

## V - CONDUITE A TENIR DEVANT UNE EPIDEMIE

Une épidémie de gale est avérée quand deux cas de gale ou plus ont été diagnostiqués par un médecin de l'établissement, avec atteinte possible des autres patients ou du personnel soignant.

La présence de cas parmi le personnel est un indicateur d'épidémie déjà avancée parmi les patients ou les résidents.



La gestion d'une épidémie n'est pas un travail de solitaire mais la résultante d'addition de compétences pour une efficacité maximale...

Il est important dans ce cas d'avoir identifié une personne référente qui pourra centraliser les informations, coordonner le bon déroulement et le suivi des opérations.

Après la mise en place de mesures immédiates destinées à limiter la propagation de l'épidémie, les mesures de gestion définitives relèveront des décisions d'une **cellule de crise** (critères, stratégie de prise en charge, mesures prophylactiques).



**A titre d'exemple des fiches pratiques sont disponibles en annexe 10-1 et suivantes.**

### V - 1 - MESURES IMMÉDIATES

#### V - 1 - 1 - *Informers*

- Le responsable médical,
- Le cadre du service ou à défaut le responsable administratif de l'établissement,
- Le président de CLIN,
- L'équipe opérationnelle d'hygiène ou à défaut le responsable du signalement des infections,
- Le médecin du travail,
- La blanchisserie.

#### V - 1 - 2 - *Instaurer des précautions de " type contact " adaptées à la gale (cf annexe 8)*

Le groupe considère qu'il faut rompre prioritairement les éléments de la chaîne de transmission. Les mesures sont identiques que pour un cas isolé mais le nombre de cas peut compliquer leur mise en œuvre.

- Chambre seule : la dissémination des agents de la gale dans l'environnement d'un patient atteint, est relativement modérée (hors cas de gale profuse).  
Cependant, il est plus aisé de mettre en place les moyens matériels et de pratiquer les soins requis dans une chambre seule.

- Hygiène des mains : le **lavage simple des mains**, outre les objectifs habituels, permet d'éliminer physiquement lors du rinçage les parasites présents à la surface de la peau.

Ces pratiques d'hygiène des mains devront être répétées aussi souvent que nécessaire : avant et après contact avec le patient, après maniement du linge en provenance du malade ou de son environnement.



**Attention ! Les solutions hydro-alcooliques, non acaricides, ne permettent pas de tuer les acariens** qui se trouvent à certains moments de leur cycle de croissance à la surface de la peau.

- Le port de gants à usage unique non stériles est impératif pour tout contact cutané prolongé avec le patient ou les objets contaminés. Le groupe rappelle que le port de gants ne dispense pas du lavage des mains.

- La tenue : le port de la **surblouse à manches longues** est impératif pour tout contact avec le patient. Le recours à de l'usage unique est préférable pour éviter les erreurs de manipulation. Dans l'hypothèse où les contraintes budgétaires ne permettraient pas l'acquisition de blouses à usage unique, les blouses en tissus sont tolérées à condition de les changer à chaque soin et de leur faire suivre le circuit du linge du patient.

- Le linge : par précautions, le groupe recommande que le linge porté dans **les 8 jours** précédant la constatation de l'infestation parasitaire et celui porté jusqu'à la levée de l'isolement soit soumis à un traitement spécifique. Le linge pouvant être vecteur du parasite sera manipulé avec précaution et ne sera jamais posé à terre.

- Si le linge est pris en charge par l'établissement, prévenir la blanchisserie hospitalière responsable du linge,

- Si le linge est pris en charge par la famille, l'informer des précautions à prendre.

*L'annexe 6 donne la conduite à tenir en fonction du linge à traiter.*

- L'entretien du petit matériel : (tensiomètres, sangles de lève-malades, attelles, écharpes de maintien) : ce matériel, en contact avec les patients infectés peut être vecteur du parasite. On mettra tout en œuvre pour réserver ce matériel au patient jusqu'à sa guérison. Il devra toujours être manipulé avec des gants et mis en contact avec un produit acaricide dans un sac plastique étanche hermétiquement fermé pendant 3 heures.

- Les visiteurs : même si on sait que le mode de transmission principal est le contact cutané prolongé, la logique conduit à recommander la limitation des visites : le patient est en isolement septique. Pour que cette mesure soit comprise par tous, professionnels, familles et autres visiteurs, l'apposition sur la porte de la chambre d'une signalétique est facilitante. Elle informe de la nécessité de prendre contact avec l'équipe soignante en charge du patient avant d'entrer dans la chambre.

