

Gestion du risque lors d'épidémies de gale

*l'exemple de la maison de retraite
du CH Oloron (Pyrénées atlantiques)*

Benoît HUC

Service d'Hygiène Hospitalière

CH d'Oloron Sainte-Marie

Benoit.huc@ch-pau.fr

JNI Bordeaux 2006

A travers l'analyse de cet événement on abordera



- **Les « risques » directs**
 - La maladie « gale »
 - Le traitement
 - Aspects psychologiques >>> Ambiance dans le personnel
- **Les « risques » indirects**
 - Liés à une augmentation des cas lorsque la prise en charge n'est pas correcte

La maison de retraite du C.H. d'Oloron

Age d'or

- **Site différent de celui de l'hôpital**
 - Géré par un cadre infirmier
- **Nombre de résidents : 107** (age moyen 85 ans)
- **Nombre de personnels : 61**
 - AS, AH : 47
 - IDE : 9
 - Animatrices : 2
 - Agents administratifs : 2
 - Médecin coordonnateur : 1
- **Intervenants extérieurs 34**
 - Médecins généralistes
 - Kinésithérapeutes
 - Pédicures

Contexte

début novembre

- **Début novembre** le médecin du travail informe le service d'hygiène hospitalière de cas de gale **parmi le personnel** depuis octobre 2005
- Le **7 novembre** le médecin de MR informe le service d'hygiène de cas gale (3) **parmi les résidents**
- Nombreux cas de gale sur la région Oloronnaise
 - Lycées
 - Autres maisons de retraite (3 déclarent avoir des cas de gale)

Les mesures immédiates

10 novembre

- Isolement « contact » des résidents atteints + traitement
 - Limiter au maximum les déplacements
 - Surblouse à u u manches longues pour les soins de contact
 - Gants à u u **Pour les soignants**
 - Traitement spécifique du linge et de la literie
 - Nettoyage et désinfection de la chambre
- Arrêt des activités collectives pour les résidents
- Arrêt des visites (ou visites avec surblouse et des gants)
- Pour les personnel atteints
 - arrêt travail et traitement

Constitution d'une cellule de crise

Le 17 novembre 2006

- **Devant**
 - L'inquiétude des salariés et du médecin du travail >>> nouveaux cas
 - L'apparition de nouveaux cas parmi les résidents
- **Constitution d'une cellule de crise**
 - Président de clin
 - Médecin de la MR
 - Médecin du travail
 - Directeur du CH Oloron
 - Pharmacien
 - Le service d'hygiène hospitalière (cadre et PH) >>> Coordination
 - Cadre de la maison de retraite
 - Directrice des soins
- **Nous sommes en présence d'une épidémie**
 - La DDASS est alertée le même jour

Décision de la cellule de crise

- **Réaliser un traitement d'envergure 22 novembre 2006**
 - De tous les résidents
 - De tous les personnels et leur entourage
 - De la maison retraite
 - Intervenants extérieurs
 - De traiter l'environnement
- **Réaliser une information à l'ensemble des personnels la veille de l'opération**
 - Qui traiter, Comment traiter ...
- **Réaliser une investigation de l'épidémie >>> CIRE**
(cellule inter-régionale d'épidémiologie)
 - Étude de cohorte rétrospective

