

Objectif : A partir d'un évènement qui est signalé par un établissement de santé, **apprendre et faire partager les connaissances** concernant les circonstances de survenue et la prise en charge de l'épisode par les différents partenaires, **pour éviter la survenue d'évènements comparables**. Une référence bibliographique illustre la démarche. Un retour d'expérience est un partage d'expérience : ce n'est ni un référentiel ni une conduite à tenir.

TITRE

Epidémies de gale en soins de longue durée

CCLIN SUD-OUEST

Période de survenue : 2011-2012

MOTS CLES

Sarcopte scabiei, épidémie, soins longue durée

POINT D'INFORMATION - Message clé

La maîtrise de l'émergence de cas groupés de gale repose sur un diagnostic précoce de la gale. Le diagnostic parasitologique n'est pas nécessaire pour diagnostiquer une gale (diagnostic principalement clinique). La réactivité de l'établissement à constituer une cellule de crise et à rechercher de façon exhaustive cas et contacts, mais également la bonne adhésion de l'ensemble des acteurs (professionnels, patients, familles, médecins traitant, pharmacie, direction, médecine du travail) aux mesures préconisées et une bonne organisation lors de la mise en place d'un traitement collectif sont des gages de réussite dans l'éviction de ce parasite.

CONTEXTE

✦ Description chronologique de l'évènement

Un cas de gale profuse est diagnostiqué de façon fortuite chez un patient de soins de longue durée. Le recensement des cas identifie alors 10 cas supplémentaires chez les patients et 26 cas parmi les professionnels. Une cellule de crise multidisciplinaire est constituée. Des précautions complémentaires spécifiques « gale » sont mises en place autour des cas et les patients, professionnels, visiteurs, intervenants extérieurs, médecins traitants, ARS et CCLIN sont informés de la situation. Les activités de groupe et les admissions sont suspendues temporairement et les services d'accueil sont prévenus lors des transferts. Un traitement collectif simultané des cas et contacts (patients, professionnels) est réalisé en association avec un traitement spécifique de l'environnement. Trois mois plus tard, de nouveaux cas de gale surviennent dans le service avec 10 patients et 2 professionnels touchés : un deuxième traitement collectif est réalisé avec traitement à J0 et J15 pour les cas. Une troisième épidémie touchant 3 patients et 1 professionnel survient sept mois plus tard. Les investigations à la recherche d'un réservoir potentiel notent que, entre la première et la deuxième épidémie, une patiente est restée symptomatique malgré plusieurs cures de traitement. L'épidémie s'arrête après réalisation d'un ultime traitement collectif.

✦ Investigations

Recensement actif des cas, des contacts et réservoirs potentiels ; étude descriptive et épidémiologique ; analyse des causes.

✦ Hypothèse et mécanisme de transmission

Mécanismes de transmission possibles : transmission directe par manuportage et contact proche prolongé. Hypothèse pour le premier épisode : transmission croisée à partir d'un patient index diagnostiqué tardivement ou à partir d'un professionnel. Hypothèses pour la survenue des 2 autres épisodes : réservoir chez une patiente, réintroduction de la gale dans le service via une source communautaire.

✦ Évènements similaires

En 2011, 10 % des signalements reçus dans le Sud-Ouest concernaient des cas groupés de gale. Les épidémies surviennent habituellement dans un contexte de diagnostic tardif chez le patient index. Les récurrences d'épidémie sont le plus souvent liées à un traitement collectif précipité, sans recensement exhaustif des cas et contacts (oubli de contacts dans le traitement qui s'avèrent finalement contaminés et réintroduisent le sarcopte dans le service), non prise du traitement par certains professionnels, non traitement des familles de certains cas.

✦ Circonstances et causes immédiates

- Patients déambulant, activités communes favorisant la transmission ;
- Diagnostic tardif pour certains patients, certains cas réfutés en l'absence d'identification du sarcopte sur les prélèvements (notamment le cas index), lésions atypiques diffuses pouvant porter à confusion ;
- Mise en place retardée des précautions spécifiques autour d'un cas suspect ;
- Arrêt des professionnels atteints : augmentation de la charge en soins et arrivée de nouveaux professionnels de remplacement sur une courte période ;
- Une patiente restée symptomatique malgré plusieurs traitements : suspicion d'interaction médicamenteuse entre son traitement au long cours par carbamazépine et le stromectol (suspicion de réduction de l'efficacité de ce dernier).