Chaque personne effectuant une visite et entrant dans la chambre doit se conformer à des règles qui lui permettent d'éviter une contamination :

- lavage des mains à l'entrée et à la sortie de la chambre,
- port obligatoire d'une surblouse,
- pas de contact avec la peau du patient (hormis le visage pour les gales communes),
- les objets présents dans la chambre ne doivent pas en sortir,
- le linge ne doit pas sortir de la chambre sans l'autorisation de l'équipe soignante.

Une attention particulière doit être apportée pour l'usage des toilettes : le visiteur ne doit pas utiliser les mêmes que la personne atteinte.

Un lavage simple des mains doit être réalisé juste avant de sortir de la chambre pour réaliser une élimination mécanique des parasites qui auraient pu être recueillis malgré le port d'une surblouse à manches longues et les consignes données.

- Les déplacements du patient : des précautions sont à prendre tant que le patient est en isolement. La sortie de la chambre en constitue une rupture. Les sorties doivent être limitées, sachant que ce point doit être soumis à l'appréciation médicale. Les rendez-vous pris auprès de services prestataires seront les derniers à être réalisés et une fiche de liaison accompagne systématiquement le bénéficiaire de l'examen avec des transmissions précises. Il peut être opportun d'utiliser un drap pendant le transport pour envelopper le malade et prévenir ainsi une dissémination de parasites dans l'environnement (surtout dans le cas de gale hyperkératosique ou profuse).

- La durée de l'isolement : elle est en général fixée à 48 h après la dernière application du traitement, bien qu'il n'y ait pas de consensus parfaitement défini. C'est une prescription médicale, s'appuyant sur un examen des lésions, qui met un terme à l'isolement.

## **V - 2 - ETABLIR RAPIDEMENT LE BILAN DE L'ÉPIDÉMIE**

La personne référente centralise les données recueillies concernant les patients et les personnels auprès des médecins en charge des patients et du médecin du travail. Elle évalue le nombre de cas certains, probables et contacts pour en faire une description dans le temps et dans l'espace.

## V - 3 - CRÉER UNE CELLULE DE CRISE, ÉVALUER LES MOYENS

### V - 3 - 1 - *Composition de la cellule de crise*



La mise en place d'une cellule de crise est indispensable mais sa composition en est variable en fonction des ressources de l'établissement. Cependant, il faut que, à minima, elle réunisse des compétences pour les décisions (Direction), les soins et la logistique car en fonction du nombre de cas et du nombre de personnes à traiter, la gestion d'une épidémie de gale peut être lourde en terme de moyens humains et financiers.

Les compositions ci-après sont données à titre d'exemple.

Si l'établissement dispose d'un CLIN, la cellule est centrée sur ce dernier qui s'entoure de personnes concernées par le thème :

- le président de CLIN,
- le praticien en charge des patients,
- le directeur de l'établissement,
- le directeur des soins,
- le pharmacien,
- le biologiste,
- le responsable de l'unité d'hygiène,
- l'infirmier hygiéniste,
- le médecin du travail,

assistés par...

- le dermatologue,
- le cadre de santé et le chef de service du service concerné,
- le responsable de la blanchisserie,
- le directeur des services économiques,
- le responsable des services logistiques,
- le médecin inspecteur de la DDASS et le CCLIN peuvent éventuellement être sollicités en cas de difficultés particulières.

En l'absence de CLIN, la cellule comportera au moins

- le directeur de l'établissement,
- le cadre ou l'infirmière,
- la personne référente,
- le praticien coordonnateur et/ou à défaut les praticiens,
- le responsable de la fonction linge s'il existe,
- toute autre personne concernée par la logistique (pharmacien, responsable des services techniques...),
- le CCLIN et le médecin inspecteur de la DDASS peuvent éventuellement être sollicités en cas de difficultés particulières. Ce dernier peut assurer un relais vers l'unité d'hygiène d'un établissement hospitalier de proximité et être un transmetteur d'informations à destination des médecins généralistes et des établissements médico-sociaux.