Résultats de l'investigation

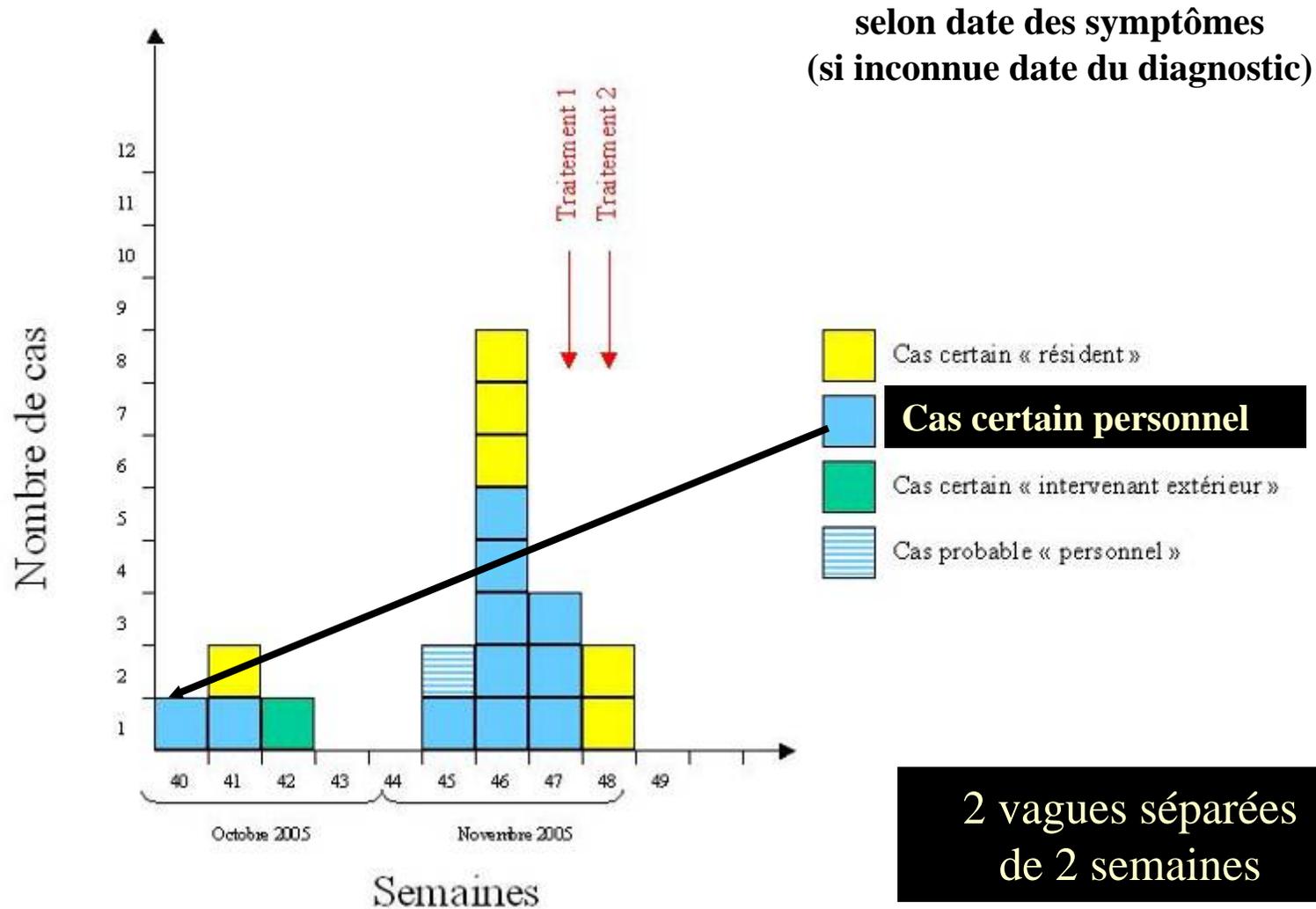
(début décembre)

- **11/107 cas certains chez les résidents**
- **11/61 cas certains chez les personnels**
- **1/ 34 cas chez un intervenant extérieur**
- **Taux d'attaque global de 14%**
 - **Résidents 10,4%**
 - **Professionnels 20%**

(30% Long séjours BEH 1997, 42 % Infect Control Hosp Epidmiol 2001 en courts séjours)

- **AS : 38%** (+ 3 cas probables)
- **AH : 25%**
- IDE : 0%
- Animatrice : 0%
- Agent administratif : 0%
- Médecin coordonnateur : 0%