✦ Causes latentes

- Lors du premier épisode, diagnostic de gale seulement si examen parasitologique positif ;
- Prise en charge du traitement des familles des cas relevant du médecin traitant : dépendante de l'adhésion de ce dernier aux recommandations faites par l'établissement de santé ;
- Certains soignants en vacances lors du traitement collectif et de l'entretien du service : impossibilité d'ouvrir leur casier de vestiaire pour un traitement optimal du casier.

ACTIONS MENEES Mesures correctives engagées et informations faites aux patients et partenaires (établissement de santé : CLIN, CME, CHSCT ; Tutelles)

Facteurs	Observations	Axe d'amélioration
	Etablissement de santé	
Patients Tâches	Mise en place retardée des précautions spécifiques autour d'un cas suspect lors du premier épisode.	Sensibiliser et informer le personnel soignant sur les signes cliniques de gale et les mesures à prendre devant toute suspicion.
	Tableaux cliniques complexes avec lésions atypiques diffuses, certains cas réfutés en l'absence d'identification du sarcopte sur les prélèvements. Lors du premier épisode, diagnostic de gale évoqué seulement si examen parasitologique positif.	Prévoir l'expertise rapide d'un dermatologue et privilégier le diagnostic clinique.
	La majorité des professionnels touchés étaient des aides-soignants.	Sensibiliser les professionnels plus à risque de contamination à l'occasion des soins de nursing au bon respect des précautions standard et complémentaires
Protocole de soins Procédure. Organisation	Certains soignants en vacances, impossibilité d'ouvrir leur casier de vestiaire pour le traitement environnemental : spray vaporisé à travers la grille.	Organisation trouvée concernant l'accès aux vestiaires.
	Arrêt des professionnels atteints : augmentation de la charge en soins et arrivée de nouveaux professionnels de remplacement sur une courte période.	Réflexion sur le bénéfice-risque d'arrêter les professionnels atteints en période d'épidémie.
Patients	Patients déambulant avec activités communes favorisant la transmission. Une patiente restée symptomatique malgré plusieurs traitements : suspicion d'interaction médicamenteuse entre son traitement au long cours par carbamazépine et le stromectol (suspicion de réduction de l'efficacité de ce dernier).	Réflexion sur les éventuelles interactions médicamenteuses et traitement adapté le cas échéant.
Professionnels	Prise en charge du traitement des familles des cas relevant du médecin traitant et dépendant de l'adhésion de ce dernier aux recommandations faites par l'établissement de santé.	S'assurer que les professionnels atteints ont bien reçu l'information nécessaire pour la prise en charge de la famille.
	Coût du traitement de la famille et de l'environnement à la charge des professionnels atteints.	Prise en charge financière par l'établissement de la part non remboursée par la sécurité sociale.
Inter-région – National		
Interface CCLIN- ARLIN-établissement de santé	Aide du CCLIN et de l'ARLIN pour la stratégie et la réalisation d'une analyse approfondie des causes.	
ARS-établissement de santé-ARLIN	Participation à la réflexion concernant les hypothèses.	
HCSP	Saisi par le CCLIN en 2011. Nouvelles recommandations en attente pour 2012 concernant notamment les produits disponibles et la gestion des traitements.	

✘ Commentaires sur la prise en charge de l'évènement

Bonne acceptabilité des mesures par les professionnels de l'établissement, EOH investie, bonne communication de la cellule de crise. Mobilisation des autorités sanitaires. Travail pluridisciplinaire, dans le respect des missions de chaque acteur.

REFERENCES

- ✘ Recommandations concernant la gestion de la gale dans les établissements de soins et médico-sociaux. CCLIN Sud-Ouest 2004. http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin/cclinSudOuest/2004_gale_CCLIN.pdf
- ✘ Epidémie de gale communautaire, guide d'investigation et d'aide à la gestion, InVS 2008. http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/invs/2008_gale_InVS.pdf
- ✘ A venir : actualisation des recommandations HCSP 2012.