### V - 3 - 2 - Les missions

- Procéder à la déclaration au responsable du signalement conformément à la circulaire n° 21 du 22 janvier 2004 et au décret n°2001-671 du 26 juillet 2001, pour signalement à la DDASS et au CCLIN ainsi, éventuellement, qu'à la Cellule Interrégionale d'Epidémiologie (CIRE) (fiche 4 de la circulaire du 22 janvier 2004),
- Analyser le bilan épidémique réalisé par le référent,
- Choisir la stratégie thérapeutique en prenant en compte les implications organisationnelles,
- Organiser l'information des patients, de la famille, des médecins concernés et des personnels,
- Définir les missions et les responsabilités de chacun,
- Gérer la communication avec les médias si besoin.



**Attention !** La date de gestion de l'épidémie (traitement des patients et de l'environnement) ne doit être fixée que lorsque tous les moyens logistiques sont réunis.

### V - 4 - ANALYSER L'ÉPIDÉMIE

Cette analyse de l'épidémie doit donner lieu à la rédaction d'un rapport circonstancié qui décrit l'épidémie.

Il convient de classer les patients et les personnels en :

1. cas atteints : cas certains + cas probables dans le cadre d'une épidémie
2. cas contacts : personnes ayant eu un **contact cutané prolongé avec un sujet atteint** :
  - étudiants et intérimaires,
  - professionnels de santé y compris les personnels de nuit, les pools de remplacement, les kinésithérapeutes,
  - entourage et famille sans oublier les liens familiaux entre les pensionnaires.

Puis de mettre en évidence la répartition géographique (unités de soins concernées) et temporelle (émergence des cas dans le temps).

Cette analyse permet de définir la population que l'on va prendre en charge (figure 5).



Figure 5 :  
représentation  
de la population concernée

De manière générale on traite les cas et les contacts des cas cités ci-dessus car les patients atteints ne représentent que la partie visible de l'épidémie (à l'image d'un iceberg...) (figure 6).



Figure 6 : schéma de " l'iceberg "

## V - 5 - ISOLER

La mise en isolement des patients atteints est **incontournable**. Cet isolement doit être maintenu jusqu'à 48 h après la fin du traitement.

Pour l'ensemble des " sujets contact ", la suppression des activités " sociales " s'impose.

Aucune mesure d'isolement n'est nécessaire pour les " contacts des contacts ".

**Le groupe précise que dans la suite du document la terminologie retenue sera sujets contact et sujets atteints.**

## V - 6 - CHOISIR LA STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

### Avis du groupe :

Notre expérience des épidémies de gale en collectivité de personnes âgées, dont une douzaine nous est rapportée chaque année, ainsi que l'analyse de la littérature nous inclinent à penser que **seul un traitement collectif de tous les sujets d'un même service, patient et personnel " contact direct ", voire d'une même collectivité, est de nature à juguler l'épisode épidémique** et à éviter ainsi son extension progressive et la nécessité de traitement itératif de nombreuses personnes. De plus l'acceptabilité d'un traitement "choc" bien conduit est toujours meilleure que les errances d'un traitement au coup par coup itératif.

En l'état actuel des connaissances, et en accord avec le Conseil Supérieur d'Hygiène publique de France (cf annexe 9), " il n'y a pas de niveau de preuve suffisant pour recommander préférentiellement un traitement per os ou par voie locale. Cependant, la facilité d'utilisation plaide en faveur du traitement per os et ce d'autant plus que le nombre de personnes à traiter est important ".

Il est fortement suggéré de considérer le bénéfice d'un éventuel traitement à J8 pour les sujets atteints.

Le choix de la stratégie thérapeutique (voir annexe 4) implique de prendre en compte les contraintes environnementales et organisationnelles liées aux ressources disponibles :

⇨ ressources humaines : il faut prévoir

- **une heure de " temps agent " par patient pour l'application de l'Ascabiol®,**

- il peut être opportun de solliciter, par exemple, l'aide de structures extérieures telles que des IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers)...

⇨ ressources matérielles :

- disponibilité en eau chaude sanitaire,

- disponibilité en consommables (gants à usage unique, savons, pinces...),

- disponibilité en matériel hôtelier (draps, couvertures, serviettes...).



## **V - 7 - INFORMER**

Chaque représentant de catégorie professionnelle présent au sein de la cellule de crise (cf V - 3) doit informer son service ou son équipe.

Le cadre et/ou le chef de service organise l'information à destination des patients et de leur famille.

