

**Université de POITIERS**

**Faculté de Médecine et de Pharmacie**

**ANNEE : 2015**

**Thèse n°**

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
(arrêté du 17 juillet 1987)

Présentée et soutenue publiquement  
Le 07 décembre 2015 à POITIERS  
Par Mademoiselle PICOT Clémence  
22/04/1991

La gale dans les EHPAD : enquête auprès de trois  
établissements de Charente

Composition du jury :

Président : Madame PAIN Stéphanie

Membre : Monsieur DELAGE Julien

Directeur de thèse : Madame IMBERT Christine



**PHARMACIE**

**Professeurs**

- CARATO Pascal, Chimie Thérapeutique
- COUET William, Pharmacie Clinique
- FAUCONNEAU Bernard, Toxicologie
- GUILLARD Jérôme, Pharmaco chimie
- IMBERT Christine, Parasitologie
- MARCHAND Sandrine, Pharmacocinétique-
- OLIVIER Jean Christophe, Galénique
- PAGE Guylène, Biologie Cellulaire
- RABOUAN Sylvie, Chimie Physique, Chimie Analytique
- SARROUILHE Denis, Physiologie
- SEGUIN François, Biophysique, Biomathématiques

**Maîtres de Conférences**

- BARRA Anne, Immunologie-Hématologie
- BARRIER Laurence, Biochimie
- BODET Charles, Bactériologie
- BON Delphine, Biophysique
- BRILLAULT Julien, Pharmacologie
- CHARVET Caroline, Physiologie
- DEBORDE Marie, Sciences Physico-Chimiques
- DEJEAN Catherine, Pharmacologie
- DELAGE Jacques, Biomathématiques, Biophysique
- DUPUIS Antoine, Pharmacie Clinique
- FAVOT Laure, Biologie Cellulaire et Moléculaire
- GIRARDOT Marion, pharmacognosie, botanique, biodiversité végétale
- GREGOIRE Nicolas, Pharmacologie
- GRIGNON Claire, PH
- HUSSAIN Didja, Pharmacie Galénique
- INGRAND Sabrina, Toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile Pharmaco chimie

- PAIN Stéphanie, Toxicologie
- RAGOT Stéphanie, Santé Publique
- RIOUX BILAN Agnès, Biochimie
- TEWES Frédéric, Chimie et Pharmaco chimie
- THEVENOT Sarah, Hygiène et Santé publique
- THOREAU Vincent, Biologie Cellulaire
- WAHL Anne, Pharmaco chimie, Produits naturels

**PAST - Maître de Conférences Associé**

- DELOFFRE Clément, Pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, Pharmacien

**Professeur 2<sup>nd</sup> degré**

- DEBAIL Didier

**Maître de Langue - Anglais**

- JORDAN Steven

**Poste d'ATER**

- COSTA Damien

**Poste de Moniteur**

- VERITE Julie

# Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier Madame Christine Imbert pour avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre patience, vos conseils avisés et votre relecture attentive.

Merci à Madame Stéphanie Pain d'avoir bien voulu présider le jury et à Monsieur Julien Delage d'en être membre.

Un grand merci à Madame Isabelle Delbernet, Monsieur Sébastien Mannalin et Monsieur Marc Picot de m'avoir laissé mener cette étude au sein de leur établissement. Merci également au Docteur Henry Cohen et à Mme Caroline Pouvreau pour leur aide lors de la diffusion du questionnaire, et aux personnels des trois EHPAD pour leur participation à l'enquête.

# Sommaire

Remerciements.....	2
Liste Abréviations.....	7
Introduction.....	8
Chapitre 1 : La gale humaine.....	9
1. <i>Sarcoptes scabiei</i> : ectoparasite responsable de la gale.....	9
1.1. Position taxonomique (1) (2).....	9
1.2. Description du parasite (3) (4) (5) (6).....	9
1.2.1. Description générale.....	9
1.2.2. La femelle.....	10
1.2.3. Le mâle.....	10
1.2.4. Les œufs.....	11
1.3. Cycle évolutif.....	11
2. La gale en tant que pathologie.....	12
2.1. Epidémiologie (7)(8)(9)(10)(11).....	12
2.2. Différentes formes cliniques (12)(13)(14)(15)(16)(17).....	13
2.2.1. La gale commune de l'adulte.....	13
a) Lésions spécifiques.....	13
b) Lésions non spécifiques (18).....	14
2.2.2. Les gales profuses (19)(20)(21).....	14
a) La gale hyperkératosique ou gale norvégienne.....	14
b) La gale disséminée inflammatoire.....	14
2.2.3. La gale du nourrisson(22).....	15
2.2.4. La gale du sujet âgé en collectivité.....	15
2.3. Diagnostic (23)(12)(24)(25)(26)(27).....	16
2.3.1. Le prélèvement.....	16
2.3.2. L'examen (28).....	16
3. Prise en charge de la gale.....	17

3.1	Traitements disponibles en France(13)(27)(29)(30)(31) .....	17
3.1.1	Traitement local.....	17
a)	ASCABIOL®(32)(33) .....	17
b)	SPREGAL® (34)(35)(36) .....	18
c)	TOPISCAB 5% (37)(38)(39) .....	19
3.1.2	Traitement oral : STROMECTOL® (40)(41)(30).....	20
a)	Mode d'action.....	21
b)	Recommandations de prise.....	21
c)	Précautions d'emploi .....	21
d)	Effets indésirables.....	21
3.1.3	Le traitement des gales profuses .....	21
3.1.4	Approche thérapeutique : synthèse .....	22
3.2	Prévention (42)(43).....	22
3.3	Rupture de stock (44)(45)(46)(47).....	23
Chapitre 2 : Gale et EHPAD.....		25
1	Définition et fonctionnement d'un EHPAD .....	25
1.1	Qu'est ce qu'un EHPAD ?(48)(49) .....	25
1.2	Aspects juridiques et réglementaires(50)(51)(52) .....	25
1.3	Les soins en EHPAD(53)(54)(55)(56).....	26
2	Les EHPAD en Poitou-Charentes .....	27
2.1	Aperçu des EHPAD de Poitou-Charentes(57)(58) .....	27
2.2	Zoom sur les EHPAD de Charente(57) (59)(60).....	27
2.3	Recommandations sanitaires en Poitou-Charentes(61)(62)(63).....	28
3	Prise en charge de la gale en EHPAD .....	28
3.1	Mesures de prévention(64)(65)(66)(67).....	29
3.2	Traitement des cas de gale avérés (68)(69)(64)(70) .....	29
3.2.1	Traitement des résidents .....	29
3.2.2	Traitement du linge et de l'environnement .....	30
3.3	Recommandations supplémentaires en cas d'épidémie.....	30
Chapitre 3 : Etude dans des EHPAD de Charente .....		31

1	Objectif de l'étude(71)	31
2	Matériel et méthodes	31
2.1	Les EHPAD	31
2.1.1	Présentation des EHPAD(72)	31
2.1.2	Organisation des EHPAD participant	32
2.1.3	Présentation des établissements : synthèse	34
2.2	Le questionnaire	35
2.2.1	Mise en place du questionnaire	35
2.2.2	Le questionnaire soignant (Annexe 3)	36
2.2.3	Le questionnaire non soignant (Annexe 4)	36
2.2.4	Diffusion et recueil du questionnaire	37
3	Résultats et Discussion	38
3.1	Nombre de répondant	38
3.1.1	Nombre de répondant par établissement	38
3.1.2	Nombre de répondant par profession	39
a)	Soignants	39
b)	Non soignants	39
3.2	Questionnaire soignant	40
3.2.1	Questions générales sur la gale	40
a)	Type d'affection	40
b)	Questions épidémiologiques	42
c)	L'agent responsable de la gale	43
d)	Transmission de la gale	47
3.2.2	Aspect clinique et traitement de la gale	51
a)	Symptômes de la gale	51
b)	Diagnostic et traitement de la gale	53
3.3	Questionnaire non soignant	59
3.3.1	Questions générales sur la gale	59
a)	Type d'affection	59
b)	Questions épidémiologiques	60

c)	Agent responsable de la gale .....	61
d)	Transmission .....	62
3.3.2	Aspect clinique de la gale .....	66
a)	Symptômes .....	66
b)	Diagnostic.....	67
c)	Traitement de l'environnement .....	68
3.4	Prévention d'une épidémie de gale dans l'EHPAD.....	69
3.4.1	Expérience professionnelle.....	69
3.4.2	Procédures dans les établissements.....	71
3.4.3	Connaissance des recommandations officielles.....	74
3.5	Prévention des infections liées aux soins.....	79
3.5.1	Hygiène des mains.....	79
3.5.2	Le port de gant .....	81
	Conclusion.....	82
	Bibliographie.....	87
	Table des illustrations.....	92
	Liste des figures.....	92
	Liste des tableaux.....	93
	Annexes .....	95
	ANNEXE 1 : Fiche pratique EHPAD du CCLIN Sud-ouest : précautions standard....	95
	ANNEXE 2 : Fiche pratique EHPAD du CCLIN Sud-Ouest : précautions contact .....	97
	ANNEXE 3 : Questionnaire destiné aux personnels soignants.....	101
	ANNEXE 4 : Questionnaire destiné aux personnels non soignants .....	107
	Résumé.....	113

# Liste Abréviations

AGGIR = Autonomie gérontologie groupe Iso-ressource

AMM = Autorisation de mise sur le marché

ANOFEL = Association française des enseignants de parasitologie et mycologie médicale

ANESM = Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ANSM = Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ARS = Agence régionale de santé

AS/AMP = Aide soignante / Aide médico-psychologique

CCAS = Centre communal d'action sociale

CCLIN = Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales

CODERPA = Comité Départemental des retraités et des personnes âgées

DASRI = Déchet de soins à risque infectieux

DDASS = Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (remplacée par ARS)

DRASS = Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (remplacée par ARS)

EHPAD = Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GIR = Groupe Iso-Ressources Evaluation du niveau de dépendance

GMP = GIR moyen pondéré

HAS = Haute autorité de santé

IDE = Infirmière diplômée d'état

INRS = Institut national de recherche et de sécurité

InVS = Institut de veille sanitaire

PATHOS = Système d'information sur les niveaux de soins nécessaires par résident

PMP = Pathos moyen pondéré

# Introduction

La gale, aussi appelée scabiose est une affection dermatologique connue depuis l'Antiquité. Cette pathologie est une ectoparasitose due à un acarien microscopique, le sarcopte de la gale, dont le nom latin est *Sarcoptes scabiei var hominis*.