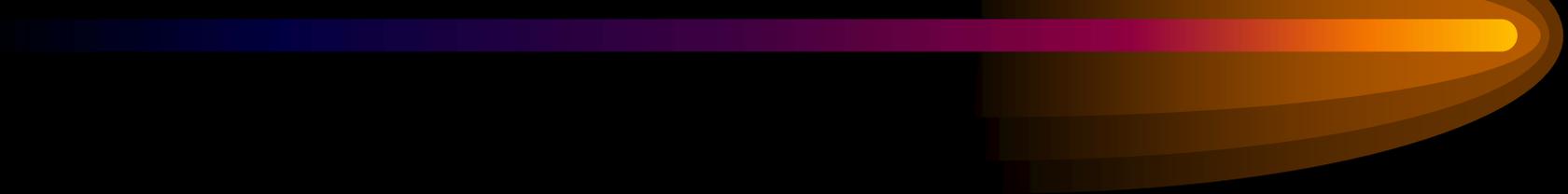
Courbe épidémique



Répartition géographique des cas

- **Regroupés sur le 1^{er} et 2^{ème} étage pour les résidents**
 - Chambres voisines (pour 9 cas /11)
- **Regroupés sur un vestiaire pour les personnels**
 - Tous les personnels atteints (11/64) utilisaient le même vestiaire (même local)
 - 5/11 d'entre eux travaillaient de nuit (AS)

Origine extérieure probable par les personnels

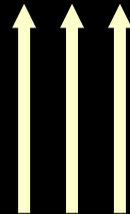


- 1er cas déclaré était une ASH
- Les cas des résidents sont apparus après
- Les déclarations des personnels ont été tardives d'après le médecin du travail
- Les personnels atteints travaillaient sur les zones géographiques où les cas ont été recensés
- Contexte de gale dans la ville

Nombreux cas parmi les AS et AH

Taux d'attaque élevés : 38% et 25%

Il semble que les personnels les plus touchés soient ceux ayant été en contact direct avec les cas



Le 1er cas parmi les résidents était **très dépendant**
et a beaucoup mobilisé les personnels de nuit
(placards côte à côte dans le vestiaire...)

Hypothèse : le 1er cas (personnel) aurait contaminé
un ou plusieurs résidents

Après les traitements

Précautions pendant 6 semaines

- **Pour les soignants**
 - Port d'une **surblouse** et de **gants** pour les soins de contact (toilette..) chez tous les résidents
- **Pour les visiteurs**
 - Visites limitées : filtrage par secrétaire
 - Affiche explicative du contexte d'épidémie

*Le diagnostic de gale est difficile
>>> risque de ne pas repérer l'épidémie*

- **Parmi le personnel**

- Si personne ne donne l'**alerte** : on peut passer à côté au début
- Rôle primordial du Médecin du travail
 - Lorsque les personnels vont facilement le consulter
 - A donné l'alerte au CLIN dans cette épidémie

- **Parmi les résidents**

1. **Ne pas repérer les cas est possible au début**
2. **Détecter les cas mais les traiter isolément**
 - Volontaire ou involontaire ?
 - Surtout si nombreux Médecins généralistes
 - Ne pas faire le lien avec le CLIN !

Risque lié au diagnostic difficile

- **Chez les résidents âgés**
 - Formes frustes
 - Maladie peu évocatrice
 - Établissement peu médicalisé
- **Chez les personnels >>> maladie « honteuse »**
 - Volonté de cacher la maladie chez certains
 - Le personnel est souvent à l'origine de la découverte de la présence de gale >> sentiment de culpabilité
- **Tenir compte d'une incubation de 3 semaines possible jusqu'à 6 semaines**

