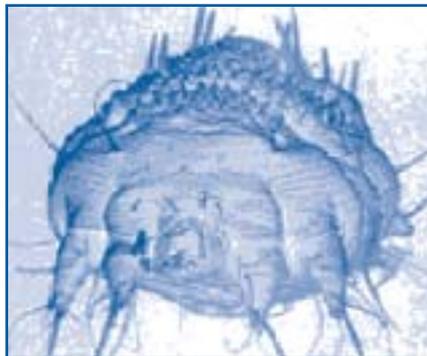


# **RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA GESTION DE LA GALE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS ET MÉDICO-SOCIAUX**



## Groupe de travail CCLIN Sud Ouest

### **Animation :**

MARIE Serge	Cadre infirmier coordonnateur CCLIN
-------------	-------------------------------------

### **Membres du groupe :**

DEBROCK Caroline	Médecin hygiéniste – CHU Limoges
FRUGIER Florence	Infirmière hygiéniste – Hôp. Sud Charentes
GADRAS Marie Christine	Infirmière hygiéniste – CH Libourne
GUILLON Corinne	Médecin hygiéniste – S.I.B.T.U. Corrèze
LAPLAUD Jacqueline	Médecin du travail – CHU Limoges
LEGER Chantal	Cadre infirmier hygiéniste – CHU Poitiers
PIEDFERT Guy	Cadre infirmier hygiéniste – CH Montpon-Ménéstérol
PRE Sylvie	Cadre infirmier hygiéniste – CH Angoulême
SOULIER Danielle	Cadre infirmier hygiéniste – CH Tulle
TREILLARD Rachel	Infirmière hygiéniste – S.I. de la Creuse

## Comité de lecture

AMICI Jean Michel	Dermatologue - Bordeaux
AUTIER Arlette	Cadre infirmier hygiéniste - - CH C. Perrens Bordeaux
BEDANE Christophe	PU-PH – Dermatologue – CHU Limoges
BONNET BLANC Jean Marie	PU-PH – Dermatologue – CHU Limoges
DARDE Marie Laure	PU-PH – Parasitologue – CHU Limoges
DIEDERICHS Odile	M.I.S.P. – DDASS Corrèze
HUC Benoît	PH Hygiéniste – CH Pau
LAINE Annie	Cadre infirmier hygiéniste – CHAC St Giron
MOUNIER Marcelle	MCU-PH – Pharmacien hygiéniste – CH Limoges
PEREZ Germaine	Cadre infirmier hygiéniste – CH St Gaudens
PLACET-THOMAZEAU Blandine	PH Hygiéniste – CH Libourne

## **SOMMAIRE**

<b>I - INTRODUCTION</b>	7
<b>II - RAPPELS SUR LA GALE</b>	8
II - 1 - DÉFINITION	8
II - 2 - PARASITOLOGIE	8
II - 3 - RÉSERVOIR DE GERMES ET TRANSMISSION	9
II - 4 - CLINIQUE	10
II - 5 - DIAGNOSTIC PARASITOLOGIQUE	14
II - 6 - DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL	14
II - 7 - TRAITEMENT	14
II - 8 - EVOLUTION POST THÉRAPEUTIQUE	17
<b>III - DEFINITIONS DES CAS DE GALE</b>	19
<b>IV - CONDUITE A TENIR FACE A UN CAS ISOLE</b>	20
IV - 1 - SIGNALER EN INTERNE	20
IV - 2 - INFORMER	20
IV - 3 - INSTAURER DES PRÉCAUTIONS DE " TYPE CONTACT " ADAPTÉES À LA GALE (CF ANNEXE 5)	21
IV - 4 - TRAITER	23
IV - 5 - SURVEILLER	24
<b>V - CONDUITE A TENIR DEVANT UNE EPIDEMIE</b>	25
V - 1 - MESURES IMMÉDIATES	25
V - 2 - ETABLIR RAPIDEMENT LE BILAN DE L'ÉPIDÉMIE	27
V - 3 - CRÉER UNE CELLULE DE CRISE, ÉVALUER LES MOYENS	28
V - 4 - ANALYSER L'ÉPIDÉMIE	29
V - 5 - ISOLER	30
V - 6 - CHOISIR LA STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE	31
V - 7 - INFORMER	32
V - 8 - MISSIONS ET RESPONSABILITÉ	32
V - 9 - DÉCLENCHEMENT DE L'OPÉRATION	33
<b>VI - RETOURS D'EXPERIENCE</b>	34
<b>VII - GLOSSAIRE</b>	35
<b>VIII - BIBLIOGRAPHIE</b>	36
<b>IX - ANNEXES</b>	37

## **I - INTRODUCTION**

La gale est une affection connue depuis l'Antiquité. Elle procède par épidémies d'apparition cyclique. Quasiment disparue après la seconde guerre mondiale, elle a repris depuis 1964. Son actualité ne se dément pas.

En réaction aux problèmes que pose sa prise en charge au sein des établissements de soins, des recommandations ont été publiées au cours des dernières années. Elles abordent de nombreux champs des connaissances fondamentales à maîtriser par l'hygiéniste tels que la parasitologie et l'épidémiologie. L'arsenal thérapeutique s'est élargi récemment, ouvrant de nouvelles options dans les combinaisons à mettre en place vis-à-vis du patient, des personnes contact et de l'environnement. Mais de multiples considérations, notamment organisationnelles, recèlent toujours des difficultés pour les équipes devant faire face à des cas groupés.

De nos jours, la gale est encore extrêmement fréquente et sa méconnaissance favorise de nombreuses contaminations qui pourraient être évitées par un diagnostic précoce. Encore faut-il y penser ... car la gale touche indifféremment les collectivités de personnes âgées comme les maisons de retraite et les longs séjours essentiellement parce que l'état immunitaire global des personnes âgées est faible. Mais elle peut aussi être à l'origine d'épidémies dans des unités de court séjour.

Les épidémies peuvent être longues à maîtriser et le retard du diagnostic en est une cause essentielle. Ce sujet ne doit donc pas être oublié lors des formations médicales et paramédicales.

La gale est aussi une maladie professionnelle pour les personnels travaillant dans les établissements de santé ou assimilés. Les agents travaillant dans les blanchisseries sont eux aussi exposés au risque de gale professionnelle. Elle est inscrite au tableau n°76 du régime général : " Maladies liées à des agents infectieux contractés en milieu d'hospitalisation et d'hospitalisation à domicile " (cf annexe 1).

L'objectif de ce document est, certes, de rappeler les éléments essentiels de parasitologie et d'épidémiologie indispensables à l'élaboration d'une stratégie de prise en charge de la gale mais aussi de fournir un outil le plus complet possible d'aide à la résolution des problèmes posés par un cas ou une épidémie de gale, notamment par l'adjonction de fiches pratiques.



**Le respect des précautions " standard "  
(en particulier le lavage des mains)  
permet aisément de rompre la chaîne  
de transmission de la parasitose**

## II - RAPPELS SUR LA GALE

### II - 1 - DÉFINITION

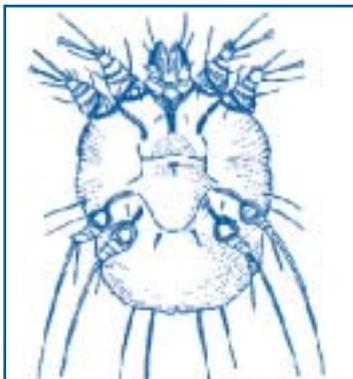
La gale est une ectoparasitose (parasite externe, comme les poux...) due à un acarien qui vit dans l'épiderme humain : *Sarcoptes scabiei* variété *hominis*.

En dehors de son hôte (l'Homme), le sarcopte de la gale ne vit que peu de temps.

### II - 2 - PARASITOLOGIE

✓ Règne	⇒ Animal	✓ Sous ordre	⇒ Acaridés
✓ Embranchement	⇒ Arthropodes	✓ Famille	⇒ Sarcoptidés
✓ Sous embranchement	⇒ Chélicérates	✓ Genre	⇒ <i>Sarcoptes</i>
✓ Classe	⇒ Arachnides	✓ Espèce	⇒ <i>Scabiei</i>
✓ Ordre	⇒ Acariens	✓ Sous espèce	⇒ <i>Hominis</i>

#### II - 2 - 1 - Morphologie



Le corps du sarcopte est ovale, sans séparation entre le thorax et l'abdomen.

L'adulte et la larve sont dotés respectivement de 4 et 3 paires de pattes. La femelle est la plus grosse et mesure en moyenne 0,35 mm de long alors que le mâle ne mesure que 0,25 mm et les œufs 0,15 mm. **Il est impossible de voir le parasite à l'œil nu.**

Figure 1 :  
*Sarcoptes femelle adulte (face ventrale)*

#### II - 2 - 2 - Cycle parasitaire

**La gale est due à la présence de l'acarien femelle dans l'épiderme.** La femelle adulte creuse un sillon dans la couche cornée de l'épiderme. Elle progresse de 2 à 3 mm par jour. L'orientation des ornements tégumentaires de la femelle sarcopte lui interdit tout mouvement de recul : elle est condamnée à avancer dans sa galerie qui reste béante derrière elle et ne contient que des excréments noirâtres ou des œufs.

La femelle commence à pondre, dès le quatrième jour après l'accouplement, de 2 à 3 œufs par jour. Mais la durée de vie et la fécondité des femelles sont telles que l'on considère que la population peut être multipliée par 17 en 2 mois. Chaque œuf va éclore pour donner naissance à une larve qui, après trois mues, donnera un adulte en 10 à 20 jours.

Suivant son stade de développement, le parasite va envahir un étage bien défini de la peau.

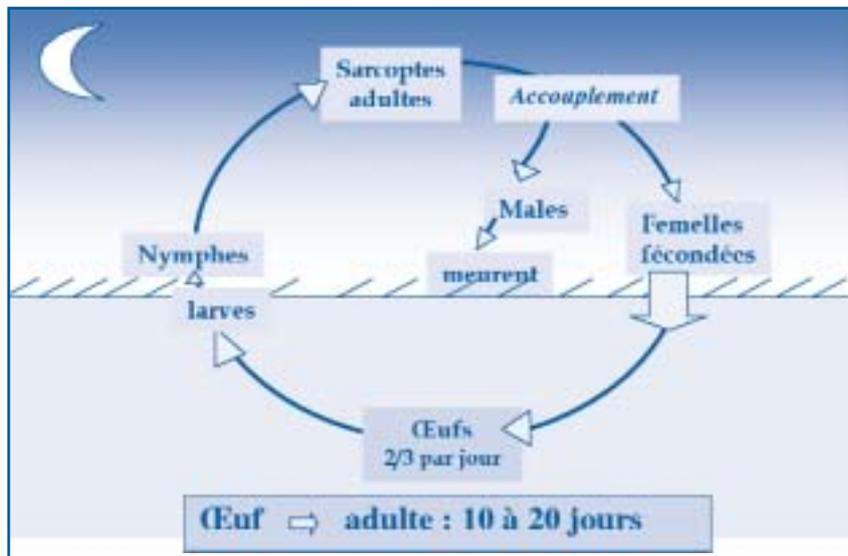


Figure 2 : Le cycle parasitaire de *Sarcoptes scabiei hominis*

Les formes infestantes sont les larves et les nymphes qui vivent à la surface de la peau mais aussi et surtout les femelles récemment fécondées qui n'ont pas encore pénétré dans l'épiderme.