Le plus souvent bénigne, la gale est une maladie contagieuse présente partout dans le monde. Elle peut toucher des personnes de tous âges et de toutes origines. Apparaissant souvent sous forme de cas sporadiques ou de petites épidémies, on estime le nombre de cas par an dans le monde à 300 millions.

En France, son incidence est assez mal connue. Elle survient le plus souvent sous forme d'épidémies dans les collectivités telles que les écoles, les prisons et les maisons de retraite où la promiscuité induit des contacts plus fréquents entre les personnes et un risque de propagation des maladies accru.

Les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), prenant en charge des personnes fragiles de par leur âge et leur état de santé, avec souvent un état de dépendance marqué, sont un lieu où le risque de contagion est donc potentiellement élevé. Une attention particulière doit être portée à tout problème infectieux. Dans ce contexte, la gale peut être une réelle préoccupation, un cas isolé pouvant se transformer rapidement en véritable épidémie.

La prévention étant le meilleur moyen d'éviter la transmission des maladies contagieuses, de nombreuses recommandations sont émises par les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales. Elles ont pour but d'aider les établissements à limiter les risques d'infection et de propagation.

La prévention passant également par la formation et la compréhension des pathologies, ce travail a pour but d'étudier au sein des personnels des EHPAD, l'état des connaissances sur cette maladie ainsi que sur les recommandations officielles. Il a donc été décidé de réaliser une enquête auprès d'EHPAD dans le département de la Charente.

Dans un premier chapitre, la gale sera présentée : les caractéristiques du parasite, les différentes formes cliniques et la prise en charge. Nous aborderons ensuite l'organisation des EHPAD, et la mise en place des soins au sein des structures. Enfin, dans une troisième partie, seront exposés l'élaboration et la mise en œuvre de l'enquête et les résultats obtenus.

# Chapitre 1 : La gale humaine

La gale ou scabiose est une pathologie dermatologique provoquée par un ectoparasite le sarcopte de la gale ou *Sarcoptes scabiei*. Dans ce chapitre, nous présenterons tout d'abord le parasite : position taxonomique, description, cycle évolutif. Puis nous décrirons la gale en tant que pathologie humaine, son épidémiologie, les différentes formes cliniques et son diagnostic. Enfin, dans une troisième partie, nous évoquerons sa prise en charge.

## 1. *Sarcoptes scabiei* : ectoparasite responsable de la gale

Un ectoparasite est un parasite qui vit à la surface du corps ou en sous cutané.

### 1.1. Position taxonomique (1) (2)

L'agent étiologique de la gale est à *Sarcoptes scabiei var hominis*. Sa position systématique est la suivante :

- Règne : animal
- Embranchement : Arthropodes
- Sous-embranchement : Chélicérates
- Classe : Arachnides
- Ordre : Acariens
- Sous-ordre : Acaridés
- Famille : Sarcoptidés
- Genre : *Sarcoptes*
- Espèce : *scabiei*
- Variété : *hominis*

La variété *hominis* est la seule qui est spécifique de l'Homme. Il existe d'autres variétés telles que la variété *canis* chez le chien qui est potentiellement transmissible à l'Homme mais de façon temporaire.

### 1.2. Description du parasite (3) (4) (5) (6)

#### 1.2.1. Description générale

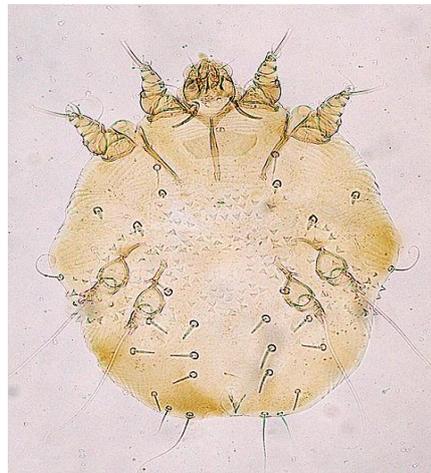
Le sarcopte a une forme globuleuse et une couleur grise ou brune (Figure 1). Ses téguments sont plissés. Il possède 4 paires de pattes qui sont courtes et articulées.

Les deux paires de pattes antérieures sont dirigées vers l'avant. Elles se terminent par des ambulacres. Ces sont des ventouses qui permettent au parasite de se fixer sur l'hôte.

Les pattes postérieures, orientées vers l'arrière, sont différentes chez le mâle et chez la femelle.

Tous les ornements du sarcopte (ornements tégumentaires et ceux des pattes) sont orientés vers l'arrière. Cela empêche l'acararien de rebrousser chemin, il doit donc avancer constamment dans la galerie creusée dans l'épiderme de l'hôte.

Les pattes antérieures encadrent le rostre qui est l'appareil buccal du parasite. Ce rostre ou gnathosoma est constitué de deux pédipalpes, qui sont des organes sensoriels, et de deux chélicères. Les chélicères sont des stylets creux formant une pince qui permettent au parasite de se nourrir des cellules kératinocytaires.



**Figure 1 : Sarcopte de la gale (By Alan R Walker)**  
(<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0>)

### 1.2.2 La femelle

La femelle mesure environ 350  $\mu\text{m}$  de long sur 300  $\mu\text{m}$  de large, elle ressemble à un gros point blanc à l'œil nu. Elle est plus grande que le mâle. Ses pattes postérieures se terminent par des soies longues et fines.

La femelle est cytophage, elle se nourrit des cellules de la couche cornée de l'épiderme.

### 1.2.3 Le mâle

Le mâle est plus petit que la femelle, il mesure environ 200  $\mu\text{m}$  de long sur 170  $\mu\text{m}$  de large. Sa troisième paire de pattes se termine par des soies comme chez la femelle mais la quatrième paire se termine par des ambulacres.

Le mâle vit dans les galeries creusées par la femelle ou dans les débris épidermiques.

### 1.2.4 Les œufs

La reproduction du sarcopte de la gale est sexuée. L'accouplement se produit à la surface de la peau. Le mâle meurt après l'accouplement. Une fois fécondée, la femelle creuse une galerie dans l'épiderme de l'hôte dans laquelle elle pond 1 à 2 œuf(s) par jour tout en s'enfonçant (Figures 2 et 3). Sa durée de vie est d'un mois environ.

Les œufs mesurent environ 150 sur 100µm. Ils éclosent au bout de quelques jours.



Figure 2 : Œufs de *Sarcoptes scabiei* (Photo A.Izri)

[<http://umvf.univ-nantes.fr/parasitologie/enseignement/gale/site/html/2.html>]

### 1.3 Cycle évolutif

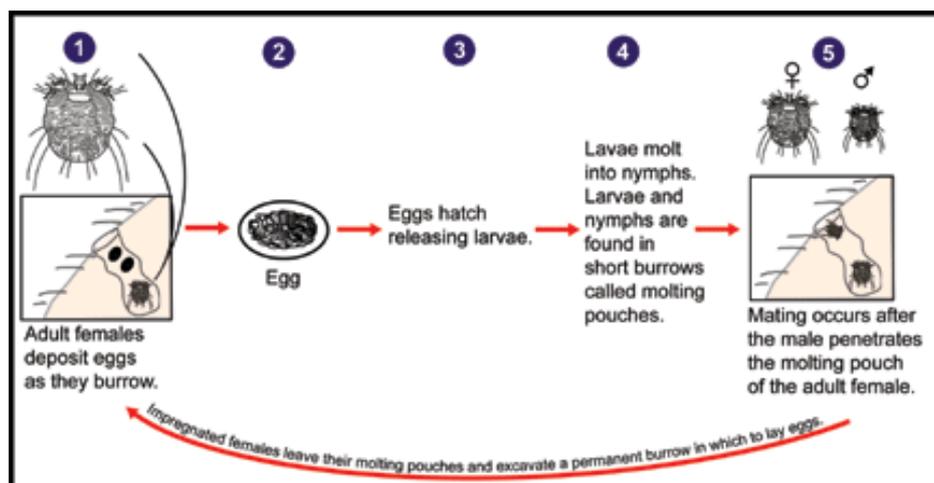


Figure 3 : Cycle évolutif de *Sarcoptes scabiei*

[<http://www.cdc.gov/dpdx/scabies/>]

La femelle pond les œufs dans la galerie creusée dans l'épiderme. Au bout de 3 à 4 jours, les œufs éclosent donnant des larves hexapodes qui rejoignent la surface de

la peau à travers le plafond de la galerie. Elles grossissent et subissent plusieurs mues successives jusqu'à donner des nymphes octopodes. La transformation des larves en nymphe dure une dizaine de jours.