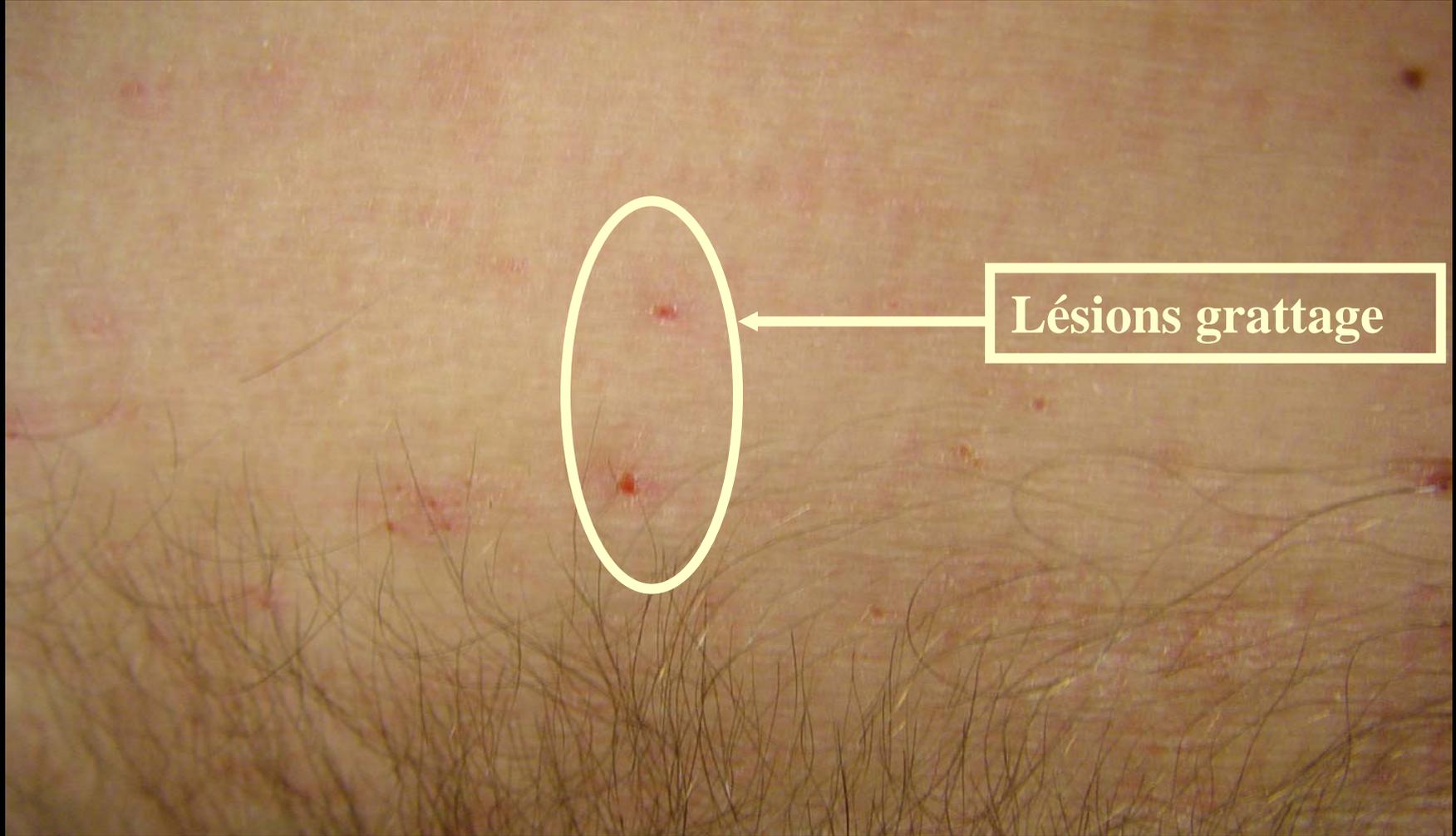
Diagnostic

- **Repose sur l'examen et l'interrogatoire du patient**
- **Certains aspects théoriques peuvent être pris en défaut**
 - Prurit nocturne >>> ça gratte aussi la journée !!!
 - Transmission la nuit >>> existe aussi la journée >>>> **liée à la promiscuité**
- **Chez la personne âgée**
 - Sillon pas toujours visible (surtout chez les gens « propres »)
 - Pas de sillons dans les espaces inter-digitaux
 - Mauvais état cutané >>> confusion possible avec eczéma
- **Chez les personnels**
 - Bouton de grattage parfois isolé
 - En relation avec les zones « contact » lors des soins aux résidents
 - Poignets , avant bras, abdomen