## II - 3 - RÉSERVOIR DE GERMES ET TRANSMISSION

### Réservoir de germes

La gale est une maladie cosmopolite et contagieuse. C'est une maladie à "éclipse". Elle réapparaît périodiquement.

**Le seul réservoir de germes pour *Sarcoptes scabiei* est l'Homme.** C'est un parasite exclusif de l'Homme. Il peut parfois être porté temporairement par le chien.

*Il existe des gales des animaux domestiques (chats, chiens...). Le portage par l'homme s'il est possible ne peut être que temporaire, sans infestation, en raison d'une impasse parasitaire : le cycle complet ne peut aboutir.*

La survie du sarcopte hors de l'hôte est difficile (de 1 à 4 jours). Les sarcoptes se trouvant dans des squames tombées de la peau de l'hôte peuvent survivre plus longtemps car ils sont protégés. Il semble que le temps de survie dépend de la température et de l'humidité ambiante : une température basse et une humidité élevée favorisent la survie alors qu'une température élevée et une humidité faible conduisent rapidement à la mort.

Ainsi, le parasite pourrait survivre jusqu'à 3 semaines dans une atmosphère saturée en humidité et à une température de 10 à 15°C et s'immobiliserait quand la température baisse au dessous de 20°C mais ne meurt pas (survie de 2 jours à 20°C). En revanche, le sarcopte est tué lorsque la température est supérieure à 55°C (10 minutes à 50°).

### **Transmission**

Ce sont généralement **les femelles nouvellement fécondées qui assurent la transmission de la gale**. Les femelles plus âgées peuvent aussi être transmises après destruction des sillons par grattage. Les stades immatures (larves et nymphes) ne peuvent être que rarement responsables de la transmission compte tenu de leur taux de mortalité élevé. Leur implication dans la propagation de la gale n'est possible que s'ils sont présents en très grand nombre.

**La transmission directe** : responsable de la contamination dans 95 % des cas. Elle se fait :

- ⇒ **par contact** d'un sujet à l'autre : le sarcopte peut alors s'introduire dans l'épiderme du nouvel hôte. Cette transmission est facilitée par la promiscuité.
- ⇒ **par transmission sexuelle** : la gale est une MST (Maladie Sexuellement Transmissible).

Pour les soignants, les contacts peau à peau sont essentiellement induits **par les soins de nursing**.

**La transmission indirecte** : se fait par l'intermédiaire de l'environnement (**essentiellement le linge et la literie**). Les sarcoptes vivants retrouvés dans l'environnement sont affaiblis et souffrent de la faim. Ils mettent plus longtemps à pénétrer dans la peau et sont moins infectants.

Toutefois, même si cette transmission est rare, **elle ne doit pas être écartée surtout dans les collectivités, d'autant qu'elle est facilitée dans les formes de gale hyperkératosique (riches en parasites)**.

## **II - 4 - CLINIQUE**

**La gale est une maladie très prurigineuse dont le signe caractéristique est le sillon.**

### **II - 4 - 1 - Gale commune**

#### **Incubation**

C'est le temps nécessaire à la multiplication des sarcoptes jusqu'à un nombre suffisant pour entraîner les manifestations cliniques.

Cette incubation est silencieuse et la durée variable dépend de la taille de l'inoculum : de quelques jours pour une infestation massive à environ un mois dans la plupart des cas. Elle serait plus courte (de l'ordre de 3 à 4 jours) en cas de réinfestation.

Il y a d'abord une phase de multiplication des parasites jusqu'à une phase d'équilibre qui correspond à la présence d'une dizaine de femelles. Elle s'accompagne de phénomène de sensibilisation.

**Le risque de transmission bien que faible existe dès la phase d'incubation.**

### **Phase d'état**

Elle se caractérise par :

- le prurit = signe le plus précoce, intense, à recrudescence crépusculaire et nocturne,
- les sillons = signe caractéristique, correspond au " tunnel " de ponte de la femelle,
- les vésicules perlées souvent effondrées par le grattage.

a - Prurit

**C'est le signe le plus précoce, à recrudescence crépusculaire et nocturne.**

Source habituelle de consultation, il doit faire penser systématiquement à la gale surtout lorsque le prurit est familial ou répandu dans une collectivité.

Il est d'abord localisé (espaces interdigitaux, face antérieure des poignets, fesses, région inguinale et aisselles) puis se généralise et devient insomniant mais épargne généralement le visage, le cuir chevelu, le cou et le dos.

b - Sillons scabieux



Figure 3 :  
*S scabiei* : femelle  
dans son sillon

**C'est le signe pathognomonique de la gale.** Il représente le tunnel que la femelle sarcopte creuse dans la couche cornée tout au long de sa vie.

Il s'agit d'un sillon fin grisâtre en ligne brisée de quelques mm de long avec parfois à l'extrémité une élévation perlée : " la vésicule perlée ".

Les sillons sont peu visibles, parfois soulignés par la crasse ou les excréments des parasites. Si on dépose une gouttelette d'encre à l'entrée du sillon, on peut le voir se teinter par capillarité.

Sur la peau noire, le sillon peut être plus pâle que la peau et l'acarien apparaît comme une tache blanche.

Il faut savoir que les sillons sont clairs et peu nombreux surtout si le sujet est propre (gale des " gens du monde ")



**La découverte du sillon assure  
le diagnostic de gale.**

### c - Nodules scabieux

Ils sont souvent multiples et sont situés dans les zones axillaires ou génitales et palmoplantaires. Ils peuvent persister pendant des mois (la biopsie permet de retrouver un infiltrat pseudo hématodermique).

### d - Autres signes cliniques

Ce sont des lésions non spécifiques :

- ⇒ éruption : lésions prurigineuses, à peu près symétriques qui touchent les espaces inter digitaux, la face antérieure des poignets, les coudes, la face antérieure des emmanchures, la région ombilicale, la face interne des cuisses.
- ⇒ lésions de grattage : non spécifiques, dominent le tableau clinique et sont retrouvées dans les zones de prurit sous formes de stries de grattage et de papules excoriées. A noter que le grattage permet d'éliminer une grande partie des acariens. A l'inverse, l'absence de grattage favorise la multiplication des sarcoptes.

Un tableau récapitulatif des lésions est présenté en annexe 2.

## **II - 4 - 2 - Formes cliniques particulières**

### **➔ Gale croûteuse dite "norvégienne"**

Décrite pour la première fois en Norvège en 1848. Cette forme de gale est aussi appelée hyperkératosique.

**C'est une dermatose généralisée.**

Elle est due à une infestation massive par le sarcopte principalement chez les sujets ayant une immunodépression ou des troubles neurologiques et chez des patients âgés, cachectiques, grabataires. **Un même sujet peut héberger des milliers voire des millions de parasites.** Elle est de ce fait **très contagieuse.** Cette forme est plus à risque d'être responsable d'**épidémies au sein des collectivités.**

**Peu ou non prurigineuse**, elle touche **tout le corps**, y compris **le dos, le visage, le cuir chevelu.**

**Elle peut aussi être localisée et par conséquent très trompeuse** (cuir chevelu, face, doigts, ongles...).

Les papules érythémateuses deviennent **croûteuses** : une hyperkératose "farineuse" atteint les **régions palmo-plantaire et unguéale, les coudes, les aréoles mammaires.**

Elle peut simuler diverses dermatoses squameuses telles que : psoriasis, dermite séborrhéique, éruption d'origine médicamenteuse...



### **Attention !**

Une application locale prolongée de corticoïdes à la suite d'un diagnostic erroné d'eczéma atopique peut conduire à une forme de gale hyperkératosique.

### ➔ **Gale profuse : disséminée inflammatoire**

Conséquence d'un diagnostic tardif, parfois d'un déficit immunitaire (virus de l'immuno-déficience humaine) ou de traitements inadaptés (corticothérapie locale ou générale) : les lésions sont souvent atypiques.

L'éruption cutanée papuleuse, vésiculeuse, érythémateuse est :

- **floride, sans sillon,**
- **très prurigineuse** avec une population parasitaire plus ou moins abondante,
- disséminée sur **le tronc, les membres : l'atteinte du dos est fréquente.**

Cette forme clinique s'observe aussi **chez les patients âgés vivant en institution.**



**La gale des personnes âgées** se présente souvent avec des lésions non spécifiques et limitées à des lésions de grattage sans topographie particulière. Le dos n'est pas épargné en particulier chez les personnes alitées.

Les sillons sont difficiles à mettre en évidence car ils sont " perdus " dans les lésions vésiculeuses et papuleuses...

**Ne pas oublier** que la personne âgée exprime peu de plaintes fonctionnelles en raison de pathologies fréquemment associées (démence, troubles neurologiques, syndrome de glissement).

### ➔ **Gale des gens propres ou gale des " gens du monde "**

Caractérisée par **peu de lésions**, le principal symptôme est **le prurit**. Le diagnostic repose sur l'anamnèse.

Les pratiques d'hygiène quotidiennes rendent difficile la mise en évidence des sillons et des parasites.

Cette forme clinique est fréquente et très difficile à diagnostiquer. Elle doit être évoquée devant une éruption eczématiforme, avec notamment une résistance inhabituelle aux dermocorticoïdes, une recrudescence aux plis et chez l'homme outre le chancre scabieux, la localisation scrotale de nodules scabieux.

### ➔ **Gale du nourrisson et du jeune enfant**

**L'atteinte plantaire ou palmaire** est fréquente. Elle est faite de sillons et surtout d'éléments vésiculeux ou pustuleux. C'est un bon signe d'orientation.

On retrouve également des **lésions infiltrées**, rouge cuivré, des régions péri-axillaires, correspondant à des **nodules scabieux**.

L'état général de l'enfant est très affecté par la gale : il est irritable et fatigué à cause du manque de sommeil provoqué par le prurit continu et le grattage.

*Les différences cliniques observées chez le nourrisson ou le jeune enfant pourraient être dues à la différence de distribution des follicules pilo sébacés et à la plus faible épaisseur de la couche cornée.*

## II - 5 - DIAGNOSTIC PARASITOLOGIQUE

La recherche du parasite doit être pratiquée par un biologiste. Après prélèvements au niveau des sillons et examen au microscope, le diagnostic parasitologique est positif s'il met en évidence des formes adultes mais également des formes larvaires, des œufs ou des excréments.