Environ 15 jours après l'éclosion, les nymphes deviendront des adultes des deux sexes qui pourront à nouveau se reproduire pour recommencer un nouveau cycle sur le même hôte ou sur un hôte différent. Il se passe environ trois semaines entre la ponte de l'œuf et l'apparition d'un nouvel acarien adulte, un sujet devient donc contaminant environ trois semaines après avoir été lui-même contaminé.

## **2 La gale en tant que pathologie**

### **2.1 Epidémiologie (7)(8)(9)(10)(11)**

La transmission est strictement interhumaine. Elle est due le plus souvent à un contact cutané direct, ou plus rarement de façon indirecte, par l'intermédiaire d'objets, du linge ou de la literie. Dans l'environnement, le sarcopte reste infestant pendant 24 à 48 heures. C'est une maladie contagieuse. Le taux de transmission est peu élevé, sauf dans certaines circonstances, en cas de promiscuité et de précarité.

La gale touche environ 300 millions de personnes dans le monde. Elle peut toucher tous types de personnes mais certains facteurs peuvent favoriser son apparition : l'âge, la promiscuité, l'état de santé. C'est pourquoi elle est plus fréquente chez les personnes âgées en maison de retraite.

Il y a une recrudescence de la gale en hiver.

En France, il n'existe pas de système de surveillance spécifique de la gale, mais des enquêtes menées par l'InVS entre 2008 et 2010 suggèrent une recrudescence de la gale ces dernières années. Ces enquêtes montrent une augmentation de la déclaration des cas de gale auprès des DDASS, et une augmentation des ventes de scabicides. Grâce à l'ensemble des données, on estime l'incidence de la gale en France à 328 cas pour 100 000 personnes par an.

Toutefois, l'incidence de la gale en France peut difficilement être connue car les cas isolés ou familiaux ne sont qu'exceptionnellement déclarés aux autorités de santé publique. De plus, la vente de scabicides ne reflète pas exactement le nombre de patients, car certains, comme l'ivermectine, possèdent d'autres indications que la gale.

## 2.2 Différentes formes cliniques (12)(13)(14)(15)(16)(17)

### 2.2.1 La gale commune de l'adulte

#### a) Lésions spécifiques

Les lésions spécifiques sont les lésions typiques de la pathologie. Dans le cas de la gale ces lésions sont plus rares que les lésions non spécifiques, mais elles permettent d'affirmer le diagnostic.

La gale commune est caractérisée par un prurit intense, diffus, quasi-continu avec une recrudescence nocturne. Au départ, ce prurit est surtout localisé au niveau des espaces interdigitaux, puis il s'étend aux poignets, aux coudes, aux aisselles, aux mamelons, et à tous les plis du corps. Il épargne généralement le visage et le cou. Le dos est moins souvent touché. Ce prurit est dû à une réaction d'hypersensibilité à la salive, aux œufs et aux excréments du sarcopte.

D'autres lésions spécifiques doivent être recherchées au cours du diagnostic clinique. Elles sont plus rares et peuvent manquer :

- Le sillon scabieux (Figure 4) : c'est un trait fin et sinueux de quelques millimètres de long. Il est généralement plus visible entre les doigts et sur les poignets. Il correspond au passage du parasite femelle et est rempli d'œufs. il est possible de voir une légère surélévation à l'extrémité du sillon qui correspond à la position de l'acarien.
- Les vésicules perlées : ce sont de petites pustules translucides présentes au niveau des territoires de prédilection du parasite.
- Le chancre scabieux : il s'agit de nodules rouges violacées présents au niveau des régions génitales de l'homme. Ils correspondent à une réaction d'hypersensibilité de type granulome aux antigènes du sarcopte. La régression du chancre est longue pouvant durer plusieurs mois après l'élimination des parasites car les antigènes du sarcopte mort persistent.



**Figure 4 : Lésions interdigitales de gale : sillon, lésions de grattage (Photo A. Izri) [Gale ou Scabiose ; ANOFEL 2014]**

### ***b) Lésions non spécifiques (18)***

Elles sont plus fréquentes que les lésions spécifiques. Ce sont des lésions dues principalement au grattage avec un risque important de surinfection. On les retrouve dans les zones où le prurit est intense avec une topographie évocatrice antérieure et symétrique. Elles se présentent sous la forme de stries de grattage et de papules excoriées.

Le grattage permet d'éliminer un nombre important de parasites mais peut provoquer la formation de croûtes et un épaissement de la peau.

### **2.2.2 Les gales profuses (19)(20)(21)**

Les gales profuses sont des formes cliniques dans lesquelles la charge parasitaire est très importante et donc la contagiosité élevée. On peut en distinguer deux types :

#### ***a) La gale hyperkératosique ou gale norvégienne***

Aussi appelée gale croûteuse, elle touche principalement les sujets dont les défenses immunitaires sont amoindries : patients immunodéprimés, personnes âgées. Elle est très contagieuse et peut être responsable d'épidémies dans les collectivités.

Dans cette forme, la prolifération des sarcoptes n'est pas limitée. Le prurit est discret voire absent.

Les patients présentent une érythrodermie avec des zones hyperkératosiques qui peuvent s'étendre à tout le corps y compris le visage et le cuir chevelu normalement épargnés dans la gale commune (Figure 5).



**Figure 5 : Aspect clinique d'une gale hyperkératosique  
(Scabies: a ubiquitous neglected skin disease  
*Ulrich R Hengge, Bart J Currie, Gerold Jäger, Omar Lupi, Robert A Schwartz*)**

#### ***b) La gale disséminée inflammatoire***

Cette forme est souvent la conséquence d'un diagnostic tardif ou du traitement répété et inadapté d'une gale commune à l'aide de corticoïde locaux.

Elle se caractérise par une éruption rouge vif très prurigineuse et profuse s'étendant souvent au dos.

Comme la gale hyperkératosique, elle touche principalement les sujets âgés en collectivité et les patients immunodéprimés ; elle est également très contagieuse de par la présence d'un grand nombre de parasites, mais contrairement à la forme précédente, il n'y a pas hyperkératose.

### 2.2.3 La gale du nourrisson(22)

Comme dans la gale commune, un prurit intense prédominant la nuit et des lésions spécifiques (sillon scabieux) et non spécifiques (lésions de grattage) sont observées (Figure 6). Le nourrisson présente également des lésions propres à cette tranche d'âge : des vésiculopustules palmoplantaires. Le visage et le cuir chevelu peuvent être atteints.

En cas d'atteinte familiale, le nourrisson est souvent le premier atteint et le diagnostic est tardif. De plus, l'atteinte est généralement plus sévère chez le nourrisson.



Figure 6 : Gale du nourrisson

[ANOFEL : Parasitoses et mycoses des régions tempérées et

### 2.2.4 La gale du sujet âgé en collectivité

Comme vu précédemment, le sujet âgé, et en particuliers le sujet vivant en collectivité, est souvent atteint par une forme profuse de la gale. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'un prurit chez ce type de patient est souvent considéré comme sénile. En effet, les personnes âgées ayant une peau plus sèche et amincie sont souvent sujettes à des prurits.

De plus, l'examen parasitologique cutané est rarement réalisé. Pourtant, un diagnostic rapide est important pour éviter une contamination du personnel soignant et la survenue d'une épidémie au sein de l'établissement.

## **2.3 Diagnostic (23)(12)(24)(25)(26)(27)**

La gale peut être confondue avec d'autres affections dermatologiques comme l'urticaire, l'eczéma, le psoriasis (pour la gale norvégienne), mais dans le cas de la gale l'atteinte est familiale ou touche les collectivités. Le contexte joue donc un rôle important dans l'orientation du diagnostic.

Le diagnostic de la gale est avant tout clinique, mais il est préférable de le confirmer par un diagnostic parasitologique. La mise en évidence du sarcopte est plus difficile en cas de gale commune car le nombre de parasites est faible.

### **2.3.1 Le prélèvement**

La technique la plus classique consiste à gratter la peau au niveau des lésions avec un vaccinostyle ou une curette. Le grattage doit être énergique pour récupérer un nombre important de cellules.

Les squames sont récupérées principalement au niveau des sillons scabieux, des vésicules ou des nodules. On peut parfois remarquer une élévation grisâtre à l'extrémité des sillons. Elle correspond à l'emplacement de la femelle adulte.

Si les sillons ne sont pas assez visibles, il est possible de les mettre en évidence grâce à un test à l'encre de Chine. Ce dernier consiste à déposer une goutte d'encre à l'entrée du sillon. L'encre va pénétrer dans le sillon par capillarité et donc le colorer. La coloration persiste au niveau du sillon même après un lavage à l'alcool.

Le prélèvement peut également être réalisé au niveau des lésions péri-ombilicales, mamelonaires chez la femme, génitales chez l'homme (chancre scabieux) et palmo-plantaires chez l'enfant.

D'autres techniques de prélèvement peuvent être utilisées, comme le dépôt d'une goutte d'huile sur la lésion avant le prélèvement. Cette technique permet d'éviter la dispersion des squames avant le recueil à l'aide du vaccinostyle. Une autre technique consiste à gratter les lésions avant l'application d'un scotch (scotch test) qui permet le recueil de l'ensemble des squames. Cette dernière technique est plus sensible dans les gales profuses.

Dans tous les cas, il est toujours nécessaire d'effectuer plusieurs prélèvements.

### **2.3.2 L'examen (28)**

Les squames sont déposées dans du sérum physiologique ou dans du lactophénol. La préparation est ensuite observée au microscope optique, à faible grossissement. L'observateur recherche des femelles adultes ou des œufs qui sont facilement identifiables. Parfois seuls des fragments d'œufs, des débris et des déjections sont visibles rendant l'identification plus difficile.