Vésicules perlées

**Parfois effondrées par
le grattage**





Lésions grattage

Lésions de grattage



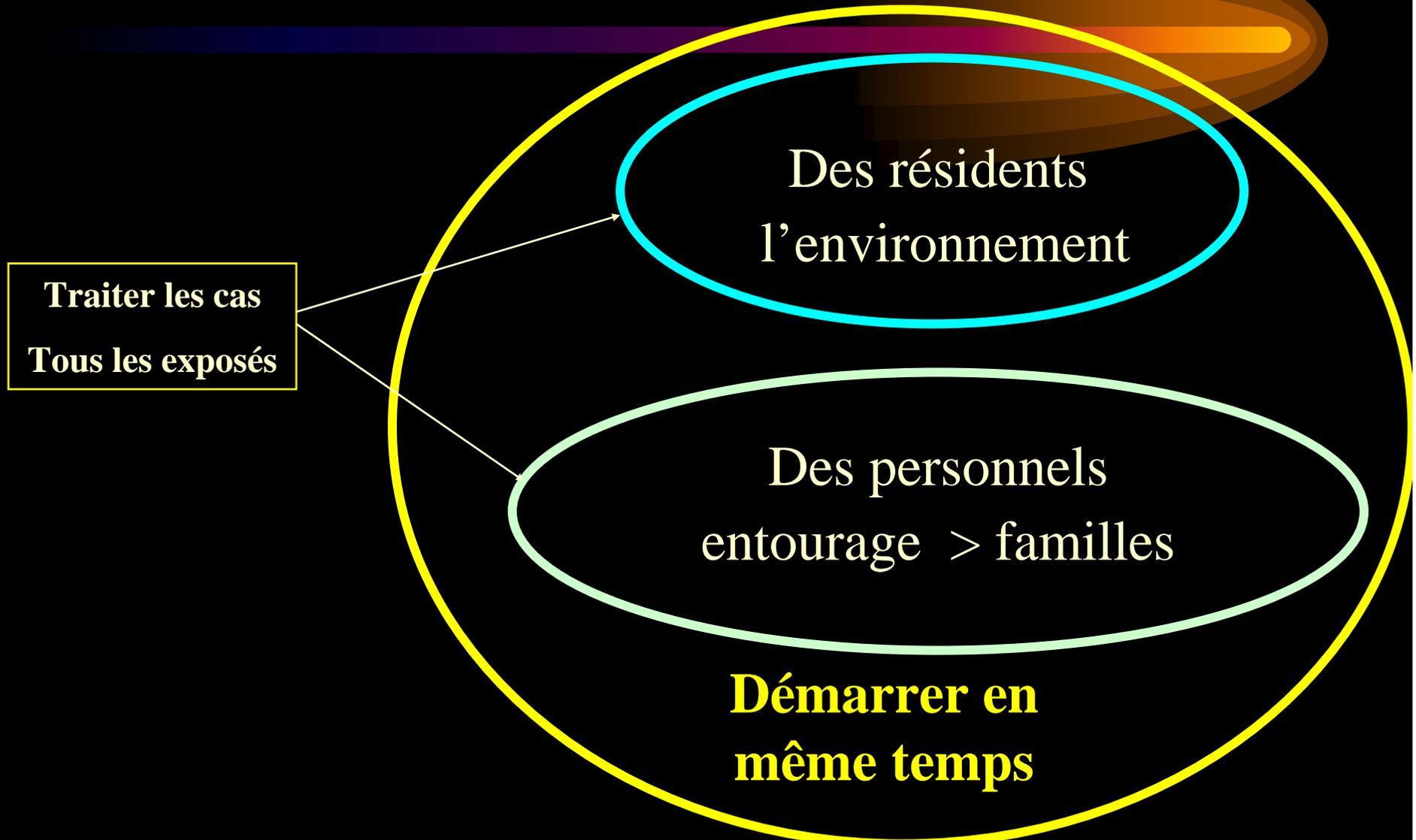
Vésicules effondrées



La prise en charge des épidémies de gale

- **Penser que les épidémies de gales sont**
 - Fréquentes en maison de retraite
(étude DU gériatrie ; 1998 >> 1450 MR >> 6 % confrontées gale dans les 6 derniers mois)
 - Souvent liés
 - A la découverte d'un cas parmi le personnel
 - A un patient présentant une gale croûteuse
- **Prise en charge nécessaire**
 - Une bonne organisation
 - D'être globale (patients + personnels +environnement)
 - Une bonne communication

