale nécessaire pour tous les cas-contacts*
 - ✓ *Nombre de jours d'éviction le cas échéant.*

6 Déclaration obligatoire

Les recommandations officielles en matière de déclaration obligatoire des maladies infectieuses sont définies dans l'annexe 145 du CRWASS pour la Wallonie et dans l'arrêté du 23 avril 2009 relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles pour Bruxelles-Capitale. Chaque collectivité est responsable de déclarer au service d'inspection d'hygiène qui suit les maladies à potentiel épidémique et émet des recommandations sanitaires. La présence d'un cluster (dès 2 cas de gale hors famille) au sein d'une institution sera déclaré via Trace In Wal (TIW) pour l'AVIQ et via MATRA pour Vivalis.

AVIQ Direction Surveillance des Maladies Infectieuses	<p>En collectivité, déclarer un regroupement de cas dès 2 cas confirmés ayant un lien épidémiologique dans un intervalle de 6 semaines (hors cas familiaux) OU dès 1 cas de gale profuse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plateforme Trace In Wal : https://traceinwal.aviq.be • Email : surveillance.sante@aviq.be (permanence jusqu'à 20h en semaine et de 8h30 à 20h les WE et jours fériés) • Téléphone : 071/33 77 77 Lundi-Vendredi 9h - 12h et 13h -16h30
Vivalis Cellule de médecine préventive	<p>Déclaration pour une collectivité dès 2 cas confirmés ayant un lien épidémiologique dans un intervalle de 6 semaines (hors cas familiaux) OU dès 1 cas de gale profuse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plateforme MATRA : https://matra.sciensano.be/ • Email : notif-hyg@vivalis.brussels • Téléphone: 02/552.01.91 (Lundi-Vendredi de 9h à 17h)

Résumé des changements par rapport à l'Arrêté du GCF relatif aux mesures de prévention des maladies transmissibles dans le milieu scolaire et étudiant du 14.7.2011 modifié le 22.05.2014:

- Un cas confirmé de gale ne peut revenir à l'école que 24h après son traitement, et il doit reprendre un deuxième traitement 7 à 14 jours après.
- Les parents du cas confirmé seront contactés afin de vérifier la bonne compréhension des mesures : traitement du cas, des cohabitants et du domicile, informer les parents des cas-contacts extra-scolaires.
- Dès le premier cas, des mesures d'hygiène seront mises en place à l'école et les parents de la classe seront informés de surveiller l'apparition éventuelle de symptômes (prurit, lésions cutanées) pendant 6 semaines et consulter leur médecin le cas échéant.
- Déclaration si 2 cas non apparentés familialement au cours d'une période de 6 semaines ou un cas de gale profuse. Dans ces cas, un tracing sera effectués pour identifier s'il y a des cas-contacts qui doivent un prendre un traitement prophylactique.
- Pour deux cas de gale commune, les cas-contacts scolaires sont des élèves qui ont eu un contact peau-à-peau de 15 minutes minimum ou avec du matériel textile infesté, ont logé ensemble en partageant la même literie, au cours des 8 jours avant l'apparition des symptômes du cas confirmé. En fonction de l'âge, du type d'activités partagées le tracing peut identifier : aucun contact, quelques contacts ou parfois toute la classe (p.ex. en classe d'accueil et première mat.). Si le cas-contact ne peut pas prendre de traitement prophylactique, il devra être évincé de l'école pendant 6 semaines ; cette éviction pourra exceptionnellement être remplacée par une surveillance accrue.

7 Rédaction

Ce travail est le fruit d'une collaboration entre plusieurs partenaires :

AVIQ	Dr DJIENA Achille VAN DURME Muriel HENDRYCKS Virginie
Vivalis	ONETE MOKANGO Vanessa Dr TAAME Adrae DI MARCOBERARDINO Marie LEURQUIN Berengere
ONE	Dr GOETGHEBUER Tessa NDAYISHIMIYE Gloriose Dr RODIERE Kathlyn Dr DE CROMBRUGGHE Laetitia

Avec la relecture et le soutien d'experts :