Certains médecins expérimentés utilisent la dermoscopie qui permet un diagnostic rapide et est réalisable directement au cabinet.

Le dermatoscope permet de visualiser le sarcopte au niveau d'un sillon. Il est quand même préférable de confirmer le diagnostic par un examen parasitologique classique.

Une biopsie de peau peut également permettre la mise en évidence du parasite, mais elle est très rarement réalisée pour établir le diagnostic de la gale.

Un examen négatif ne permet pas d'écarter le diagnostic, il sera donc nécessaire de faire un deuxième contrôle avec un nouveau prélèvement par exemple sur un site différent.

### **3 Prise en charge de la gale**

#### **3.1 Traitements disponibles en France(13)(27)(29)(30)(31)**

Deux types de traitements sont disponibles en France, le traitement local et le traitement oral. Aucun des types de traitement n'a montré une plus grande efficacité par rapport à l'autre, aussi le choix d'un traitement se fera en fonction des indications et des contre-indications, ainsi qu'en fonction des modalités pratiques.

##### **3.1.1 Traitement local**

En France, deux spécialités sont utilisables depuis de nombreuses années dans le traitement topique de la gale, l'ASCABIOL®, et le SPREGAL®. Ces spécialités sont disponibles à l'officine sans ordonnance et ne sont pas remboursées par la sécurité sociale.

Un nouveau traitement local, le TOPISCAB 5%®, a obtenu son AMM (Autorisation de mise sur le marché) le 26/11/2014. Cette nouvelle spécialité également disponible sans ordonnance, est contrairement aux autres traitements locaux, remboursé à 65% par la sécurité sociale. Sa mise à disposition intervient dans un contexte de rupture de stock prolongé en ASCABIOL®.

##### **a) ASCABIOL®(32)(33)**

L'ASCABIOL® contient du benzoate de benzyle à 10% et du sulfirame. Ces deux principes actifs sont acaricides. Leur mécanisme d'action n'est pas connu. Le benzoate de benzyle ciblerait le système nerveux du parasite et entrainerait sa mort. Ce produit agit à la fois sur les œufs, les larves et les adultes.

#### **Recommandations d'utilisation**

Il est recommandé d'appliquer le produit le soir, après une douche ou un bain, sur toute la surface corporelle en évitant le visage et le cuir chevelu et en insistant sur les plis et les mains. L'application est préférée le soir pour éviter toute toilette pendant la durée de l'application.

Le produit doit rester en contact 24 heures chez l'adulte, 12 heures chez l'enfant de moins de 2 ans, avant d'être rincé. Les vêtements et la literie doivent être changés. L'entourage doit être traité même s'il ne présente pas de signe clinique.

Il faut savoir que le prurit peut persister une dizaine de jours, ce qui ne justifie pas une deuxième application.

### **Précautions d'emploi**

Chez la femme enceinte et l'enfant de moins de deux ans, l'application ne devra pas dépasser douze heures. De plus chez l'enfant il conviendra d'éviter l'absorption de produit avec un bandage des mains par exemple.

Le produit ne doit pas être appliqué sur les muqueuses.

### **Effets indésirables**

Une apparition d'eczéma est possible chez les patients atopiques ou à la peau sensibilisée. De plus un traitement mal conduit risque d'entraîner une dermatite d'irritation notamment sur le visage et le scrotum.

#### ***b) SPREGAL® (34)(35)(36)***

Le SPREGAL® contient de l'esdepallethrine qui est une pyréthrine de synthèse. Dans cette spécialité on retrouve également du butoxyde de pipéronyle qui agit en synergie avec l'esdepallethrine. Le SPREGAL® est un aérosol qui agit sur les œufs, les larves et les adultes mais a une faible toxicité pour l'Homme.

Les pyréthrines agissent en inhibant la repolarisation des canaux sodiques ce qui provoque la paralysie du parasite et sa mort.

### **Recommandations d'utilisation**

Comme pour l'ASCABIOL®, l'application se fait de préférence le soir, sur tout le corps sauf le visage et le cuir chevelu. Le SPREGAL® étant un spray, l'application se fait par pulvérisation. La bouche, le nez et les yeux devront être protégés par un linge. Le spray doit être tenu à environ 20 centimètres du corps, la pulvérisation doit être faite de haut en bas de manière à bien recouvrir tout le corps. Il faudra insister sur les espaces interdigitaux. Les régions correctement imprégnées deviennent luisantes.

Si une application est nécessaire sur le visage (présence de lésions), ou sur le cuir chevelu, il est conseillé d'utiliser un coton.

Le produit doit être gardé 12 heures avant d'être rincé abondamment. Une seule utilisation suffit généralement mais le prurit peut persister une dizaine de jour. Une deuxième application sera nécessaire uniquement si les lésions persistent après ce délai.

L'entourage doit également être traité même en l'absence de signes visibles. Le linge et la literie doivent être changés.

### **Précaution d'emploi**

L'application doit se faire dans un endroit aéré, loin de toute flamme ou objet incandescent. Il est également interdit de fumer pendant l'application du produit.

SPREGAL® est contre-indiqué chez les sujets asthmatiques et les nourrissons ainsi que chez les enfants ayant des antécédents de bronchite dyspnéisante avec sibilants en raison du risque de bronchospasmes. De plus, en l'absence de données pendant la grossesse, il ne sera utilisé qu'en cas de nécessité chez la femme enceinte.

### **Effets indésirables**

Ce produit peut entraîner des picotements et une irritation cutanée. Ces signes ne doivent pas être confondus avec une persistance des lésions.

#### ***c) TOPISCAB 5% (37)(38)(39)***

Le TOPISCAB 5% ® est une spécialité à base de perméthrine sous forme de crème. C'est la première spécialité à usage humaine contenant cette substance à obtenir une autorisation en France. La perméthrine est une pyréthrine de synthèse, comme l'esdepallethrine contenue dans le SPREGAL®. Cette molécule est déjà utilisée dans des spécialités à usage vétérinaire en France et depuis plusieurs années dans des spécialités à usage humain dans les pays anglo-saxons.

Son mode d'action est le même que celui du SPREGAL® : action sur les canaux sodiques des acariens qui entraîne leur paralysie. Elle agit à la fois par contact et par ingestion sur le parasite.

Ce traitement est indiqué contre la gale dès 2 mois.

### **Recommandation d'utilisation**

Le traitement consiste en deux applications espacées d'une semaine. La posologie dépend de l'âge du patient :

- chez un adulte et un enfant de plus de douze ans la quantité est de 30g soit un tube
- entre 6 et 12 ans : 15g soit un demi-tube,
- entre 1 et 5 ans : 7,5g soit deux noisettes
- entre 2 mois et 1 an : 3,75g soit une noisette

La crème doit être appliquée en couche fine sur l'ensemble du corps en évitant la proximité des yeux, les muqueuses et les plaies ouvertes.

Chez l'adulte il n'est pas nécessaire de l'appliquer sur le visage et le cuir chevelu à moins qu'ils présentent des lésions scabieuses.

La crème doit rester en contact avec la peau pendant 8 heures.

Le prurit peut persister jusqu'à 4 semaines après la seconde application, mais ne doit pas entraîner un nouveau traitement systématique.

Après ouverture, le tube doit être conservé au maximum 12 semaines.

### **Précaution d'emploi**

L'intervalle entre les deux applications ne doit jamais être inférieur à 7 jours pour éviter une toxicité, ni dépasser 14 jours pour être efficace.

Un tube différent doit être utilisé pour chaque patient afin d'éviter toute contamination.

Chez les enfants de 2 à 23 mois, l'application doit se faire sous surveillance médicale étroite en raison du peu de données dans cette classe d'âge. De la même façon, il existe peu de données chez la femme enceinte, mais les études sur l'animal n'ayant pas montré d'effets tératogènes, TOPISCAB® peut être utilisé si nécessaire pendant la grossesse.

Après administration orale de perméthrine chez l'animal, un passage dans le lait maternel a été montré. Il n'existe pas de donnée après une application cutanée. Par précaution, l'allaitement devra être arrêté pendant le traitement.

Une attention particulière doit être apportée à la conservation du produit et au risque de contamination de l'environnement, car la perméthrine est toxique pour les chats, les animaux aquatiques et les insectes.

Le TOPISCAB® contient de la vaseline et de la paraffine comme excipients, il peut donc diminuer l'efficacité des produits contenant du latex (préservatif, diaphragme...).

### **Effets indésirables**

Des sensations de brûlure et de picotements cutanés peuvent être ressenties après l'application. Un eczéma et un érythème peuvent également survenir.

#### **3.1.2 Traitement oral : STROMEKTOL® (40)(41)(30)**

Le STROMEKTOL® se présente sous la forme de comprimés contenant chacun 3 mg d'ivermectine. C'est le seul traitement systémique disponible pour la gale. L'ivermectine est le traitement de référence de l'onchocercose et elle a été utilisée dans les années 1970 contre les nématodes, arthropodes et ectoparasitoses en médecine vétérinaire. Elle a obtenu l'AMM dans le traitement de la gale en 2001.

En raison de sa facilité d'administration, l'ivermectine est souvent préférée dans les collectivités par rapport à un traitement local plus long à appliquer.

#### ***a) Mode d'action***

L'ivermectine bloque la neurotransmission au niveau des récepteurs de l'acide gamma aminobutyrique (GABA) en agissant comme agoniste du GABA ou par action sur les canaux chlorures couplés aux récepteurs du GABA. Elle induit également un influx d'ions chlorures par d'autres récepteurs que ceux faisant intervenir le GABA.

Ces mécanismes provoquent une paralysie du parasite.