**Un examen parasitologique négatif  
ne permet pas d'éliminer  
le diagnostic de gale.**

## II - 6 - DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

**Devant tout prurit, il est nécessaire d'éliminer les autres diagnostics possibles :**

- prurit sénile
- eczéma
- psoriasis
- lymphomes cutanés
- insuffisance hépatique, rénale
- prurit médicamenteux
- prurit psychologique
- pemphigoïde bulleuse
- cholestase
- pédiculose

## II - 7 - TRAITEMENT

Il doit être appliqué de façon simultanée aux sujets atteints et aux sujets contact, après avoir mis en place les mesures d'isolement des patients.

Il existe deux types de traitement (cf annexe 3) :

⇨ **le traitement local**, dont les principaux produits sont :

- ✓ l'Ascabiol® (benzoate de benzyle, flacon de 125 ml)
- ✓ le Sprégal® (esdépallétrine, aérosol de 152 g en flacon pressurisé)
- ✓ l'Elenol® (lindane ; tube de 90 g)
- ✓ le Scabécid 1%® (lindane, flacon de 150 mL)

La différence entre ces produits réside dans le principe actif, la présentation et les modalités d'application (pulvérisation, badigeon au pinceau, application de crème...), mais également dans les contre-indications, notamment femme enceinte et enfant.

⇨ **le traitement général**

Un seul traitement, le Stromectol® (Ivermectine, comprimés), existe et vient de bénéficier (septembre 2001) d'une extension d'AMM dans le cadre de la gale sarcoptique humaine.



**Le choix du groupe de travail est de développer dans ce document uniquement les traitements par Ascabiol® et Stromectol® en raison de leur agrément pour les pharmacies à usage intérieur.**

### **II -7 -1 - Choix du traitement**

En l'état actuel des connaissances, il n'y a pas de niveau de preuve suffisant pour recommander préférentiellement un traitement per os ou par voie locale.

C'est au prescripteur de faire le choix thérapeutique en fonction des circonstances et du lieu d'évolution de la gale (cas isolé ou épidémie, formes cliniques, domicile ou établissement de santé, état général du patient) ainsi que des précautions d'emploi de ces traitements.

Cependant, on peut dire que le traitement oral trouve bien sa place dans les institutions, ou les établissements de long séjour, où les épidémies de gale sont fréquentes et difficiles à traiter en raison des difficultés à réaliser un traitement local classique chez toutes les personnes en même temps.

En revanche, **pour les gales profuses, le traitement per os est recommandé**, avec une possibilité de l'associer au traitement local scabicide et kératolytique (vaseline salicylée).

### **II -7 -2 - Modalités thérapeutiques (cf annexe 4)**

⇨ **Traitement local par Ascabiol®** (benzoate de benzyle)

✓ la personne à traiter doit prendre une douche, avant le traitement.

Insister sur l'hygiène des ongles (courts et brossés).

✓ séchage doux sommaire (la peau du sujet âgé est altérée et l'application d'un dérivé benzénique à sec est très irritante).

✓ application par badigeonnage à l'aide d'un pinceau plat, type " Queue de morue ", de 7 à 10 cm de large, à poil synthétique et manche en plastique (figure 4), sur l'ensemble du corps à l'exception du visage. Insister au niveau :

- des ongles,
- de l'ombilic,
- des espaces interdigitaux des mains et des pieds,
- de la face antérieure des poignets,
- des parties génitales,
- de tous les plis.

✓ frotter en cas de pilosité importante.



Figure 4 :  
pinceau queue  
de morue



**Devant la multiplicité des protocoles thérapeutiques proposés dans la littérature, le groupe de travail suggère de réaliser :**

**à J1** => 2 badigeons successifs, le second étant pratiqué dès que la peau est sèche (en pratique l'intervalle entre les deux est de 10 à 15 minutes). Laisser l'application pendant 24 h,

**à J2** => savonner au savon doux et rincer abondamment,

**à J8** => nouvelle application (modalités identiques à celles de J1, mais un seul badigeon), seulement si nécessaire (à évaluer en fonction de l'évolution clinique).

NOTE : le pinceau peut être acheté en grande surface ou magasin de bricolage. Il doit être spécifique à chaque **patient, identifié au nom du patient**. Le pinceau sera nettoyé et désinfecté avec un détergent-désinfectant et jeté à la fin du traitement.

⇒ **Traitement par voie générale : Stromectol® (ivermectine)**

**La posologie de l'ivermectine est de 200 microgrammes par kg en une prise unique** (ex : 12 mg pour un individu de 60kg, soit 4 cp dosés à 3 mg), encadrée par **un jeûne de 2 heures avant et 2 heures après**. Nous conseillons la prise le matin pour des raisons pratiques.

Dans les formes avec de très nombreux parasites (gale profuse, gale hyperkératosique), une deuxième dose d'ivermectine et/ou l'association à un traitement topique peuvent être nécessaires dans les 8 à 15 jours pour obtenir la guérison.

*Remarque : des résistances à l'ivermectine ont été notifiées chez les animaux où cette molécule est largement utilisée à titre de traitement anti-parasitaire systémique. A ce jour, aucune résistance n'a été signalée chez l'homme. Les cas d'échecs de traitements par ivermectine semblent dus à sa faible action sur les œufs et non pas à de vraies résistances. Il faut espérer qu'une généralisation de l'emploi de cette molécule ne conduira pas à une sélection de parasites résistants.*

⇒ **En cas de surinfections cutanées**

Une antibiothérapie par voie orale, à visée antistreptococcique ou antistaphylococcique, (macrolide ou synergistine) pendant 7 jours, peut être nécessaire. Elle peut être associée à un traitement antiseptique local. Le traitement antibactérien doit être débuté 24 à 48 h avant le traitement anti-scabieux.

## II - 8 - EVOLUTION POST THÉRAPEUTIQUE

Il faut surveiller l'évolution clinique du patient (apparition de nouvelles lésions). Le prurit doit céder rapidement en une dizaine de jours. Il est parfois long à disparaître de part son " ancrage psychologique " et la phobie que suscite cette parasitose. La prescription d'émollients et d'anti-histaminiques peut être utile dans ce cas, en évitant de prescrire très tôt un dermocorticoïde. **Le patient doit faire l'objet de précautions " contact " maintenues pendant 48 h après la prise du traitement par voie orale et après le badi-geonnage pour le traitement topique.**

Des nodules post-scabieux peuvent persister plusieurs semaines après un traitement, notamment chez le nourrisson, en l'absence d'autres signes de gale.

- Suite à un traitement local

Les substances anti-galeuses sont irritantes, il ne faut pas répéter de façon inconsidérée les traitements.

- Suite à un traitement par voie générale

En cas de persistance de signes cliniques et/ou d'examen parasitologique positif une nouvelle cure d'ivermectine pourra être prescrite 14 jours après la première.

Dans les gales profuses il pourra être judicieux d'associer le traitement topique au traitement per os.



Un délai doit être respecté après traitement pour interpréter la persistance du prurit et/ou la persistance d'un examen parasitologique positif comme significative d'une inefficacité thérapeutique.

Il est par exemple **inutile de faire un contrôle parasitologique 48 h après le traitement.**

En effet, du fait de la possibilité de persistance de débris ou de sarcop-tes dans la peau, le contrôle ne doit pas être pratiqué avant une semaine sous risque d'impossibilité de déterminer l'évolution de l'infection.

## **LA GALE EN BREF :**

**La gale est une parasitose mal vécue sur le plan psychologique. Très vite, les connotations de promiscuité, de misère et de malpropreté renaissent dans l'imaginaire collectif...**

**Pourtant il est important d'y penser car tout retard à la prise en charge peut en favoriser l'extension et être le point de départ d'une épidémie !**

**C'est une parasitose strictement humaine, due à un acarien : *Sarcoptes scabiei* variété hominis.**

**Les formes infestantes sont essentiellement les femelles juste fécondées à la recherche d'un lieu de ponte ou les femelles délogées de leur sillon par grattage.**

**La transmission se fait le plus souvent par contact étroit (de peau à peau), mais est aussi possible par l'environnement surtout dans les formes riches en parasites (gale profuse ou gale hyperkératosique).**

**Le signe caractéristique de la maladie est le sillon dont la mise en évidence n'est pas toujours facile.**

**Le traitement par voie orale est conseillé pour les formes riches en parasites, il sera discuté dans les autres cas ...**

**Ne pas oublier que l'application des précautions " standard " est une barrière efficace à la transmission du parasite !**

### III - DEFINITIONS DES CAS DE GALE

**Cas certain** : 2 possibilités :

Cas 1 : tout sujet présentant un prurit cutané (à recrudescence vespérale) associé à des lésions pathognomoniques de la gale (sillon), dont le diagnostic clinique a été établi par un médecin de l'établissement (le diagnostic de certitude est basé sur la présence de *Sarcoptes scabiei* dans les prélèvements cutanés, en sachant que l'absence de sarcoptes à l'examen biologique ne réfute pas le diagnostic de gale).

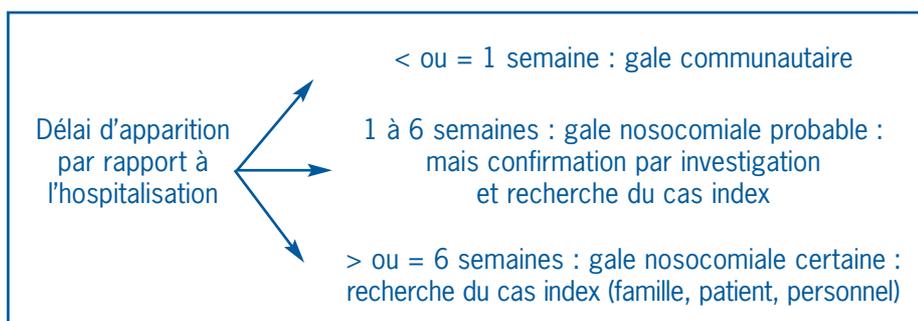
Cas 2 : tout sujet présentant un prurit cutané avec des lésions atypiques et dont les prélèvements cutanés montrent la présence de *Sarcoptes scabiei*.

**Cas probable** : tout sujet présentant soit un prurit cutané, soit des lésions hyperkératosiques et qui a été en contact avec une personne dont le diagnostic certain de gale a été établi par un médecin de l'établissement. Les prélèvements cutanés négatifs ne réfutent pas le diagnostic de gale.

**Cas contact** : tout sujet ayant été en contact cutané prolongé avec une personne dont le diagnostic clinique de gale a été établi par un médecin.