*Risque d'extension de l'épidémie
si le traitement n'est pas global*



Problèmes liés au traitement par ivermectine

- **Traitement assez simple**
 - AMM 2001, remboursé par la sécurité sociale, agréé pour les collectivités
 - Recommandé en situation d'épidémie par le CSPHF 2003
- **Rares effets secondaires : exacerbation du prurit**
 - Peut persister plusieurs jours même une semaine
- **CI chez la femmes enceintes, enfant de – de 15 kg**
- **Les problèmes recensés**
 - **Le refus du personnel** >> scabicide de contact
 - **La mauvaise observance**
 - Bonne dose ?
 - Prise d'une double cure ?
 - **Tenir compte du délai d'action de 24 H**
 - **Action sur les parasites adultes >>> qu'en est il sur les œufs ?**

En pratique traitement oral

Ivermectine - Stromectol[®] J0 +J8

- **J1 (1ère cure)**
 - Dose : 200 microg/kg >>> 4cpés pour 60 kg
 - une seule prise (à jeun)
- **J2**
 - Réaliser une douche
 - Linge propre et literie propre
 - Nettoyage et désinfection de l'environnement
- **J8 (2ème cure)**
 - Réaliser une douche
 - Linge propre et literie propre

Les problèmes liés au traitement scabicide de contact type ascabiol®

- Le refus >> rare
- La mauvaise observance
 - Double badigeonnage ?
 - Tout le corps ?
- Prurit secondaire au traitement
 - peut persister quelques jours
- Précautions d'utilisation
 - chez la femme enceinte et enfant de – 2 ans
 - laisser en contact 12 H au lieu de 24H

Traitement local

Benzoate de benzyle -Ascabiol® J1 + J2

- J1
 - Douche chaude + savon doux
 - 1ère Application **ascabiol®** au pinceau sur tout le corps
 - éviter visage et cuir chevelu sauf si gale profuse
 - 2ème application **ascabiol®** : laisser en contact 24 Heures
 - Mettre du linge propre et prévoir de la literie propre
 - Nettoyage et désinfection de l'environnement
- J2
 - 2ème application **ascabiol®**

Risque selon la catégorie professionnelle

- **Certaines catégories sont plus exposées**
 - les personnels les plus au contact des patients
 - AS, AH >> taux d'attaque élevés 30 %
 - 50 % >>> O. Obasanjo; Infect Control Hosp Epidemiol 2001 ; 22, 1 : 13-8
 - Doivent être examinés avec attention dès qu'il y a une alerte

Risque lié à l'environnement

- **Durée de vie du sarcopte en dehors de l'hôte 1 à 3 jours**
- **Penser que le linge peut être un vecteur**
 - Laver à 60°C si possible
 - Si non traiter avec acaricide
 - Vêtements portés dans les 3 jours
- **Ne pas oublier le mobilier en tissu**
- **Utiliser les acaricides avec précaution**
 - A-PAR®, ACARDUST®
 - Faire porter un matériel de protection respiratoire A2P3
- **Les surfaces inertes sont rarement en cause pour les gales communes**
 - Réaliser un bionettoyage classique
- **Dans les gales croûteuses (norvégiennes)..**
 - Réaliser une desinfestation de l'environnement avec un acaricide

Risque lié au manque de préparation

- **Le traitement n'est pas global mais en plusieurs phases**
 - Manque de traitement
 - Manque de matériel (surblouses, des gants)
 - Manque de personnel
- **Coordonnateur a un rôle primordial**
 - Toutes les personnes sont importantes dans la cellule de crise
 - Le pharmacien >>> commande les traitements
 - Le cadre du service s'assure d'avoir le matériel
 - La direction pour le renfort en personnel
- Lancer l'opération pour le traitement des résidents et des personnels le même jour

Risque lié à une mauvaise communication

- **Penser à réaliser une information**
 - À l'ensemble des personnels (intervenants extérieurs compris)
 - Reprenant les points principaux
 - **Qu'est ce que la gale**
 - **Pourquoi il s'agit d'une épidémie**
 - **Comment se traiter**
 - **Comment traiter sa famille et son domicile**
 - **Qui va fournir les traitements (le Centre Hospitalier) :**
 - **ordonnance du médecin du travail, ou d'un médecin généraliste**
 - **Qui va fournir les produits pour l'environnement (le Centre Hospitalier)**
 - **Prévoir des arrêts de travail pour les cas (médecin du travail)**
 - **Comment traiter nos résidents et l'environnement**
 - **Quel sera le déroulement...**
 - **Quelles précautions pour les visiteurs**