**L'ivermectine agit sur les sarcoptes adultes mais n'a pas d'action sur les œufs.**

#### ***b) Recommandations de prise***

Dans le traitement de la gale, la posologie recommandée est de 200 µg d'ivermectine par kilogramme de poids. Le traitement consiste en une dose unique prise à jeun avec un grand verre d'eau. Les comprimés peuvent être écrasés pour les enfants.

Il faut attendre 4 semaines pour que la guérison soit considérée comme définitive. La persistance du prurit ou des lésions de grattage avant cette date ne justifient pas la prise d'une deuxième dose. L'administration d'une deuxième dose deux semaines après la dose initiale doit être envisagée en cas d'apparition de nouvelles lésions ou si l'examen parasitologique est positif à cette date.

#### ***c) Précautions d'emploi***

La sécurité d'emploi n'a pas été établie chez la femme enceinte, allaitant, et chez l'enfant de moins de 15kg

#### ***d) Effets indésirables***

Chez les sujets atteints de la gale une exacerbation transitoire du prurit peut être observée. De plus, des hyperéosinophilies transitoires, des hématuries et des anomalies de la fonction hépatique ont été rapportées.

### **3.1.3 Le traitement des gales profuses**

Dans le cas des gales eczématisées, l'administration de corticoïdes 24 heures après l'application de scabicides topiques permet de diminuer les symptômes.

Dans les gales hyperkératosiques, l'utilisation d'un traitement local seul nécessitera souvent plusieurs applications et exposera le patient à des problèmes de tolérance cutanée et de toxicité. L'utilisation d'ivermectine seule, dans ce type de gale demande souvent l'administration d'une deuxième dose. Aussi pour les gales profuses, il est possible d'associer un traitement oral et un traitement local.

### 3.1.4 Approche thérapeutique : synthèse

#### Tableau récapitulatif des traitements

**Tableau 1 : Récapitulatif des traitements contre la gale**

Traitement	Indications	Contre-indications	Utilisation	Effets indésirables
ASCABIOL® lotion	Adulte Enfant Femme enceinte Femme allaitante		Application le soir sur tout le corps sauf visage et cuir chevelu. Laisser 24h chez adulte, 12h chez enfant et femme enceinte	Eczéma
SPREGAL® lotion en flacon pressurisé	Adulte Enfant	Asthmatiques Enfants avec antécédents de bronchiolite Femmes enceintes et allaitantes	Pulvérisation le soir sur tout corps sauf visage et cuir chevelu. Protection nez, bouche, yeux avec un linge. Laisser 12h	Picotements, irritations
TOPISCAB 5%® crème	Adulte Enfant à partir de 2 mois Femme enceinte (si nécessaire)	Femme allaitante	Deux applications à une semaine d'intervalle. Application en couche fine sur tout le corps en évitant les muqueuses, les yeux et les plaies ouvertes.	Picotements, sensation de brûlure, eczéma, érythème.
STROMEKTOL® comprimés sécables.	Adulte	Enfant < 15 kg Femmes enceintes et allaitantes	Prise unique à jeun avec un grand verre d'eau. Posologie : 200µg/kg	Exacerbation transitoire du prurit

## 3.2 Prévention (42)(43)

Il est nécessaire de traiter l'entourage du patient, les sujets dits « contacts », les vêtements, la literie ainsi que le domicile, de manière à éviter une transmission de la maladie et surtout une recontamination.

Les sujets contacts sont principalement les partenaires sexuels et les personnes vivant sous le même toit. Il convient toutefois de questionner le patient sur

les personnes avec qui il aurait pu avoir un contact rapproché. Il faut étudier la chaîne de transmission pour limiter les contaminations.

Le traitement du linge et de la literie peut être effectué par un lavage à 60°C. Il est possible d'enfermer hermétiquement le linge fragile dans un sac en plastique pendant 72 heures, les sarcoptes ne survivant dans l'environnement que 48 heures. Il faudra ensuite effectuer un lavage simple pour éliminer les parasites morts. Ces mesures doivent être appliquées pour le linge utilisé par le patient dans les quelques jours qui précèdent le début du traitement.

Pour la literie ne pouvant passer en machine et pour l'environnement (canapés, fauteuils...), il est possible d'utiliser un scabicide de contact A-PAR®. Ce produit est disponible en Pharmacie et n'est pas remboursé. Il est disponible sous forme d'un aérosol, la pulvérisation doit être effectuée dans une pièce bien aérée. Il contient un pyréthrianoïde. Il est possible de l'utiliser sur le linge avant de le mettre dans un sac plastique pour accélérer la mort des parasites, une journée étant alors suffisante pour tuer les sarcoptes.

La literie ayant été traitée par l'acaricide de contact ne devra pas être réutilisée dans les 12 heures.

En cas de gale commune la désinfection de l'environnement n'est pas recommandée. Elle doit être envisagée en cas de gale profuse.

### **3.3 Rupture de stock (44)(45)(46)(47)**

L'ASCABIOL® est actuellement en rupture de stock pour une durée indéterminée du fait de la rupture d'approvisionnement en sulfirame.

Pour faire face à cette rupture, l'ANSM a envisagé plusieurs mesures. Elle rappelle tout d'abord que deux autres spécialités sont disponibles en France : SPREGAL® et STROMEKTOL®. Pour faire face aux situations cliniques non couvertes par ces spécialités (femmes enceintes, jeunes enfants), l'ANSM a autorisé la mise à disposition exceptionnelle d'ANTISCABIOSUM® 10% Enfant.

Cette spécialité est une émulsion à base de benzoate de benzyle qui était destinée initialement au marché allemand. Elle est disponible en rétrocession auprès des pharmacies à usage intérieur depuis le 27 février 2013.

De plus la crème TOPISCAB® est maintenant également disponible en pharmacie.

#### **Recommandations d'utilisation de l'ANTISCABIOSUM®**

Il est recommandé d'appliquer cette émulsion chez l'enfant après le bain ou la douche une fois que la peau est redevenue totalement sèche. Elle doit être appliquée sur tous le corps pendant trois jours consécutifs. En cas de lavage des mains,

l'émulsion devra être réappliquée de nouveau. Le quatrième jour l'enfant doit être de nouveau lavé et bien rincé.

Les draps et vêtements doivent être changés chaque jour.

### **Précautions d'emploi et contre-indications**

Le produit ne doit pas entrer en contact avec les yeux et les muqueuses ni avec la peau irritée. Il est conseillé d'éviter toute exposition solaire pendant la durée du traitement.

L'émulsion ne doit pas être utilisée chez les enfants présentant des affections de peau de grande étendue, chez le nourrisson et la femme allaitante

### **Effets indésirables**

Les effets indésirables sont de rares manifestations d'hypersensibilité et une irritation de la peau et des muqueuses.

Dans tous les cas, le linge, la literie et l'environnement doivent être traités lors de l'utilisation de l'ANTISCABIOSUM® comme dans le cas de l'utilisation des autres traitements.

# Chapitre 2 : Gale et EHPAD

## 1 Définition et fonctionnement d'un EHPAD

### 1.1 Qu'est ce qu'un EHPAD ?(48)(49)

Un EHPAD est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Parfois encore appelé maison de retraite, l'EHPAD est une structure médicalisée ayant obtenu un agrément préfectoral.

L'EHPAD accueille des personnes qui ne sont plus autonomes, de plus de 60 ans, ou moins en cas de dérogation par le département.

Certains services sont communs à tous les EHPAD :

- Accueil en chambre individuelle ou collective
- Service de restauration et blanchisserie
- Aide à la vie quotidienne par des agents de service présents 24h/24
- Surveillance médicale et soins assurés en continu
- Activités et loisirs.

### 1.2 Aspects juridiques et réglementaires(50)(51)(52)

Les EHPAD sont des établissements publics ou privés appartenant à la catégorie des établissements ou services sociaux et médico-sociaux. Ils ne sont donc pas soumis aux mêmes règles que les établissements sanitaires.

L'autorisation d'ouverture est donnée par le ministre concerné, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), le préfet et le président du conseil général. Pour accueillir des personnes dépendantes, la structure doit, suivant l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, signer une convention tripartite avec le conseil général et le directeur de l'ARS. Cette convention établie pour 5 ans, définit le fonctionnement financier et la qualité de prise en charge des soins des résidents de l'établissement. En outre, elle définit les objectifs et les moyens d'évaluation de l'établissement, et détermine, en fonction du niveau d'autonomie et de la charge de soins des personnes accueillies, les moyens octroyés à celui-ci pour remplir ces engagements.

En ce qui concerne les droits des résidents, dans le mois suivant l'admission d'une personne, un contrat de séjour doit être signé entre l'établissement et le résident (ou son représentant légal). Le plus souvent de durée indéterminée, ce contrat définit les prestations offertes par l'établissement et leur coût. Un projet d'accompagnement (projet de vie ou projet personnalisé) doit également être proposé au résident dans les trois mois suivant son entrée (obligation de la loi 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale)

### 1.3 Les soins en EHPAD(53)(54)(55)(56)

Les EHPAD étant des structures habilitées à accueillir des personnes dépendantes, par convention signée avec l'Agence Régionale de Santé notamment, ils doivent disposer d'équipes soignantes qualifiées.

Les soins réalisés vont de l'aide à la vie quotidienne à des soins plus techniques comme l'administration de traitements, la surveillance des constantes biologiques, la réalisation de pansements... Ces soins sont adaptés à chaque patient, au degré de dépendance et à la pathologie présente.