**Gale nosocomiale** : La gale nosocomiale peut concerner les patients comme les personnels de santé.

Pour les patients : un délai d'1 semaine minimum après l'admission dans l'établissement de soin peut faire à priori considérer la gale comme nosocomiale. Cependant, le délai d'incubation étant variable (quelques jours à quelques semaines), seule l'enquête épidémiologique permettra de retrouver le cas index (personne à l'origine de la contamination [famille, personnel, patients]) et la certitude de l'origine nosocomiale ne pourra être faite que s'il est démontré que la contamination a eu lieu dans l'établissement et a pour origine un autre patient ou un membre du personnel.



Pour le personnel, le cas est nosocomial s'il existe dans l'établissement un cas certain ou un cas probable de gale et s'il y a eu possibilité de contact avec ce cas.

A noter qu'une gale nosocomiale peut être diagnostiquée dans un établissement et avoir été contractée dans un autre, l'absence de cas index au sein de l'établissement est donc possible.

**Cas isolé de gale** : un seul cas de gale a été diagnostiqué. L'origine de la contamination n'a pu être établie.

**Epidémie de gale** : 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.

## **IV - CONDUITE A TENIR FACE A UN CAS ISOLE**

On considérera comme cas isolé tout cas de gale certain ou probable.



La gestion d'un cas isolé comme d'une épidémie n'est pas un travail de solitaire mais la résultante d'addition de compétences pour une efficacité maximale... Quelle que soit la personne qui soupçonne une gale, elle doit en faire part dans les plus brefs délais au responsable médical pour que les mesures soient prises sans attendre tant pour confirmer le diagnostic que pour mettre en place les mesures d'isolement si celles-ci sont nécessaires.

**Les mesures listées dans ce paragraphe sont à prendre simultanément...**

### **IV - 1 - SIGNALER EN INTERNE**

La pratique des établissements nous conduit à attirer l'attention des professionnels sur la nécessité **d'identifier clairement, au sein de leur structure, une personne qui sera informée systématiquement de toutes les alertes d'ordre infectieuses.** Cette personne aura la légitimité pour réunir autour d'elle les compétences et les moyens pour gérer le problème posé à l'établissement. Le circuit des informations de ce type doit être défini au préalable. C'est cette personne référente qui pourra coordonner le bon déroulement et le suivi des opérations.

### **IV - 2 - INFORMER**

- Le responsable médical,
- Le cadre du service ou à défaut le responsable administratif de l'établissement,
- L'équipe opérationnelle d'hygiène ou à défaut le responsable du signalement des infections,
- Le médecin du travail,
- En cas de transfert récent, la structure d'origine et/ou de destination du patient. Cette information sera faite par écrit,
- 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...).

## IV - 3 - INSTAURER DES PRÉCAUTIONS DE " TYPE CONTACT " ADAPTÉES À LA GALE (CF ANNEXE 5)



**En général dans le cas d'une gale les mesures d'isolement sont de courte durée. C'est pourquoi, il est important de les faire respecter pour éviter l'extension de la parasitose.**

- 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 au mieux à chaque soin et de leur faire suivre le circuit du linge du patient, sinon à chaque prise de service en respectant les précautions suivantes :

- les suspendre chacune à une patère ou un porte manteau mobile (ne pas les superposer)

- les plier intérieur sur intérieur.

- 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 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.
- L'environnement : en accord avec l'avis du CSHPF, le traitement de l'environnement n'est pas indiqué dans le cas de gale commune.

**En cas de gale profuse**, appliquer des mesures de désinfection complémentaires avec un acaricide type APAR, réalisées à J1 du traitement après nettoyage (cf. annexe 7).

- 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 aux examens complémentaires urgents, sachant que ce point est 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.

## IV - 4 - TRAITER

L'étude du cas doit permettre de l'intégrer dans une des 4 catégories suivantes, correspondant chacune à une prise en charge particulière :

1. Le cas diagnostiqué est un cas de **gale norvégienne**. L'ampleur des lésions cutanées justifie le transfert vers un **service spécialisé** où des soins cutanés approfondis pourront être prodigués, notamment vis-à-vis des lésions hyperkératosiques.

Le potentiel disséminateur d'un malade atteint de ce type de gale conduit à procéder au traitement de tous les personnels et intervenants au sein de l'unité où il a été hospitalisé (y compris d'éventuels patients).

2. Le patient est admis alors que le diagnostic est déjà fait ou le diagnostic est fait dans les 48 h à une semaine après l'admission. Dans ce cas il est considéré que **la probabilité de dissémination au sein de la communauté à laquelle il appartient désormais est faible** et on procédera au traitement du cas avéré seul.

Il faudra informer la structure d'hébergement dont il vient pour gestion éventuelle d'une épidémie.

3. Le diagnostic est posé chez un patient présent depuis plus de 6 semaines dans l'unité : il s'agit d'un cas de **gale nosocomiale certain**. Il conviendra de procéder à une recherche très méticuleuse d'autres cas parmi la population hospitalisée et les soignants. Le traitement simultané du cas et des personnes qui ont eu des contacts prolongés avec lui s'impose, qu'il s'agisse de membres de la famille ou de personnels soignants.

4. Le diagnostic est posé chez un patient présent depuis une à 6 semaines dans l'unité : il s'agit d'un cas de **gale nosocomiale probable** mais il peut aussi s'agir **d'un diagnostic retardé d'un cas communautaire ou importé d'une autre structure**.

**Le risque épidémique existe et doit être évalué.** Il convient alors de procéder à l'analyse de la situation en prenant en compte plusieurs facteurs (voir paragraphe suivant : Surveiller).

**Cf annexe 4 : fiche " TRAITEMENT "**

## IV - 5 - SURVEILLER



Une surveillance pour dépister d'autres cas est mise en place (patients dont les signes cliniques auraient pu passer inaperçus ou être interprétés de manière erronée).

La centralisation des informations vers une personne référente facilite la reconnaissance d'une épidémie.

Le risque épidémique est évalué en prenant en compte deux types de facteurs :

### ⇨ **Les facteurs liés au patient :**

- l'importance de l'infestation : la gale " norvégienne " est plus à risque qu'une gale simple,
- les traitements : corticothérapie et immunosuppresseurs favorisent les formes profuses,
- le degré d'autonomie du patient (aide aux activités de la vie quotidienne, nursing),
- les séances de kinésithérapie,
- la chambre seule ou non,
- le délai entre le début des signes et le moment du diagnostic : plus il est long plus le risque d'épidémie augmente.

### ⇨ **Les facteurs liés à la collectivité :**

- le niveau d'application des précautions standard,
- le degré d'autonomie des autres patients (aide aux activités de la vie quotidienne),
- l'ancienneté des locaux (douches individuelles dans les chambres ou douches collectives),
- les équipements à disposition : chariots douches,
- l'organisation du travail (personnels communs ou non entre des étages ou des bâtiments différents...),
- l'absence de formation du personnel.



### **Attention !**

**Un cas isolé peut toujours être le point de départ d'une épidémie !  
L'application rigoureuse de mesures d'hygiène est un moyen de lutte efficace.**

## 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).

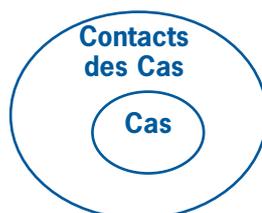


Figure 5 :  
représentation  
de la population concernée

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.

## **VI - RETOURS D'EXPERIENCE**

L'énumération qui suit est l'énoncé de difficultés, d'incidents ou de réflexions émanant de membres du groupe ayant pris en charge des cas isolés ou des épidémies de gale.

### **A propos de l'isolement**

- Etre attentif à organiser l'isolement de manière à permettre le contrôle d'une éventuelle transmission 24 h sur 24 h. Attention à l'erreur consistant à mettre un patient en isolement et à ne pas considérer qu'il partage les mêmes toilettes qu'un ou plusieurs autres patients ou résidents...
- Veiller à bien repérer les sacs plastiques (couleur ou une signalétique complémentaire) largement utilisés pour le linge ou le matériel en provenance du patient porteur d'une gale pour éviter que du linge ou du matériel ne soit éliminé dans la filière des déchets ménagers ou à risque infectieux...
- Ne pas mettre un patient porteur d'une gale en isolement à proximité d'un patient immuno-déprimé. En cas de contagion, la parasitose peut prendre des proportions considérables chez la personne dont l'état immunitaire est compromis.

### **A propos du traitement**

- Se souvenir du fait que les produits utilisés pour le traitement de l'environnement peuvent se présenter sous forme de bombes aérosols. La prudence impose de s'enquérir de la présence de personnes insuffisamment respiratoires dans la zone devant être traitée...
- Prendre en compte la présence de femmes enceintes.
- Se rappeler que les substances anti-galeuses sont irritantes : Il convient de ne pas reconduire de façon inconsidérée les traitements.
- Ne pas oublier de traiter un patient en cas d'isolement septique préalable pour une raison autre.
- Eviter de procéder à un traitement itératif au cas par cas.

### **A propos de la gestion de l'épidémie**

- Ne pas sous-estimer le nombre de cas avec risque de passer à côté d'une épidémie dans les secteurs de courts et moyens séjours en raison de la dispersion rapide des patients ...
- Ne pas négliger la nécessité d'une coordination médicale, surtout dans les maisons de retraite.
- Ne pas oublier de prendre en compte les patients transférés dans les jours précédant la gestion de l'épidémie.

## VII - GLOSSAIRE

Selon le Petit Larousse grand format 2003

Cosmopolite : Ecol. Se dit d'une espèce vivante répandue dans toutes les régions du monde où son habitat existe.

Pathognomonique : Spécifique d'une maladie. (Un symptôme pathognomonique suffit, à lui seul, à établir un diagnostic.)

Prophylactique : Relatif à la prophylaxie : préventif

## VIII - BIBLIOGRAPHIE

- Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, section maladies transmissibles. Avis du 27 juin 2003 relatif à la conduite à tenir en cas de gale.
- Arrêté du 5 juin 2003 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux – B.O. n°2003-26.
- Quesnel C, Parneix P. Conduite à tenir en cas de gale. Hygiène's 1997;**5**:297-300.
- Vasseur E, Saiag P. Prise en charge de la gale dans les établissements de soins pour personnes âgées. La Lettre de l'infectiologue 2000;**8**:351-7.
- Datry A, Thellier M, Alfa-Cissé O, Danis M, Caumes E. L'ivermectine, un antiparasitaire à large spectre. Presse Méd 2002;**13**:607-11.
- Réseau franc-comtois de lutte contre les infections nosocomiales. La gale dans les établissements de soins. Guide mis sur internet : <http://nosobase.univ-lyon1.fr/recommandations/Infectiologie/gale.pdf>
- CCLIN Paris Nord Lutte contre les ectoparasites et agents nuisibles en milieu hospitalier. Guide mis sur internet. <http://nosobase.univ-lyon1.fr/recommandations/Environnement/ParasitePN.pdf>
- Guide de prévention des infections – La prévention et la lutte contre les infections professionnelles dans le domaine de la santé. RMTc 2002;**2851**:60-6.
- Reconnaître et traiter la gale en 2002. Rev. Prescrire 2002;**22**:450-5.
- Heid E, Taieb A, Crickx B. Ectoparasitoses cutanées : gale et pédiculose. Ann Dermatol Venerol 2002;**129**:S23-6.
- Barachy N. La gale sarcoptique humaine, Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Pharmacie, Limoges, 2004, 123p.
- Bourée P. Un nouveau traitement de la gale. Concours Med. 2004;**126-08**:444-7.