En cas de transfert récent, il faut informer par écrit la structure d'origine et/ou de destination du patient (statut du patient - sujet contact ou sujet atteint - protocole thérapeutique appliqué et information sur la conduite déjà tenue et celle à tenir).

Les différents intervenants auprès du patient - étudiants et professionnels de santé, famille et entourage - ayant eu un **contact cutané prolongé** (soins de nursing, aide à la marche, kinésithérapie...) doivent aussi bénéficier de cette information.

## **V - 8 - MISSIONS ET RESPONSABILITÉ**

### **V - 8 - 1 - Le président de CLIN et/ou l'EOH ou la personne référente**

Cette personne coordonne la gestion de l'épidémie. Elle s'assure que le signalement est réalisé auprès de la DDASS et du CCLIN conformément au dispositif réglementaire (décret n°2001-671 du 26 juillet 2001, circulaire n°21 du 22 janvier 2004) ainsi qu'éventuellement à la CIRE.

La DDASS peut être sollicitée pour jouer le rôle de relais entre les établissements et l'ARH pour demander des moyens spécifiques pour la prise en charge de l'épidémie par l'établissement.

### **V - 8 - 2 - Le responsable infirmier du service**

Il lui revient de recenser les besoins matériels et humains nécessaires à la prise en charge de l'épidémie :

- état des housses de matelas, oreillers (prévoir l'éventuel remplacement),
- dotation de couvertures et délai de rotation à envisager avec la blanchisserie,
- disponibilité en surblouses, gants, savons, serviettes de toilettes,
- organisation des équipes avec des missions définies et écrites.

### **V - 8 - 3 - Le pharmacien**

Il a en charge l'évaluation du stock de produits médicamenteux nécessaires pour faire face à l'épidémie et doit connaître les délais de livraison.

### **V - 8 - 4 - Les services économiques**

Ils sont chargés de l'approvisionnement en divers consommables dont ils doivent connaître les délais de livraison :

- prévision des quantités nécessaires de pinceaux, masques, produits lessiviels, d'entretien des sols (détergent-désinfectants).

### V - 8 - 5 - La direction générale et direction de soins

- organisent le renfort éventuel des équipes (autres services, instituts de formation...),
- en association avec le référent en hygiène et les médecins responsables des patients, elles organisent la communication en interne et en externe vis-à-vis des patients,
- en association avec le référent en hygiène et le médecin du travail, elles organisent la communication en interne vis-à-vis des personnels (ne pas oublier le personnel de nuit).

## V - 9 - DÉCLENCHEMENT DE L'OPÉRATION

La cellule de crise se réunit à nouveau. Au vu de tous les éléments précités, elle fixe la date de déclenchement du traitement de masse.

Il convient de procéder au traitement de la collectivité (voir schéma thérapeutique et modalités d'application du traitement en annexe 4) et de compléter les précautions de gale instaurées par des mesures complémentaires concernant l'environnement.

### Entretien de l'environnement



Appliquer la technique habituelle pour surfaces, sanitaires, sols.  
Appliquer ensuite des mesures de désinfection complémentaires (cf annexe 7) avec un acaricide type A-PAR®. Dans le cadre d'une utilisation intensive de produit acaricide, la protection respiratoire du personnel par un masque A2P3 est fortement recommandée (figure 7).

*Figure 7 :  
masques A2P3 (réutilisable) ou FFA2P3 (environ 6 h d'utilisation puis élimination)  
en cas de pulvérisation de l'A-PAR® dans le cadre d'une épidémie*

Pulvériser fenêtre ouverte :

- l'intérieur des meubles de stockage de linge,
- les **fauteuils en tissu, des rideaux en tissu**, les interstices des fauteuils plastiques,
- la literie (matelas + traversins) :

⇔ Si la literie est complètement housée :

1. housses en bon état = désinfection de contact avec un détergent-désinfectant,
2. housses dégradées = de préférence, renouveler le matériel. A défaut, enlever les housses pour les traiter comme le linge et pulvériser la literie (temps de contact 12 h pour cette dernière).

⇔ Désinfecter les oreillers ou traversins sans protection en les enfermant dans une poche plastique avec l'acaricide pendant 3 heures avant envoi en blanchisserie,

⇔ Vaporiser la toile du sommier quand elle existe.

Attendre 3 heures pour réoccuper la chambre en cas de pulvérisation.