L'équipe soignante est encadrée par un médecin-coordonnateur, conseiller technique du directeur, il n'a pas un rôle de soignant. Il apporte ses compétences gérontologiques et a pour objectif la qualité de la prise en charge. Parmi ses fonctions, on peut noter la planification des soins, la détermination d'un projet de soin global pour l'établissement, et l'émission d'avis sur l'admission de nouveaux résidents. Toutefois, le médecin-coordonnateur n'a pas un rôle de prescripteur, ainsi, le résident conserve son médecin traitant habituel.

Les soins sont réalisés par des infirmiers diplômés d'état (IDE), assistés par des aides-soignants(AS), des aides-méxico-psychologiques (AMP), et éventuellement des agents de soins ou auxiliaires de vie (l'appellation peut changer selon les établissements, leur statut ou leurs conventions collectives). L'équipe soignante peut également comprendre des professionnels paramédicaux comme des ergothérapeutes, des psychologues, des diététiciens...

De plus, des spécialistes libéraux peuvent intervenir dans les établissements, sur prescription médicale, tels que des kinésithérapeutes, des orthophonistes.... Ils sont extérieurs à l'établissement et n'appartiennent donc pas directement à l'équipe soignante de l'établissement mais travaillent en lien direct avec elle.

L'équipe soignante est variable d'un EHPAD à un autre. Sa composition qualitative et quantitative est directement dépendante des spécificités des établissements, du nombre de résidents et des moyens définis dans les conventions tripartites et validés par les autorités de tarification (Conseils généraux et ARS).

En effet, ces moyens sont déterminées par :

- le niveau de dépendance globale de l'établissement, le GMP (GIR Moyen Pondéré) suite à l'évaluation du degré de perte d'autonomie ou de dépendance physique ou psychique des résidents dans les actes de la vie quotidienne, effectuée selon la grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources). Cette évaluation est revue annuellement par les services du département.

- la charge en soins requis par les personnes accueillies, le PMP (Pathos Moyen Pondéré), à l'aide du modèle PATHOS (Système d'information sur les niveaux de

soins nécessaires par résident.). Cette évaluation est validée par l'ARS pour la signature de la convention et doit être revue normalement tous les deux ans.

## **2 Les EHPAD en Poitou-Charentes**

### **2.1 Aperçu des EHPAD de Poitou-Charentes(57)(58)**

D'après le compte-rendu du service de statistique de la DRASS Poitou-Charentes, la région Poitou-Charentes comptait, fin 2007, 433 établissements pour personnes âgées. Parmi ces établissements, 70 % sont des EHPAD, qui représentent 81% de la capacité totale d'accueil soit 20 700 places. Selon le projet régional de santé de l'ARS publié en décembre 2014, la région Poitou-Charentes comptait, début 2014, 326 EHPAD et offrait 23 601 places d'hébergement.

En Poitou-Charentes, l'âge moyen des résidents est de 85 ans avec une majorité de femmes, la part des résidentes augmentant avec l'avancée en âge alors que la part que celle des hommes diminue.

La proportion des personnes dépendantes est en augmentation (76% en 2007 contre 68% fin 2003). De plus 4 résidents sur 10 sont fortement dépendants.

En ce qui concerne les personnes travaillant en établissement pour personnes âgées, 15 300 personnes sont employées par ces établissements en Poitou-Charentes.

Le personnel paramédical pour l'ensemble des EHPAD de Poitou-Charentes représente 35% des employés avec 16% d'aides-soignants et 7% d'infirmiers. On remarque que dans la région la proportion de personnel paramédical est plus importante dans les EHPAD publics que dans les EHPAD privés.

Le personnel médical représente 1% du personnel des EHPAD et le personnel paramédical 35%.

### **2.2 Zoom sur les EHPAD de Charente(57) (59)(60)**

En 2011, 28,8% de la population charentaise était âgée de plus de 60 ans, ce qui représente un plus fort pourcentage que le niveau national. Parmi elles, 13% sont âgées de 75 ans et plus.

Au niveau des structures d'accueil, la Charente est le deuxième département de la région derrière les Deux-Sèvres, avec un taux d'équipement égal à 145,3.

La mise en place des conventions tripartites entre la DDASS (aujourd'hui avec l'ARS), le conseil général et les établissements a permis d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées en établissement. Ainsi en Charente, les conventions tripartites fixent des objectifs de personnels qualifiés pour les établissements et une obligation de limitation des chambres collectives. Malgré cela, la médicalisation des places en maison de retraite reste faible dans le département

## **2.3 Recommandations sanitaires en Poitou-Charentes(61)(62)(63)**

Les établissements suivent les bonnes pratiques professionnelles émises par l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) au niveau national.

Le CCLIN Sud-ouest produit également des recommandations à destination des établissements de soin et des professionnels de santé. De plus, il met à disposition des EHPAD des fiches pratiques de recommandation concernant l'hygiène, les soins, l'entretien du matériel et des locaux ainsi que sur la gestion des risques d'épidémies.

Les recommandations concernant les soins visent à limiter le risque de contamination des patients par les soignants et réciproquement. Elles précisent aux professionnels l'hygiène des mains, les tenues adaptées aux soins, et la gestion des déchets.

Ainsi, il est recommandé à tous les professionnels de se laver les mains à l'entrée et à la sortie de l'établissement, entre deux résidents ou deux activités et après le retrait des gants. En cas de risque d'exposition au sang, le port de gant est obligatoire. De plus, la tenue du soignant doit être adaptée au type de soin et à la pathologie du résident.

Ces recommandations sont les mêmes que pour tous les établissements sanitaires.

Elles doivent être renforcées en cas d'épidémie. Des recommandations spécifiques existent suivant le type de transmission des pathologies. Ainsi, des précautions complémentaires dites « contacts » devront être prises dans des pathologies comme la gale.

A noter que depuis 2003, les EHPAD sont dans l'obligation de prévoir une organisation spécifique en cas de crise sanitaire (plan bleu) et sont aussi en relation avec la cellule de veille et d'alerte de gestion sanitaire de l'ARS et destinataires des alertes épidémiologiques.

## **3 Prise en charge de la gale en EHPAD**

La présence de cas de gale est redoutée en EHPAD. En effet, en raison de sa contagiosité et de la promiscuité des résidents et du personnel, le risque d'épidémie est important. De plus, les difficultés de diagnostic et la nécessité de coordonner tous les aspects de la prise en charge doivent être prises en compte. C'est pourquoi, la prévention est d'autant plus importante.

### **3.1 Mesures de prévention(64)(65)(66)(67)**

La prévention repose tout d'abord sur l'application au quotidien des mesures standards citées précédemment pour l'hygiène et la réalisation des soins.

En cas de gale, ces précautions doivent être complétées par les précautions de type contact, la gale étant transmise par contacts directs et indirects. Les mesures de prévention complémentaires ont pour but d'éviter qu'un cas de gale isolé ne se transforme en véritable épidémie. Il est donc recommandé aux établissements d'établir un protocole pour la prévention et le contrôle de la gale.

En premier lieu, tout cas même isolé doit être signalé en interne, l'ensemble de l'équipe doit être informé du cas. La mesure d'isolement sera signalée sur la porte de la chambre du résidant et les autres résidents et les visiteurs pourront également être informés si nécessaire.

Le patient doit être isolé, en chambre individuelle et ses déplacements doivent être le plus possibles limités pour ne pas diffuser le parasite dans l'environnement. De même, les visites ne se feront qu'après consultation de l'équipe soignante, les visiteurs devant porter les protections adéquates.

L'hygiène des mains dans l'établissement doit être renforcée, mais il faut toutefois rappeler que les solutions hydro-alcooliques ne sont pas acaricides. Lors des soins, des gants à usage unique devront être obligatoirement portés ainsi qu'une surblouse à manches longues de manière à éviter tout contact du soignant avec le parasite.

Les déchets, y compris les protections pour incontinence, doivent être déposés dans les déchets de soins à risque infectieux (DASRI) qui doivent être évacués au minimum une fois par jour.

L'instauration et l'arrêt des précautions contact se feront sur prescription médicale du médecin traitant et/ou du médecin coordonnateur de l'établissement.

### **3.2 Traitement des cas de gale avérés (68)(69)(64)(70)**

#### **3.2.1 Traitement des résidents**

Le traitement doit être effectué dans les meilleurs délais. Le où les patients doivent recevoir un traitement par un des scabicides existants. Aucun des traitements n'a montré une plus grande efficacité par rapport aux autres. On peut noter toutefois, l'avantage pratique de la prise orale du STROMECTOL® surtout en cas d'épidémie. Il n'agit par contre pas, contrairement aux autres traitements sur tous les stades du cycle de développement du parasite. On traitera simultanément les cas avérés et les cas contacts.

Dans les EHPAD, les sujets contact dits de premier cercle sont les personnes réalisant les soins de nursing (toilette, soins d'hygiène, administration des médicaments...)

Ces traitements ont une action immédiate. Les mesures contact devront quand même être maintenues 48 heures après la dernière prise de traitement.

Une surveillance pour détecter d'autres cas doit toujours être mise en place, certains signes ayant pu passer inaperçus, ou être mal interprétés auparavant.

### **3.2.2 Traitement du linge et de l'environnement**

Le linge doit subir un lavage spécifique. Cela concerne le linge porté dans les 8 jours avant la constatation de l'infestation et jusqu'à la levée de l'isolement. La blanchisserie doit être avertie, et le linge évacué dans des sacs spéciaux sur lesquels est noté le type de précaution. Une protection est nécessaire avant toute manipulation du linge et devra être enlevée en fin de manipulation. Des sacs hydrosolubles peuvent être utilisés pour éviter toute manipulation du linge contaminé.