## **IX - ANNEXES**

**Annexe 1** : Extrait du tableau des maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu d'hospitalisation et d'hospitalisation à domicile (Régime général. Tableau 76).

**Annexe 2** : Tableau récapitulatif des signes cliniques de la phase d'état.

**Annexe 3** : Tableau récapitulatif des produits pour traitement topique et par voie générale.

**Annexe 4** : Exemples de schémas de traitement.

**Annexe 5** : Exemple de protocole pour les précautions " contact " au cours d'un cas de gale isolé.

**Annexe 6** : Traitement du linge.

**Annexe 7** : Entretien de l'environnement.

**Annexe 8** : Exemple de protocole pour les précautions " contact " au cours d'une épidémie de gale.

**Annexe 9** : Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, Section Maladies Transmissibles, relatif à la conduite à tenir devant un cas de gale (séance du 27 juin 2003).

**Annexe 10-1** : Exemple de fiche " Besoins en personnel, équipement et matériel. Prise en charge d'une épidémie de gale ".

**Annexe 10-2** : Exemple de fiche " Epidémie de gale. Organisation des équipes ".

**Annexe 10-3** : Exemple de fiche " Recensement des personnels à traiter ".

**Annexe 10-4** : Exemple de fiche " Demande exceptionnelle PHARMACIE ".

**Annexe 10-5** : Exemple de fiche " Bilan literie ".

**Annexe 10-6** : Exemple de fiche " Demande exceptionnelle BLANCHISSERIE ".

**Annexe 10-7** : Exemple de fiche " Demande exceptionnelle MAGASIN ".

## ANNEXE 1

### EXTRAIT DU TABLEAU N°76 DU RÉGIME GÉNÉRAL

#### **Maladies liées à des agents infectieux contractées en milieu d'hospitalisation et d'hospitalisation à domicile**

Désignation des maladies	Délai * de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
<p><b>N - Gale</b></p> <p>Parasitose à <i>Sarcoptes Scabiei</i> avec prurit et éventuellement surinfection des atteintes cutanées dues au parasite. En dehors d'un contexte épidémique, l'affection devra être confirmée par l'identification des sarcoptes.</p>	7 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou de services sociaux mettant en contact direct avec des porteurs de cette scabiose.

\* Délai de prise en charge : délai maximal entre la cessation d'exposition au risque et la première constatation médicale de la maladie (et non pas sa déclaration).

La cessation d'exposition au risque marque donc le départ du délai de prise en charge.

## ANNEXE 2

### RÉCAPITULATIF DES SIGNES CLINIQUES DE LA PHASE D'ÉTAT

Signes cliniques		Caractères	Localisations	Observations
<b>PRURIT</b> (source habituelle de consultation)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- constant, intense</li> <li>- à recrudescence nocturne</li> <li>- individuel ou collectif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- localisé puis rapidement généralisé épargnant au début face, cuir chevelu, dos et cou</li> <li>- cuir chevelu atteint dans les formes profondes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diminution possible sans traitement</li> <li>- fréquentes insomnies</li> <li>- discrète éosinophilie sanguine</li> </ul>
<b>LESIONS SPECIFIQUES</b>	<b>SILLONS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>sinueux en léger relief</b></li> <li>- <b>fin, blanchâtre ou grisâtre nacré</b></li> <li>- 3 à 15 mm</li> <li>- vésicule perlée à une extrémité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- espaces interdigitaux dorsaux des mains très spécifiques</li> <li>- poignets</li> <li>- aisselles (bord antérieur)</li> <li>- ombilic</li> <li>- fesses</li> </ul>	
	<b>NODULES SCABIEUX</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- petite masse arrondie et bien limitée</li> <li>- ferme</li> <li>- rouge sombre</li> <li>- enchâssé dans le derme (réaction d'hyper-sensibilité)</li> <li>- peuvent persister plusieurs mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- creux poplité (face arrière des genoux)</li> <li>- tendon d'achille</li> <li><b>localisations particulières :</b></li> <li>- plante des pieds pour le nourrisson</li> <li>- fourreau de la verge et gland</li> <li>- aréole des seins</li> </ul>	<p>Eliminer un diagnostic de syphilis dans le cas d'une localisation génitale masculine</p>
<b>LESIONS NON SPECIFIQUES</b>	Lésions polymorphes banales  Beaucoup plus fréquentes que les lésions spécifiques	- lésions de grattage		<ul style="list-style-type: none"> <li>- complications infectieuses staphylococciques et surtout streptococciques</li> </ul>
		- eczéma suintant et croûteux		
		- pyodermite prurigineuse avec impétigo bulleux et croûteux		
		- tâche érythémateuse urticarienne		
		- hyperkératose		

## ANNEXE 3

### PRODUITS POUR TRAITEMENT TOPIQUE ET PAR VOIE GÉNÉRALE SOURCES : VIDAL®, ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ...)

	ASCABIOL	SPREGAL	ELENOL	SCABECID 1%	STROMECTOL
Présentation - conditionnement	Solution à appliquer au pinceau. Flacon de 125 ml.	lotion en flacon pressurisé. Flacon de 152 g	Crème pour application locale. Tube de 90 g.	Crème fluide. Flacon de 150 ml.	3 mg par comprimé Présentation en boîte de 4 ou de 20 cp
Voie d'administration	TOPIQUES ORALE				
Principe actif	Benzoate de benzyle	Esdépalléthrine Butoxyde de piperonyle	Lindane Chlorhydrate d'amylène	Lindane	Ivermectine
Mode d'administration	Appliquer ou pulvériser sur la totalité du corps de haut en bas sauf le visage et le cuir chevelu	Laisser en contact 12 h. Assurer une protection respiratoire du patient et du personnel	Laisser en contact pendant 12 h chez l'adulte et 6 h chez l'enfant		Voie orale Posologie : 200 µg/kg en une seule prise. NB : les comprimés peuvent être écrasés.
Contre indication particulière	- Hypersensibilité à l'un des composants	- Hypersensibilité à l'un des composants - sujet asthmatique, nourrisson ou jeune enfant ayant des antécédents de bronchite dyspnéique avec sibilants	- Hypersensibilité à l'un des composants - Enfant de moins 2 ans - Grossesse <b>Attention : toxicité neurologique notable pour le lindane</b>		- Hypersensibilité à l'un des composants - grossesse - enfant de moins de 15 kg
Agrément aux collectivités	oui		non		oui
Coût	Le coût total d'un traitement n'est pas assimilable au simple coût des produits utilisés mais il faut tenir compte des conditions d'applications et/ou d'administration : temps agent par traitement par patient				
Remboursement SS	Non remboursé par la SS				65 % (depuis 06/03)

## ANNEXE 4

### EXEMPLES DE SCHÉMAS DE TRAITEMENT

<b>Le traitement est appliqué sur prescription médicale</b>			
<b>MODALITES D'APPLICATION DU TRAITEMENT</b>	à	<b>Exemple : Traitement à l'Ascabiol®</b>	<b>Exemple : Traitement au Stromectol®</b>
	<b>J 0</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Faire prendre une douche chaude avec un savon doux, rincer, sécher modérément.</li> <li>➤ Appliquer la lotion ASCABIOL® avec un pinceau plat <b>sur la totalité de la surface corporelle</b> en évitant visage et cuir chevelu et <b>en insistant sur les lésions</b>, les plis, les mains, sous les ongles coupés courts, l'ombilic, la face antérieure des poignets, derrière les oreilles, la plante des pieds, les parties génitales (en dehors des muqueuses) ; frotter en cas de pilosité importante.</li> </ul> <p>En cas de gale profuse, le cuir chevelu et les oreilles seront traités avec un coton imbibé. Le pinceau sera réservé au patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Laisser sécher puis 2<sup>ème</sup> couche à passer selon le même protocole</li> <li>➤ Laisser en contact 24 h, y compris sur les mains, renouveler l'application dans la journée si besoin (lavage des mains)</li> <li>➤ Mettre du linge propre (vêtements et draps)</li> <li>➤ Changer la literie</li> <li>➤ Traiter l'environnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Administrer le traitement Stromectol® en comprimé, prescrit en une seule prise après un jeun strict de deux heures, et ensuite laisser à jeun pendant deux heures</li> <li>➤ Faire prendre une douche au savon doux ; rincer abondamment ; sécher</li> <li>➤ Mettre du linge propre (vêtements et draps)</li> <li>➤ Changer la literie</li> <li>➤ Traiter l'environnement</li> </ul>
	<b>J 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Douche uniquement suivie d'une application de crème hydratante si besoin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Soins de nursing habituels</li> </ul>
	<b>J 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Levée de l'isolement sur prescription</li> <li>➤ Soins de nursing habituels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Levée de l'isolement sur prescription</li> <li>➤ Veiller à un suivi régulier des soins d'hygiène corporelle et à l'évolution des lésions</li> </ul>
	<b>J 8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Veiller à un suivi régulier des soins d'hygiène corporelle et à l'évolution des lésions</li> <li>➤ Renouveler le traitement sur prescription</li> <li>➤ Jeter les pinceaux après le traitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ dans les formes avec de très nombreux parasites, une deuxième dose d'ivermectine et/ou l'association à un traitement topique peuvent être nécessaires dans les 8 à 15 jours pour obtenir la guérison</li> </ul>

## ANNEXE 5

### **EXEMPLE DE PROTOCOLE POUR LES PRÉCAUTIONS " CONTACT " AU COURS D'UN CAS DE GALE ISOLÉ**

Logo établissement	<b>PRECAUTIONS DE TYPE CONTACT AU COURS D'UN CAS ISOLE DE GALE</b>	Références P 1/2
	Approbation : Validation :	

#### **OBJECTIF**

Prévenir la transmission croisée du sarcopte de la gale (acararien) transmissible par contact direct de la peau ou des objets fortement contaminés (vêtements, linge, literie...) et **éviter la transformation d'un cas isolé en épidémie.**

Les précautions à mettre en place sont des **PRECAUTIONS DE TYPE CONTACT** accompagnées des mesures thérapeutiques.