Maladie professionnelle

- **Maladie liée à des agents infectieux contractée en milieu d'hospitalisation**
 - **Extrait du Tableau 76**
- **Établir des arrêts de travail pour les personnels**
 - **Traitement à la maison**
- **>>> Prise en charge des traitements par l'institution**
- **Aucun personnel ne doit revenir travailler s'il n'a pas pris son traitement complet !!**

Dimension psychologique

Éviter les risques de sous déclaration

- Mettre les personnels en confiance
 - Tout le monde doit dire s'il se gratte ou pas
- Dédramatiser
 - Gale = maladie curable
 - Contexte = épidémique
 - A été attrapée au contact des malades
 - Pas avec le nouveau « petit copain »

Risque lié à l'entourage des personnels

- **Penser au traitement des familles des personnels**
 - Personnes habitant au même domicile
- **Constitue un réservoir**
- **Écrire une fiche indiquant**
 - comment se traiter
 - comment traiter l'environnement

Danger du traitement d'envergure

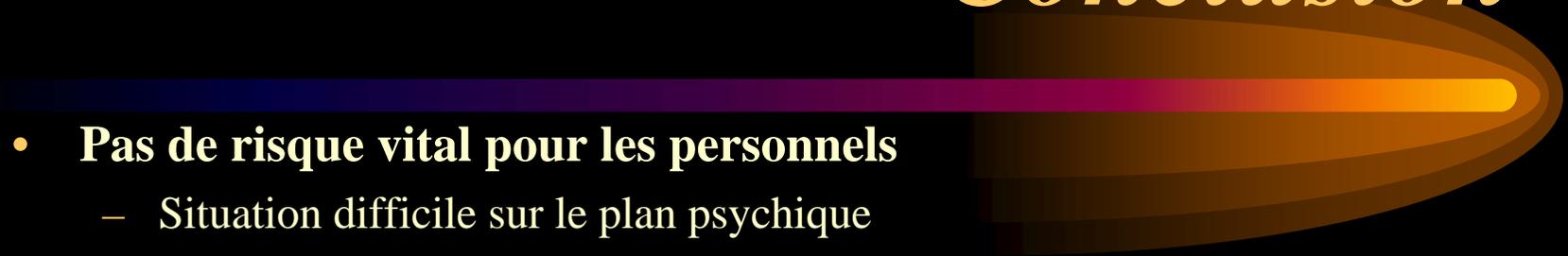
- Traiter par excès
 - attention aux effets secondaires même faibles
- Coût financier important
- Beaucoup de critiques
- Presse locale avertie !
- Que les personnels signalent le moindre prurit
 - Peur d'une nouvelle épidémie

Réaliser l'analyse épidémiologique



- **Décrire l'épidémie**
 - Nombre de cas
 - Trouver l'origine
- **Restitution aux équipes**