Hôpital Universitaire de Bruxelles - Bruxelles	Dr PADUART Olivia
Hôpital Saint Pierre - Bruxelles	Dr GOLDBERG Lisa
Hopital Universitaire Saint-Luc - Bruxelles	Dr MONTJOYE Laurence
Sciensano	LAISNEZ Valeska

Bibliographie

- 1) ePILLY Trop. (2022). *Maladies infectieuses tropicales*. En ligne : [livre-epillytrop2022.pdf \(infectiologie.com\)](#)
- 2) AVIQ-Sciensano (2016, Juillet). *Fiche Informative Gale*. En ligne: <https://matra.sciensano.be/Fiches/Gale.pdf>
- 3) Centers for Disease Control and Prevention (2018). Parasites - scabies . En ligne : [CDC - Scabies](#)
- 4) Agence régionale de la Santé du Centre-Val de Loire (2023). *Gale en collectivité : informations et conduites à tenir*. En ligne : [Gale en collectivité : informations et conduites à tenir | Agence régionale de santé Centre-Val de Loire \(sante.fr\)](#)
- 5) Organisme Mondial de la Santé (2020). *Gale*. En ligne: [Gale \(who.int\)](#)
- 6) National Health service (2020). *Scabies*. En ligne : [Scabies - NHS \(www.nhs.uk\)](#)
- 7) Belgian Antibiotic Policy Coordination Commission (2021). *Guide belge de traitement anti-infectieux en pratique ambulatoire 2021*. En ligne : [guide_belge_bapcoc_fr_2021_a4.pdf \(belgium.be\)](#)
- 8) Centre belge d'information pharmacothérapeutique(2023). *Médicaments contre la gale*. En ligne : [CBIP | Médicaments contre la gale](#)
- 9) VIDAL (2023). *Gale*. En ligne : [Recommandations Gale - VIDAL](#)
- 10) Service de dermatologie CHU Saint-Pierre – HUDERF – Brugmann (2022). *Prise en charge de la gale pédiatrique : une vraie galère*.
- 11) Peeters, S. (2019). *La gale, une maladie qui nécessite le rôle actif du pharmacien*, Journal de pharmacie de Belgique, n°1 - mars, pp. 16-23. En ligne: https://www.apb.be/SiteCollectionDocuments/ALL%20PARTNERS%20ACCESS%20DOC/EXAMPLE-FLIPBOOKS/Journal_de_Pharmacie_de_Belgique_n_1_mars_2019/page_21.html
- 12) BASHH - Sashidharanm, P. N., Basavaraj, S., Bates, C.M. (2016). *2016 UK National Guideline on the Management of Scabies*. En ligne : [scabies-2016.pdf \(bashhguidelines.org\)](#)
- 13) Centre de Référence sur les Agents Pathogènes (2020). *Scabicides et grossesse*. En ligne : www.lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=585
- 14) Morris-Jones R. (2019). *Oral ivermectin for infants and children under 15 kg appears to be a safe and effective treatment for scabies*. Br J Dermatol. 2020 Apr;182(4):835-836. doi: 10.1111/bjd.18788. Epub 2019 Dec 29. PMID: 31885077. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31885077/>
- 15) Levy M, Martin L, Bursztejn AC, Chiaverini C, Miquel J, Mahé E, Maruani A, Boralevi F; Groupe de Recherche de la Société Française de Dermatologie Pédiatrique. *Ivermectin safety in infants and children under 15 kg treated for scabies: a multicentric observational study*. Br J Dermatol. 2020 Apr;182(4):1003-1006. doi: 10.1111/bjd.18369. Epub 2019 Sep 29. PMID: 31344258. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31344258/>
- 16) Zorg en Gezondheid (2022). *Scabies*. En ligne : [Scabiës \(schurftmijt\) \(zorg-en-gezondheid.be\)](#)
- 17) Cliniques Universitaires de Saint-Luc, (2019), *Information sur la gale - Brochure à l'attention des patients et de leurs familles*. En ligne : [COMMU-DSQ-392 Informations-gale.pdf \(saintluc.be\)](#)
- 18) Agence pour une Vie de Qualité. *La gale commune - Informations pour la personne infectée et son entourage*. Les cahiers de l'AVIQ. (2023) En ligne : [La gale \(aviq.be\)](#)