	<b>MESURES SPECIFIQUES</b>
<b>SIGNALISATION</b>	Identifier clairement le patient atteint selon les modalités de l'établissement.
<b>CHAMBRE SEULE</b>	Si possible
<b>HYGIENE DES MAINS</b>	Lavage simple systématique dans la chambre après tout contact avec le patient ou les objets contaminés. Inefficacité des solutions hydro-alcooliques sur le sarcopte. Port de gants à UU pour tout contact avec le patient ou les objets contaminés non stériles.
<b>TENUE</b>	Port de surblouse à manche longue pour tout contact direct avec le patient (nursing, examens médicaux, kinésithérapie, radio au lit...) ; Préférer l'usage unique.
<b>LINGE</b>	<p><u>Dans tous les cas :</u>            La blanchisserie est prévenue,            La famille est informée des précautions à prendre,            Le linge est manipulé avec précaution et jamais posé à terre.  <b>Si le linge supporte le lavage &gt; à 60°C</b> (draps, alèses, taies, serviettes de toilette, chemises de malades....)            - Recueil dans sac plastique ou en sac hydrosoluble en premier emballage,            - Mise en double emballage systématique au seuil de la chambre,            - Transport en blanchisserie en respectant le protocole local d'évacuation du linge contaminé.</p> <p><b>Si le linge ne supporte pas le lavage à 60° C</b> (linge personnel de résidents, articles non lavables.....)            Si utilisation d'un produit acaricide :            - mettre le linge dans une poche plastique,            - vaporiser à l'aide d'un produit acaricide (type A-PAR® ...),            - fermer la poche hermétiquement,            - noter la date et l'heure d'application du produit sur la poche,            - Laisser en contact 3 heures minimum puis :           <ul style="list-style-type: none"> <li>• si l'article est lavable, transport en blanchisserie en respectant le protocole local d'évacuation du linge contaminé.</li> <li>• si l'article n'est pas lavable, éliminer l'excédant de produit par aération ou essuyage.</li> </ul>           Si pas d'utilisation de produit acaricide :            - mettre le linge dans une poche plastique,            - fermer la poche hermétiquement pendant 1 semaine,            - noter la date et l'heure sur la poche,            - puis transport en blanchisserie en respectant le protocole local d'évacuation habituel du linge.</p>

Logo établissement	<b>PRECAUTIONS DE TYPE CONTACT AU COURS D'UN CAS ISOLE DE GALE</b>	Références P 2/2
	Approbation : Validation :	

<b>ENTRETIEN DE L'ENVIRONNEMENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appliquer la technique habituelle pour surfaces, sanitaires, sols. Réaliser l'entretien de la chambre contaminée de préférence en dernier. Nettoyer et désinfecter le matériel de nettoyage immédiatement après.</li> <li>• Ne pas utiliser les WC communs pendant la période d'isolement. Si les WC communs doivent être utilisés par la personne atteinte, ils devraient être nettoyés et désinfectés après chaque usage. Devant la difficulté d'application de ces recommandations, des solutions alternatives telles que chaise percée, bassin...peuvent être utilisées</li> <li>• Nettoyer et désinfecter les baignoires et chariots-douches avec un détergent-désinfectant après chaque utilisation. Ils seront rincés avant d'être utilisés.</li> </ul> <p><b>Appliquer des mesures de désinfection complémentaires en cas de gale profuse.</b> Dans ce cas les mesures préconisées dans l'annexe 7 vis à vis de l'entretien sont à respecter.</p>
<b>ENTRETIEN DU PETIT MATERIEL</b>	Tensiomètres, sangles de lève-malades, attelles, écharpes de maintien ...Placer ce matériel dans un sac plastique identifié et laisser en contact avec un acaricide (3 h).
<b>VISITEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limiter les visites.</li> <li>• Mettre en place une signalisation du patient.</li> <li>• Informer les visiteurs des mesures à prendre :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- port de blouse</li> <li>- éviter les contacts avec le patient en dehors du visage, durant les premiers jours du traitement</li> <li>- ne pas s'asseoir sur le lit ou y déposer des vêtements</li> <li>- ne pas sortir d'objet de la chambre</li> <li>- ne pas emporter le linge avant les consignes de l'équipe soignante</li> <li>- ne pas utiliser les toilettes de la chambre</li> <li>- se laver les mains en sortant. En cas de gale profuse : proscrire tout contact.</li> </ul> </li> </ul>
<b>DEPLACEMENT DU PATIENT</b>	Précautions à prendre durant la durée du traitement (48 heures) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limiter les sorties (point soumis à l'appréciation médicale)</li> <li>• Prendre rendez-vous en dernière position pour les examens complémentaires indispensables</li> <li>• Prévenir le service receveur et l'équipe assurant le transport. Faire suivre une fiche de liaison avec des transmissions précises</li> <li>• Envelopper le patient dans un drap</li> </ul>
<b>DUREE DE L'ISOLEMENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 48 heures sur prescription médicale et suivant l'évolution des lésions</li> </ul>

## ANNEXE 6

### LE TRAITEMENT DU LINGE

#### Recommandé par le groupe

##### ➔ **① le linge supporte le lavage > à 60°C**

**(draps, alèses, taies, serviettes de toilette, gants de toilette, chemises de malades...).**

En accord avec la blanchisserie il convient de mettre en place une procédure permettant d'éviter la manipulation du linge contaminé dans la zone de tri.

Par exemple :

- Recueil du linge en sac plastique (ou en sac hydrosoluble) en premier emballage,
- Mise en double emballage\* systématique au seuil de la chambre,
- Transport en blanchisserie en respectant le protocole local d'évacuation du linge contaminé.

\* Principe du double emballage :

Une fois le linge souillé placé dans le premier sac, la personne qui mettra ce sac plastique dans un deuxième emballage aura pris soin d'enlever ses gants et de procéder à un lavage simple des mains au préalable. Cette opération s'effectue sur le seuil de la porte de la chambre préservant ainsi l'extérieur du sac de tout contact parasite.

##### ➔ **② le linge ne supporte pas le lavage à 60° C**

**(linge personnel de résidents, articles non lavables.....)**

##### 1er cas : Utilisation d'un produit acaricide

- vaporiser sur le linge un produit acaricide délivré en pharmacie, après avis du pharmacien (type A-PAR®, Insecticide CLEMENT®, ACARDUST®...), hors de la présence du patient,
- mettre le linge dans une poche plastique (ou en sac hydrosoluble) : il est à noter que dans le cas de l'utilisation d'un sac hydrosoluble, celui-ci peut se déliter au contact du linge mouillé par le produit,
- fermer la poche hermétiquement,
- noter la date et l'heure d'application du produit sur la poche,
- Laisser en contact le temps préconisé par le fabricant (par exemple 3 heures minimum pour A-PAR® ou ACARDUST®...),
- procéder au double emballage :
  - ⇒ si l'article est lavable, transport en blanchisserie en respectant le protocole local d'évacuation du linge contaminé,
  - ⇒ si l'article n'est pas lavable, éliminer l'excédent de produit par aération ou essuyage,

- Dans le cadre d'un traitement isolé, il n'est pas obligatoire de porter un masque de protection respiratoire spécifique. Cependant pour éviter toute gêne respiratoire, ouvrir les fenêtres des pièces dans lesquelles la pulvérisation est réalisée.

- La pulvérisation d'A-PAR®, ne doit pas être effectuée par un sujet asthmatique ou en sa présence.

- Certains de ces produits détruisant les animaux à sang froid, il est recommandé de ne pas les pulvériser près d'un aquarium.

##### 2ème cas : en l'absence de produit acaricide :

- " sécuriser " le linge en le conditionnant en sac plastique identifié (date, heure, nom du patient, et type de linge),
- fermer la poche hermétiquement pendant 1 semaine (durée maximum de survie du sarcopte en l'absence de nutriments (cf annexe 9 : avis du CSHPF),
- stocker de manière à éviter les erreurs conduisant à l'évacuation de ce sac en déchets,
- transporter ensuite en blanchisserie en respectant le protocole local d'évacuation habituel du linge ou, selon les circonstances, confier le linge à la famille ou au prestataire de service.

## ANNEXE 7

### L'ENTRETIEN DE L'ENVIRONNEMENT

En accord avec l'avis du CSHPF, le traitement de l'environnement n'est pas indiqué, dans le cas de gale commune.

**En cas de gale profuse**, appliquer des mesures de désinfection complémentaires :

⇨ avec un acaricide type A-PAR®

⇨ à J1 du traitement

⇨ après nettoyage

⇨ pulvériser :

- l'intérieur des meubles de stockage de linge

- les **fauteuils tissus, 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 12h 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.**

Dans le cadre d'une utilisation intensive de produit acaricide, la protection respiratoire du personnel par un masque A2P3 est fortement recommandée.



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

## ANNEXE 8

### **EXEMPLE DE PROTOCOLE POUR LES PRÉCAUTIONS " CONTACT " AU COURS D'UNE ÉPIDÉMIE DE GALE**

Logo établissement	<b>PRECAUTIONS DE TYPE CONTACT AU COURS D'UNE ÉPIDÉMIE DE GALE</b>	Références P 1/2
	Approbation : Validation :	

#### **OBJECTIF**

Prévenir la transmission croisée du sarcopte de la gale (acarien) transmissible par contact direct de la peau ou des objets fortement contaminés (vêtements, linge, literie...).

Les précautions à mettre en place sont des **PRECAUTIONS DE TYPE CONTACT** accompagnées des mesures thérapeutiques.