Conclusion



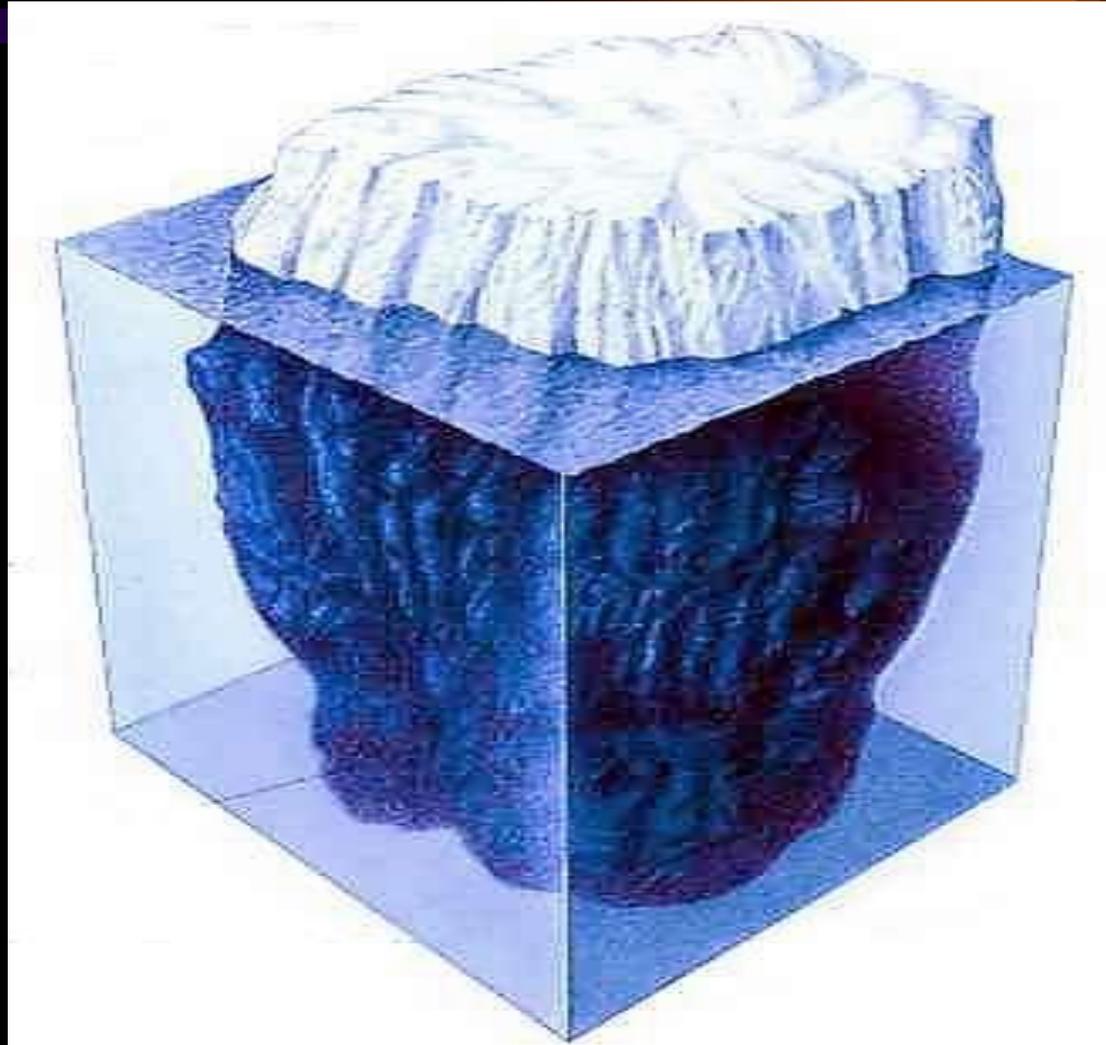
- **Pas de risque vital pour les personnels**
 - Situation difficile sur le plan psychique
 - Pression des personnels et de leur famille
- **Diagnostic difficile**
 - quand on l'évoque il est souvent trop tard >>> épidémie
 - Le plus souvent le premier diagnostic est réalisé chez un personnel >>> sentiments de honte et de culpabilité
- **Importance en situation d'épidémie**
 - d'un traitement global
 - d'une bonne organisation
 - d'une bonne communication
- **Risque que la situation s'éternise**
 - 1, 2 ans

Le risque de l'attitude type Titanic : ça va passer

>>> ne tenir compte que de la partie immergée



**Penser que la plus grosse partie n'est pas visible :
>>> incubation, non-dits...**



Remerciements



CIRE aquitaine
Cellule Inter- Régionale d'Épidémiologie

Christine Castor
Florence Perret
Laurent Filleul

Références

- **Recommandations concernant la gestion de la gale dans les établissements de soins**
CCLIN Sud-Ouest 2004
- **Avis du CSPHF Conduite à tenir en cas de gale**
juin 2003
- **Scabies : diagnosis and traitement**
G. Johnston ; BMJ 2005 ; 331 : 619-22
- **Traitement de la gale par l'ivermectine**
P. Giudice ; La lettre de l'infectiologue 2003 ; 4 : 134-6
- **An outbreak of scabies in a teaching hospital : lessons learned**
O. Obasanjo; Infect Control Hosp Epidemiol 2001 ; 22, 1 : 13-8
- **Scabies**
O. Chosidow ; N Engl J Med 2006 ; 354 : 1718-27