La vaisselle ne nécessite pas de nettoyage particulier car elle ne présente pas de risque de contamination.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, le traitement de l'environnement n'est recommandé qu'en cas de gale profuse. Néanmoins dans le cas de collectivité, même en cas de gale commune, il doit être discuté en fonction du nombre de cas et des particularités de la structure.

## **3.3 Recommandations supplémentaires en cas d'épidémie**

Si deux cas ou plus ont été diagnostiqués au sein de l'établissement, on parlera d'épidémie. Les mesures de prévention doivent être prises immédiatement. Une cellule de crise doit ensuite être mise en place. Cette cellule a pour but de coordonner les actions et de faire un bilan de l'épidémie. Il est très important d'évaluer l'ampleur de l'épidémie.

Elle est également chargée de l'information : c'est elle qui doit procéder à la déclaration à l'ARS et doit informer tous les acteurs de la prise en charge.

Elle décide ensuite de la conduite à tenir face à cette épidémie.

En cas d'épidémie très étendue, l'établissement pourra être accompagné par un service compétent, voire recevoir du renfort pour la mise en place du traitement.

# Chapitre 3 : Etude dans des EHPAD de Charente

## 1 Objectif de l'étude(71)

Cette étude a pour but d'estimer les connaissances sur la gale et sa prise en charge dans les EHPAD. La gale est une maladie contagieuse pouvant s'étendre rapidement dans des collectivités telles que les maisons de retraite. L'enquête s'intéresse également à la connaissance des méthodes de prévention, en cas de gale avérée, et plus généralement aux mesures prises pour limiter les infections liées aux soins.

Une infection associée aux soins est définie comme une infection qui survient au cours ou au décours de la prise en charge d'un patient. L'étude ne s'intéressera qu'à celles pouvant être transmises par le contact entre le patient et les personnels s'occupant de lui.

## 2 Matériel et méthodes

Il a été choisi de mener l'enquête dans un petit nombre d'EHPAD mais de questionner toutes les professions représentées dans les établissements afin d'avoir un nombre de répondants satisfaisant.

### 2.1 Les EHPAD

Trois EHPAD ont accepté de participer à l'enquête :

- Résidence retraite Clairbois à Dirac
- Résidence mutualiste « les Jardins de la Garenne » à Angoulême
- EHPAD « la Chauveterie » à Mouthiers-sur-boëme

Les directions d'établissements ont trouvé pertinent le thème de l'enquête, afin de sonder le niveau de connaissance des personnels sur ce sujet.

#### 2.1.1 Présentation des EHPAD(72)

Les trois établissements possèdent des statuts de gestion différents.

La résidence Clairbois est un établissement mutualiste à but non lucratif. Il appartient à la Mutuelle du Bien Vieillir qui gère 20 établissements et dont le siège est situé dans l'Hérault. C'est un organisme privé, qui n'a pas pour objectif de dégager des bénéfices. Tous les bénéfices sont réinvestis dans les services destinés aux patients. Situé en zone rurale, cet établissement a une capacité de 80 lits.

Les Jardins de la Garenne est également un établissement privé à but non lucratif mais avec un statut associatif. Cette association est rattachée à la mutualité de

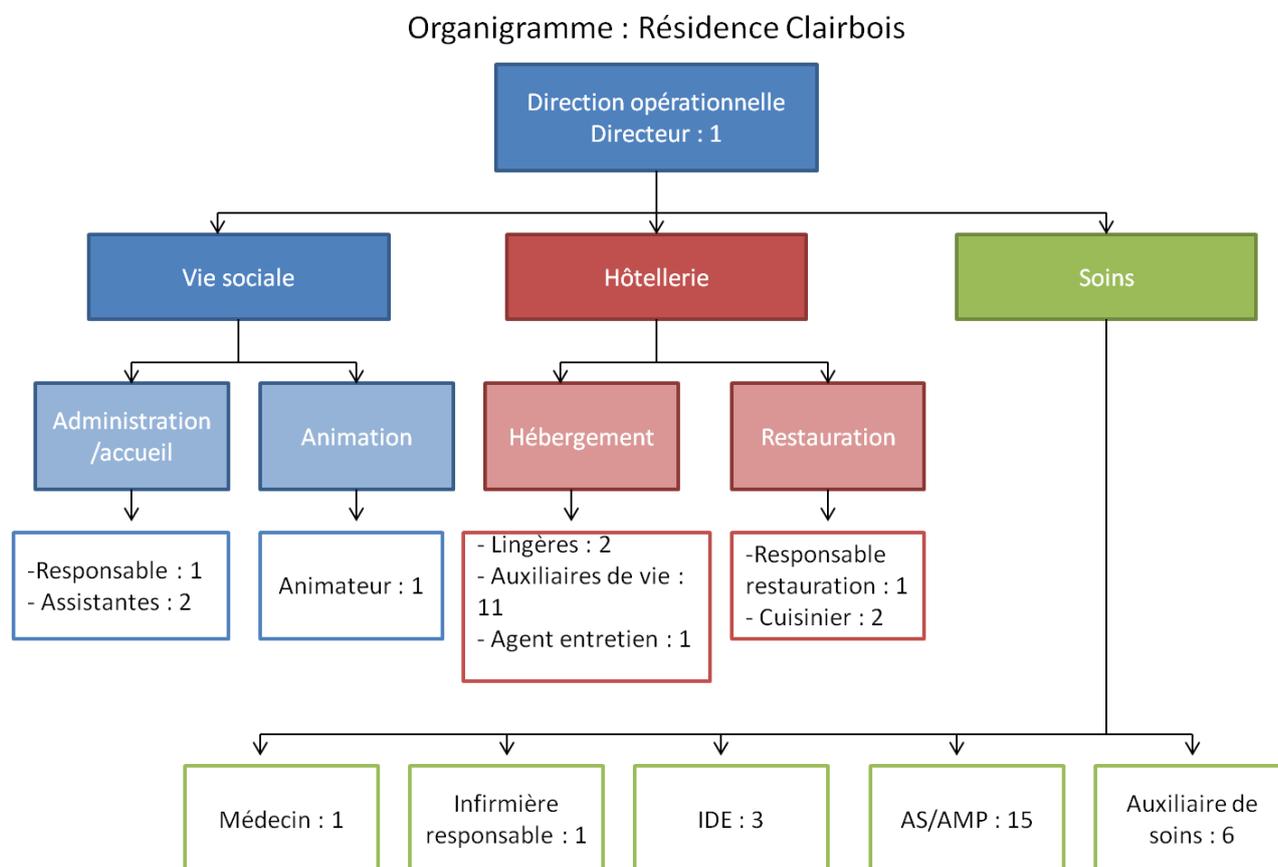
la Charente comme deux autres EHPAD situés dans la communauté d'agglomération d'Angoulême. Cet EHPAD est situé en zone urbaine et compte 80 lits.

La Chauveterie est un établissement public géré par un Centre communal d'action social (CCAS). Les CCAS sont des établissements publics administratifs dirigés par un conseil d'administration présidé par le maire de la commune et constitué par des élus locaux et des personnes qualifiées dans le secteur de l'action sociale. Parmi eux se trouve, entre autres, un représentant des associations de retraités et de personnes âgées (CODERPA). Cet établissement, situé en zone périurbaine, possède une capacité d'accueil de 51 lits.

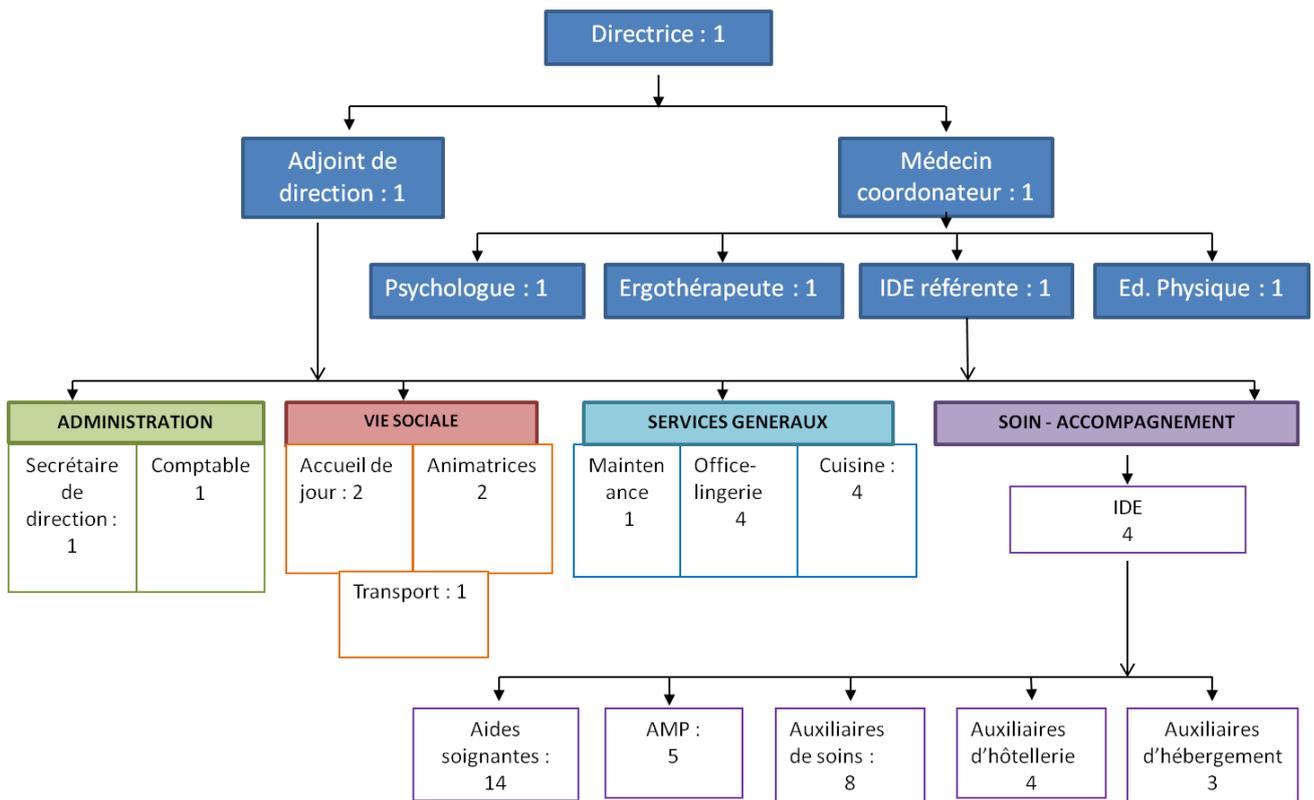
### 2.1.2 Organisation des EHPAD participant

Les organisations des structures étant légèrement différentes, les organigrammes des trois établissements sont présentés ci-dessous. Les réponses à l'étude sont anonymes, seul des organigrammes fonctionnels sont présentés ici. Les noms des personnels ont été supprimés.