	<b>MESURES SPECIFIQUES</b>
<b>SIGNALISATION</b>	Identifier clairement le patient atteint selon les modalités de l'établissement.
<b>HYGIENE DES MAINS</b>	Lavage simple systématique dans la chambre après tout contact avec le patient ou les objets contaminés. Inefficacité des solutions hydro-alcooliques sur le sarcopte. Port de gants à UU pour tout contact avec le patient ou les objets contaminés non stériles
<b>TENUE</b>	Port de surblouse à manche longue pour tout contact direct avec le patient (nursing, examens médicaux, kinésithérapie, radio au lit...) ; Préférer l'usage unique.
<b>LINGE</b>	<p><u>Dans tous les cas :</u>            La blanchisserie est prévenue,            La famille est informée des précautions à prendre,            Le linge est manipulé avec précaution et jamais posé à terre.  <b>Si le linge supporte le lavage &gt; à 60°C</b> (draps, alèses, taies, serviettes de toilette, chemises de malades...) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recueil dans sac plastique ou dans sac hydrosoluble en premier emballage,</li> <li>- Mise en double emballage systématique au seuil de la chambre,</li> <li>- Transport en blanchisserie en respectant le protocole local d'évacuation du linge contaminé.</li> </ul> <p><b>Si le linge ne supporte pas le lavage à 60° C</b> (linge personnel de résidents, articles non lavables.....)  <u>Si utilisation d'un produit acaricide :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mettre le linge dans une poche plastique,</li> <li>- vaporiser à l'aide d'un produit acaricide (type A-PAR® ...),</li> <li>- fermer la poche hermétiquement,</li> <li>- noter la date et l'heure d'application du produit sur la poche,</li> <li>- Laisser en contact 3 heures minimum puis :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• si l'article est lavable, transport en blanchisserie en respectant le protocole local d'évacuation du linge contaminé,</li> <li>• si l'article n'est pas lavable, éliminer l'excédant de produit par aération ou essuyage.</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Si pas d'utilisation de produit acaricide :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mettre le linge dans une poche plastique,</li> <li>- fermer la poche hermétiquement pendant 1 semaine,</li> <li>- noter la date et l'heure sur la poche,</li> <li>- puis transport en blanchisserie en respectant le protocole local d'évacuation habituel du linge.</li> </ul>

Logo établissement	<b>PRECAUTIONS DE TYPE CONTACT AU COURS D'UNE ÉPIDÉMIE DE GALE</b>	Références P 2/2
	Approbation : Validation :	

<b>ENTRETIEN DE L'ENVIRONNEMENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appliquer la technique habituelle pour surfaces, sanitaires, sols Réaliser l'entretien de la chambre contaminée de préférence en dernier Nettoyer et désinfecter le matériel de nettoyage immédiatement après</li> <li>• Ne pas utiliser les toilettes communes pendant la période d'isolement. Si elles doivent être utilisées par la personne atteinte, elles devraient être nettoyées et désinfectées après chaque usage.</li> <li>• Nettoyer et désinfecter les baignoires et chariots-douches avec un détergent-désinfectant après chaque utilisation. Ils seront rincés avant d'être utilisés.</li> </ul> <p><b>Renforcement de l'entretien de l'environnement uniquement pour les sujets atteints par les mesures de désinfection complémentaires par un acaricide type A-PAR® :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• des meubles de stockage de linge</li> <li>• des fauteuils tissus, des rideaux, des interstices des fauteuils plastiques</li> <li>• de la literie :             <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Si la literie est complètement housée :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- enlever les housses</li> <li>- les vaporiser en poche plastique hermétique</li> <li>- laisser en contact 3 heures avant lavage</li> <li>- vaporiser matelas et oreillers sur toutes les faces, et mettre des housses propres.</li> </ul> </li> <li>➔ Désinfecter les oreillers ou traversins sans protection et les enfermer dans une poche plastique avec contact de 3 h avant envoi en blanchisserie</li> <li>➔ Vaporiser la toile du sommier</li> </ul> </li> <li>• Attendre 12 heures pour réutiliser le lit</li> </ul>
<b>ENTRETIEN DU PETIT MATERIEL</b>	Tensiomètres, sangles de lève-malades, attelles, écharpes de maintien ... Ce matériel sera nettoyé après avoir été placé dans un sac plastique identifié et avoir eu un contact avec un acaricide pendant 3 heures
<b>VISITEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limiter les visites.</li> <li>• Mettre en place une signalisation du patient.</li> <li>• <b>Informé les visiteurs</b> des mesures à prendre :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- port de blouse</li> <li>- éviter les contacts avec le patient en dehors du visage, durant les premiers jours du traitement</li> <li>- ne pas s'asseoir sur le lit ou y déposer des vêtements</li> <li>- ne pas sortir d'objet de la chambre</li> <li>- ne pas emporter le linge avant les consignes de l'équipe soignante</li> <li>- ne pas utiliser les toilettes de la chambre</li> <li>- se laver les mains en sortant. En cas de gale profuse : proscrire tout contact.</li> </ul> </li> </ul>
<b>DEPLACEMENT DU PATIENT</b>	Précautions à prendre durant la durée du traitement (48 heures) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limiter les sorties (point soumis à l'appréciation médicale)</li> <li>• Prendre rendez-vous en dernière position pour les examens complémentaires indispensables</li> <li>• Prévenir le service receveur et l'équipe assurant le transport. Faire suivre une fiche de liaison avec des transmissions précises</li> <li>• Envelopper le patient dans un drap</li> </ul>
<b>DUREE DE L'ISOLEMENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 48 heures sur <b>prescription médicale</b> et suivant <b>l'évolution des lésions</b></li> </ul>

## ANNEXE 9

### **AVIS DU 27 JUIN 2003 RELATIF À LA CONDUITE À TENIR DEVANT UN CAS DE GALE**

#### **Conseil supérieur d'hygiène publique : Avis et Recommandations**

##### **AVIS DU CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE SECTION MALADIES TRANSMISSIBLES**

##### **Relatif à la conduite à tenir devant un cas de gale (séance du 27 juin 2003)**

#### **Considérant qu'en matière de santé publique :**

- La maladie touche les individus de tous âges et tous milieux sociaux,
- La gale est une maladie pouvant être responsable d'épidémie dans les collectivités (1),
- La gale est une maladie très contagieuse due à un parasite, *Sarcoptes scabiei hominis*,
- La femelle fécondée colonise les couches superficielles de l'épiderme, pond 3 à 5 œufs par jour pendant 2 mois, chaque œuf donne une larve qui devient adulte en 2 à 3 semaines,
- La charge parasitaire peut atteindre quelques dizaines de parasites dans la gale commune et plusieurs milliers dans les gales profuses,
- Le parasite survit, hors de son hôte humain, pendant plusieurs jours jusqu'à une semaine,
- La dissémination du parasite est favorisée par la vie en collectivité et le non-respect des règles d'hygiène,
- Le facteur de risque de transmission est la cohabitation d'un grand nombre de personnes dans un espace restreint,
- La contamination est avant tout inter humaine, par contact cutané direct d'un sujet parasité à un autre sujet, particulièrement à l'occasion d'une relation sexuelle,
- Dans les gales profuses, la transmission indirecte est possible par contact avec des vêtements, literie, serviettes, fauteuils .... parasités,
- L'immunodépression locale et/ou générale (corticothérapie, infection par le VIH...) constitue un facteur favorisant de gales profuses,

#### **Considérant qu'en matière de diagnostic (6) :**

- La gale présente 2 formes cliniques :  
La gale commune  
Les gales profuses, les plus contagieuses (gale hyperkératosique et gale disséminée inflammatoire)
- La gale se manifeste par un prurit à recrudescence nocturne quasi-constant et le plus souvent par des lésions non spécifiques : lésions eczématiformes et de grattage, impétigo,
- La notion de contagion et de prurit dans l'entourage est un élément très évocateur du diagnostic,
- Le traitement d'épreuve à visée diagnostique doit être

évité : en effet, un prurit d'autre étiologie peut céder sous ce traitement et inversement, le prurit de la gale peut être long à disparaître,

- Les lésions spécifiques (sillons, vésicules perlées, papulo-nodules) ne sont pas constamment retrouvées,
- La topographie des symptômes aux espaces interdigitaux dorsaux des mains, à l'aréole mammaire, aux organes génitaux externes (papulo-nodules), aux fesses, aux coudes, aux zones axillaires antérieures, sans atteinte du dos et du visage, est évocatrice du diagnostic de gale commune,
- La topographie est d'aspect trompeur dans les gales profuses :

L'atteinte du dos est fréquente dans la gale disséminée inflammatoire

L'atteinte peut être généralisée dans la gale hyperkératosique avec prédominance des squames friables et parfois absence de prurit.

- La gale commune du nourrisson présente des spécificités cliniques :

L'éruption est le plus souvent vésiculo-pustuleuse, parfois papuleuse, prurigineuse prédominant aux extrémités mais pouvant être plus diffuse, le visage est habituellement épargné, une atteinte du cuir chevelu est possible,

Les sillons sont inconstants, mais des nodules inflammatoires et prurigineux, (nodules scabieux), prédominants aux aisselles, au bas du dos et aux organes génitaux ne sont pas exceptionnels, ils peuvent être la seule manifestation clinique et persister plusieurs semaines,

Le prurit en l'absence de lésion cutanée n'est pas un mode révélateur fréquent de la maladie,

Une surinfection cutanée (impétiginisation) est fréquente, peut majorer l'éruption pustuleuse et entraîner adénopathies et fièvre ,

Le retard diagnostique est source d'épidémie,

- La persistance d'un prurit dans les 8 à 15 jours après le traitement ne traduit pas forcément un échec, les causes pouvant être (5) :

- Une irritation cutanée par le traitement,
- Un eczéma de contact,
- Une acarophobie,

Autres causes de prurit masquées par la gale,  
 - Le diagnostic de gale est établi sur les éléments suivants :  
 Présence de lésion clinique évocatrice et/ou un examen parasitologique positif  
 En l'absence de prurit, l'examen parasitologique est nécessaire

**Considérant qu'en matière de traitement :**

- Il n'y a pas de guérison spontanée de la maladie,  
 Le traitement est justifié lorsque le diagnostic de gale est établi  
 - Il existe 2 types de traitements (4):  
 Le traitement per os : l'ivermectine en prise unique à la posologie de 200 µg / kg. La sécurité d'emploi n'a pas été établie chez les enfants de moins de 15 kg,  
 Les traitements locaux (en annexe) : Toutes les régions du corps doivent être traitées, y compris le cuir chevelu et le visage s'il y a un doute sur leur atteinte. Les traitements locaux peuvent être irritants, d'autant plus qu'ils sont répétés,

**Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France recommande devant un ou plusieurs cas de gale que ce soit la gale commune ou les gales profuses :**

**Au niveau individuel :**

**1. De traiter simultanément** le(s) sujet(s) parasité(s) et toute personne ayant eu un contact intime avec le(s) malade(s), selon les modalités de traitement suivantes (2-4, 7-9) :

- Pour la gale commune :  
 le traitement est réalisé à domicile ; quel que soit le traitement choisi, le CSHPF estime que dans l'état actuel des connaissances, 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 ,  
 - Pour les gales profuses :  
 Le malade doit être isolé (le plus souvent, lors d'une hospitalisation),  
 Le traitement per os est recommandé et un traitement local peut être associé au traitement per os,  
 La définition des sujets contacts à traiter devant être large dans le cas de gales profuses en raison de la très forte contagiosité,  
 - Un traitement antibiotique per os sera recommandé en cas d'impétiginisation,

**2. De traiter à nouveau :**

- Tous les sujets qui ont des signes cliniques spécifiques de gale et/ou un examen parasitologique positif, persistant 8 à 15 jours après le traitement (résistance, ré-infestation ou traitement insuffisant par incompréhension ou mauvaise observance)  
 - Dans les gales profuses une deuxième dose du traitement per os et/ou l'association à un traitement local peuvent être nécessaires pour obtenir la guérison,  
 - Traiter à nouveau n'est pas justifié en présence de nodules post scabieux qui peuvent persister plusieurs semaines après un traitement, en particulier chez le nourrisson, en l'absence d'autres signes de gale.