- 19) Service de veille sanitaire de la D.D.A.S.S des Alpes-Maritimes (2013). *Conduite à tenir en cas de gale*. En ligne : [Microsoft Word - GALEMETHODOLOGIE.doc \(alpes-maritimes.gouv.fr\)](#)
- 20) Agence pour une Vie de Qualité/Sciensano (2018). *Mesures d'hygiènes*. En ligne : [Hygiène.pdf \(sciensano.be\)](#)
- 21) Vlaamse Wetenschappelijke vereniging voor jeugdgezondheidszorg (2023). *Scabiës*. En ligne : [Scabiës | VVWJ](#)
- 22) Arrêté du Gouvernement de la Communauté française modifiant l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 14 juillet 2011 relatif aux mesures de prévention des maladies transmissibles dans le milieu scolaire et étudiant (A.Gt 22-05-2014 M.B. 27-08-2014) En ligne : [Microsoft Word - 20140522s40323.doc \(cfwb.be\)](#)
- 23) Office de la Naissance et de l'Enfance, (2017), *La gale, gare à l'épidémie !* En ligne : [FA31-La-Gale.pdf \(one.be\)](#)
- 24) Robert Koch Institut (2016). *Scabiose*. En ligne : [RKI - RKI-Ratgeber - Skabies \(gale\)](#)
- 25) Carvignan, C. (2017). *Evaluation des pratiques et des difficultés de prise en charge de la gale par les médecins généralistes de trois départements de la région centre* (Thèse pour le doctorant en Médecine, Faculté de Médecine - Tours). En ligne : [2017_Medecine_CarvignanChristina.pdf \(univ-tours.fr\)](#)
- 26) Grodner, C et Al. (2020). *Gale hyperkératosique de l'enfant en France, une série de 20 cas*, Annales de Dermatologie et de Vénéréologie, Volume 147, Issue 12, Supplement, 2020, Page A217, En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0151963820306724>
- 27) Bouchaud O. et Al. (2019). *Fiches maladies. Médecine des Voyages et Tropicale*. 2019:107–292. French. doi: 10.1016/B978-2-294-76382-3.00012-7. Epub 2019 May 22. PMID: PMC7151861. En ligne : [Fiches maladies - PMC \(nih.gov\)](#)
- 28) Goldberg L., André J. et Richert B. (2019). *Prise en charge de la gale en 2019 Management of scabies in 2019*, Département interhospitalier de Dermatologie, CHU Brugmann - CHU Saint-Pierre - HUDERF, Université libre de Bruxelles (ULB) En ligne : [2019-RMB 5 Epreuve pr Site \(amub-ulb.be\)](#)
- 29) Absil G.; Lebas E.; Libon F., el Hayderi L., Dezfoulia B., Nikkels A.F., *Scabies and therapeutic resistance: Current knowledge and future perspectives*, JEADV Clinical Practice, Juillet 2022, en ligne : <https://doi.org/10.1002/jvc2.25>
- 30) Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, Osti M, Micali G, Norton S, Walton S, Boralevi F, Bernigaud C, Bowen AC, Chang AY, Chosidow O, Estrada-Chavez G, Feldmeier H, Ishii N, Lacarrubba F, Mahé A, Maurer T, Mahdi MMA, Murdoch ME, Pariser D, Nair PA, Rehmus W, Romani L, Tilakaratne D, Tuicakau M, Walker SL, Wanat KA, Whitfeld MJ, Yotsu RR, Steer AC, Fuller LC. , *The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies*, Br J Dermatol. Nov. 2020;183(5):808-820. doi: [10.1111/bjd.18943](https://doi.org/10.1111/bjd.18943) Publié en ligne le 29/03/2020
- 31) Jouret G., Bounemour R., Presle A., Takin R. : *La gale hyperkératosique* Crusted scabies: A review. [Annales de Dermatologie et de Vénéréologie](#), Volume 143, Issue 4, April 2016, Pages 251-256, en ligne : <https://doi.org/10.1016/j.annder.2016.02.001>