**Au niveau environnemental :**

- Les vêtements, les draps, les serviettes ...doivent être lavés, si possible en machine ;  
 - Une désinfection de l'environnement n'est pas indiquée dans le cas de gale commune,  
 - La décontamination des lieux de vie par un acaricide est à décider avec les autorités sanitaires dans le cas de gale profuse.

**Au niveau de la collectivité, (2-4) :**

- De mettre en place une stratégie de prise en charge de la collectivité par le médecin traitant, le responsable de l'établissement et les autorités sanitaires,  
 - En fonction du nombre et de la dissémination des cas dans la collectivité, de traiter au minimum toutes les personnes en contact avec le malade et au maximum toutes les personnes vivant, travaillant ou visitant l'institution et le cas échéant leur propre entourage, en privilégiant le traitement per os,  
 - De prévenir les familles des malades,  
 - Dans les collectivités d'enfants, une éviction est prévue jusqu'à 3 jours après le traitement pour une gale commune et jusqu'à négativation de l'examen parasitologique pour les gales profuses (10).

**Références bibliographiques :**

- 1- Ancelle T. la gale dans les établissements pour personnes âgées en France en 1996 Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 1997 ; 7 ; 27-9.
- 2- CCLIN Paris Nord. Lutte contre les ectoparasites et agents nuisibles en milieu hospitalier, guide de bonnes pratiques mars 2001 : 17-24.
- 3- CDC. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. MMWR 2002 ; 51 ; RR-6.
- 4- Chosidow O. Scabies and pediculosis Lancet 2000 ; 355 : 819-26.
- 5- Chosidow O, Bécherel PA. Traitement de la gale. Revue Prat 2001 ; 51 : 1281 – 2.
- 6- Meinking TL. Infestations Curr Probl Dermatol 1995 ; 11 : 80-118.
- 7- Anonyme. Reconnaître et traiter la gale en 2002. Rev Prescrire 2002 ; 22 ; 229 : 450-5.
- 8- Anonyme. Ivermectine, nouvelle indication : contre la gale, un traitement oral, efficace et d'emploi facile. Rev Prescrire 2002 ; 22 ; 229 : 405-9.
- 9- Walker CJA, Johnstone PW. Intervention for treating scabies. Cochrane review in the Cochrane Library Update Software, Oxford 2002, issue 2.
- 10- CSHPF. Guide des conduites à tenir en cas de maladies transmissibles dans une collectivité d'enfants. Séance du 14 mars 2003.

**Annexe**

**Cet avis ne peut être diffusé que dans son intégralité sans suppression ni ajout.**

## ANNEXE 10-1

### EXEMPLE DE FICHE " BESOINS EN PERSONNEL, ÉQUIPEMENT ET MATÉRIEL. PRISE EN CHARGE D'UNE ÉPIDÉMIE DE GALE "

#### **BESOINS EN PERSONNEL, EQUIPEMENT ET MATERIEL Prise en charge d'une épidémie de gale**

##### **OBJECTIF**

- Organiser la prise en charge
- Evaluer le personnel nécessaire à la mise en application d'une procédure de traitement de la gale sur l'ensemble des personnes et dans un laps de temps rapproché.
- Evaluer les besoins en matériel et équipement nécessaire
- S'assurer de la faisabilité de l'approvisionnement à partir du démarrage de la prise en charge
- Organiser l'approvisionnement journalier, le stockage et les circuits

##### **CONDUITE A TENIR**

La mise en application de la prise en charge demande une semaine de préparation minimum

##### **1 - ORGANISATION DES EQUIPES**

- Mettre en place des mesures d'isolement pour tous les patients.
- **Evaluer le personnel nécessaire en fonction du nombre de personnes à traiter et des moyens en douche, salle de bain, chariot-douche... disponibles pour réaliser :**
  - ⇒ Les douches préalables au traitement et l'application du traitement
    - auprès des patients présentant des lésions
    - auprès des patients contact sans lésion
    - environ 1 heure / patient (temps moyen)
      - 8 patients au chariot douche pour une équipe de deux agents sur une vacation de 8 h
      - 9 patients en douche simple pour un agent sur une vacation de 8 h
  - ⇒ le traitement de la literie et le change de linge, l'entretien et la désinfection de l'environnement des chambres et des locaux communs (1 heure par chambre pour 2 agents - temps moyen)
  - ⇒ les soins quotidiens et la prise en charge hôtelière habituels
  - ⇒ l'approvisionnement en matériel, produit, équipement et stockage
  - ⇒ le circuit d'élimination des déchets, de stockage du linge en désinfection, de transport du linge à laver
- **Organiser les équipes** (cf annexe 10-2) avec des missions précises.

- **Limiter les déplacements du personnel** entre le secteur isolé et le reste du service.
- **Organiser la protection du personnel** (gants, blouses...), douche à la fin de la vacation, changement systématique de tenue, entretien des chaussures de travail, entretien-désinfection des vestiaires.

## **2 - AUPRES DE LA PHARMACIE**

- ⇨ Evaluer les produits nécessaires au traitement :
  - Stromectol® comprimés selon prescription ➔ peser les patients
  - Savon liquide : ex : 1 flacon de 250 ml de savon doux pour trois patients
  - Ascabiol® 1/2 flacon par application; pinceaux 7 à 8 cm de large
  - A-PAR® : 1 bombe environ par chambre ou local à désinfecter (dans le cas des patients atteints)
- ⇨ Faire établir des ordonnances nominatives
  - Pour les patients : par le médecin
  - Pour le personnel : par le médecin du travail ou à défaut par un médecin du service (cf annexe 10-3)
- ⇨ Etablir des bons de commande exceptionnelle (cf annexe 10-4) à adresser au pharmacien
- ⇨ Prévoir de récupérer les produits en temps voulu.

## **3 - AUPRES DE LA BLANCHISSERIE**

- ⇨ Evaluer :
  - La quantité de blouses d'isolement nécessaires à la protection des agents et des familles
  - La literie des patients atteints à renouveler (cf annexe10- 5)
    - faire le bilan des matelas
    - faire le bilan des oreillers, traversins en mauvais état
    - faire le bilan de la nature des éléments de la literie personnelle aux patients ou des linges personnels à risque (édredon, oreiller plumes, linge non lavable, coussins, corsets...)
  - L'équipement préventif d'escarres
  - Le linge de lit nécessaire pour un changement complet :
    - 3 draps
    - 1 taie d'oreiller
    - 1 taie de traversin
    - 1 ou 2 couvertures
    - 1 couvre-lit
    - 1 housse de matelas éventuelle
  - Le linge de toilette nécessaire pour une douche :
    - 1 drap de bain
    - 1 serviette de toilette
- ⇨ Etablir des bons de commande exceptionnelle (cf annexe 10-6) à adresser au responsable de la blanchisserie

## **4 - AUPRES DU MAGASIN**

- ⇨ Evaluer le matériel nécessaire à l'application du traitement (cupules alu, sacs poubelles...)
- ⇨ Etablir des bons de commande exceptionnelle (cf annexe 10-7) à adresser au responsable du magasin
- ⇨ Prévoir la récupération du matériel en temps voulu.

## ANNEXE 10-2

### EXEMPLE DE FICHE " EPIDÉMIE DE GALE. ORGANISATION DES ÉQUIPES "

#### EPIDEMIE DE GALE ORGANISATION DES EQUIPES

SERVICES :

JOURS : J 0 - J 1 - J 7 - J 8  
DATES :

MATIN : 6 H 30 - 14 H 30		
ACTIONS	Nbre de personnes	Noms des agents
• Equipes douche et application du traitement		
• Equipes élimination du linge sale		
• Equipes réfection des lits		
• Equipes entretien - désinfection des chambres		
• Equipes entretien - désinfection des communs		
• Equipes soins quotidiens		
• Autres (animation des patients pendant le traitement de l'environnement ...)		

### SOIR : 14 H - 22 H

ACTIONS	Nbre de personnes	Noms des agents
• Equipes douche et application du traitement		
• Equipes élimination du linge sale		
• Equipes réfection des lits		
• Equipes entretien - désinfection des chambres		
• Equipes entretien - désinfection des communs		
• Equipes soins quotidiens		
• Autres (animation des patients pendant le traitement de l'environnement ...)		

## ANNEXE 10-3

### EXEMPLE DE FICHE DE RECENSEMENT DU PERSONNEL SOIGNANT À TRAITER

#### **ÉPIDÉMIE DE GALE - RECENSEMENT DES AGENTS À TRAITER - SERVICE :**

Recensement fait par : Nom :

Fonction :

Le :

Délivrance pharmacie	
Signature du médecin	
Prescription médicale	
Poids	
Signature de l'agent	
Traitement refusé	
A-Par nécessaire pour le domicile	
Ascabiol accepté	
Stromectol accepté	
Absent	
NOMS Prénoms	



## ANNEXE 10-5

### EXEMPLE DE FICHE " BILAN LITERIE "

#### **BILAN MATELAS, HOUSSES MATELAS, OREILLERS, TRAVERSINS**

	Numéros chambres	Noms des patients	Matelas	Housses matelas	Oreillers	Traversins
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						

## ANNEXE 10-6

### EXEMPLE DE FICHE " DEMANDE EXCEPTIONNELLE BLANCHISSERIE "

#### DEMANDE EXCEPTIONNELLE BLANCHISSERIE

SERVICES :

DATE :

LIVRAISON SOUHAITEE LE :

ARTICLES	NOMBRE
Blouses d'isolement	
Draps de bain	
Serviettes de toilette	
Chemises de malades	
Pyjamas vestes	
Pyjamas pantalons	
Draps	
Demi-draps ou alèses	
Couvertures	
Dessus de lit	
Taies d'oreillers	
Taies de traversins	
Oreillers	
Traversins	
Housses de matelas	
Matelas	
Sacs à linge contaminé	
Sacs à linge standard	

Signature :

## ANNEXE 10-7

### EXEMPLE DE FICHE " DEMANDE EXCEPTIONNELLE MAGASIN "

#### DEMANDE EXCEPTIONNELLE MAGASIN

SERVICES :

DATE :

LIVRAISON SOUHAITEE LE :

ARTICLES		NOMBRE
Crème à récurer		
Cupules		
Détergent - désinfectant	Dose	
	Flacon	
Essuie-mains	Pliés	
	Rouleaux	
Gants de toilette à usage unique		
Marqueurs indélébiles		
Masques		
Flacon de détergent-désinfectant		
Ruban adhésif large		
Sacs hydrosolubles à linge		
Sacs à déchets ménagers petits		
Sacs à déchets ménagers grands		
Sacs déchets jaunes pour DASRI*		
Sacs plastique transparent 50 L pour quarantaine du linge		
Surchaussures		
Tablier plastique à usage unique		
Chiffonnette à usage unique		

\* Déchets d'activité de soins à risques infectieux

Signature :