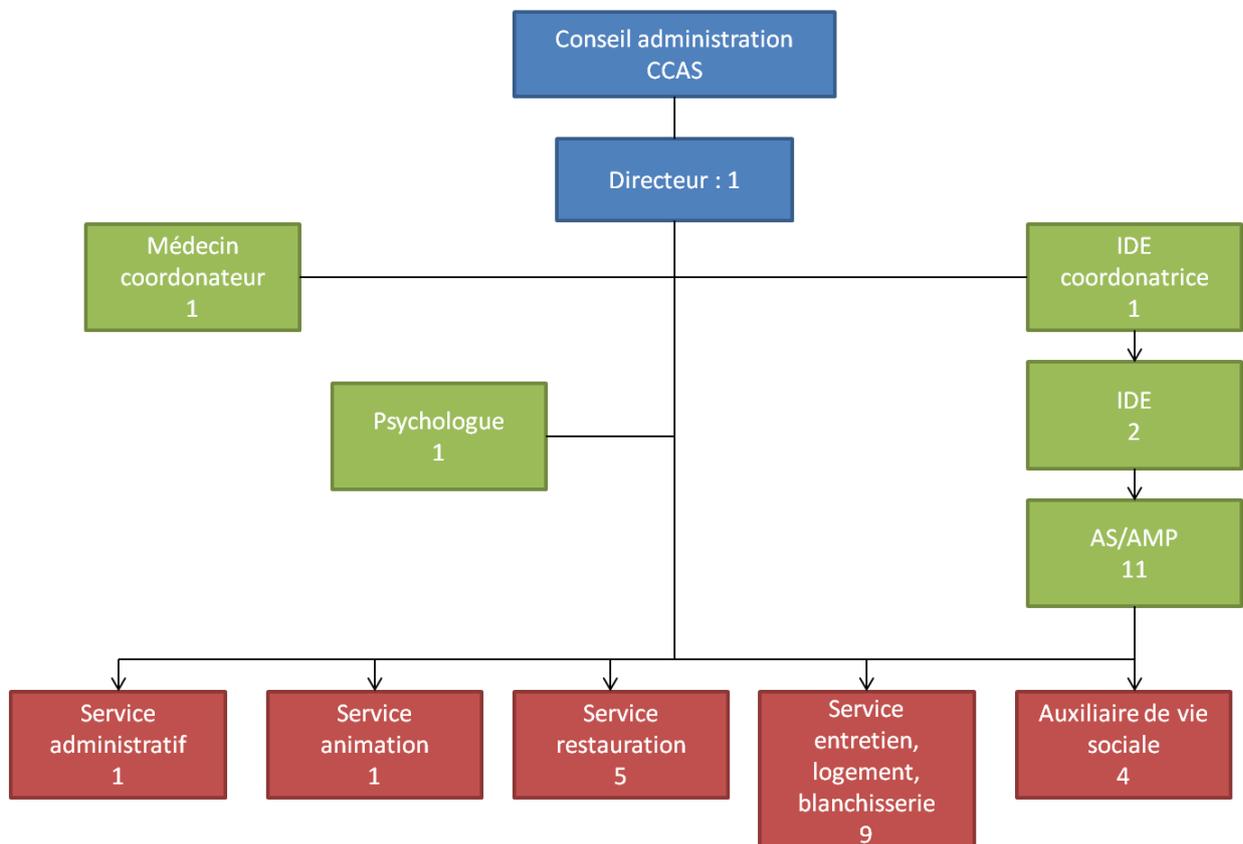
Ne figure pas également sur ceux-ci, les personnes bénéficiant d'un statut particuliers, tels que les contrats d'avenir et les personnes réalisant un service civique. Elles apparaîtront, par contre dans le tableau récapitulatif des effectifs présenté à la suite.



### Organigramme : Résidence « Les Jardins de la Garenne »



### Organigramme : EHPAD de la Boème



Certaines fonctions, ne portent pas les mêmes appellations d'un établissement à l'autre, en raison de leur statut ou de leur convention collective. Cependant, on retrouve dans chaque organisation trois grands axes :

- L'administration et la vie sociale
- L'hébergement hôtelier et services généraux
- Le soin et l'accompagnement

**Tableau 2 : Effectifs des personnels de chaque établissement**

Professions	Clairbois	Jardins de la Garenne	La Chauveterie	Total
AS/AMP	15	19	11	45
IDE	4	5	3	12
Auxiliaires de soins	6	8	0	14
Médicaux	1	1	1	3
Paramédicaux	2	2	1	5
<b>Total soignant</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>16</b>	<b>79</b>
Administratifs	4	6	2	12
Animateur	1	2	1	4
Auxiliaires de vie	11	7	4	22
Restauration	3	4	5	12
Service entretien, logement, blanchisserie	3	5	9	17
Statut particuliers	6	1	0	7
<b>Total non soignant</b>	<b>28</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>74</b>
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>60</b>	<b>37</b>	<b>153</b>

### 2.1.3 Présentation des établissements : synthèse

**Tableau 3 : Présentation des trois EHPAD**

Nom	Situation géographique	Statut de gestion	Nombre de lits	Effectif total personnel	Age moyen des personnels
Clairbois	Zone rurale	Mutualiste à but non lucratif	80	50	40,7 ans
Les jardins de la Garenne	Zone urbaine	Privé associatif à but non lucratif	80	59	37,0
La Chauveterie	Zone périurbaine	Public CCAS	51	37	38,3 ans

## 2.2 Le questionnaire

### 2.2.1 Mise en place du questionnaire

Considérant les différents personnels travaillant dans un EHPAD, il a été décidé de réaliser deux questionnaires différents pour recueillir les informations.

Celui destiné aux personnels non soignants a été volontairement « allégé » par rapport à celui des soignants.

Le questionnaire est divisé en plusieurs catégories. La première partie interroge sur les généralités de la maladie : type de pathologie, populations touchées et période à risque. La seconde partie porte sur l'agent responsable de la gale. Les questions des parties suivantes abordent des domaines plus concrets, tels que la transmission, les aspects cliniques et le traitement de la gale.

Deux parties sont ensuite consacrées à la prévention. Une concerne plus particulièrement la prévention des épidémies de gale, et l'autre les mesures prises pour limiter les infections en général.

Pour la prévention de la transmission de la gale en cas de diagnostic avéré dans un établissement, un tableau a été réalisé en se basant sur les précautions contacts recommandées par le CCLIN Sud-ouest (Annexe 2). Les répondants doivent alors classer les propositions selon s'ils les pensent utiles ou inutiles.

De même, les questions sur la prévention des infections liées aux soins se basent sur les recommandations du CCLIN concernant les mesures d'hygiène en EHPAD (Annexe 1). Ces questions ont pour but de donner une idée des pratiques courantes et des connaissances des recommandations officielles.

Dans les deux questionnaires, la plupart des questions sont de type « choix multiples », avec la possibilité de choisir la proposition « je ne sais pas » de manière à limiter les réponses faites au hasard. Les deux questionnaires comportent également des questions dont les réponses sont personnelles et ne dépendent pas des connaissances de chacun mais de l'expérience professionnelle.

Les questions nécessitant une réponse par « oui » ou « non » peuvent demander une précision de façon à pouvoir vérifier la véracité de la réponse. Par exemple, dans le questionnaire soignant, une question concerne les spécialités utilisées pour le traitement. Si le répondant choisit « oui » à la question « Connaissez-vous les spécialités utilisées dans le traitement de la gale ? », il doit en plus citer une de ces spécialités.

Les questionnaires sont anonymes. Toutefois, l'âge et surtout la profession des personnes sont demandés en début de questionnaire, dans le but de pouvoir comparer les résultats à la fois entre les établissements et entre les différentes professions.

### **2.2.2 Le questionnaire soignant (Annexe 3)**

Toutes les personnes s'occupant des soins, au sens large, auprès des résidents ont été considérées comme faisant partie du personnel soignant. Il leur a donc été délivré le questionnaire correspondant. Parmi les auxiliaires de vie, ceux s'occupant des soins des résidents ont été considérés comme auxiliaires de soins et ont répondu à ce questionnaire. Les auxiliaires de vie s'occupant de l'hébergement ont, eux, reçus celui destiné aux personnels non soignants.

Le questionnaire comporte 29 questions réparties en catégories comme présenté précédemment. Les premières parties comportent donc des questions nécessitant des connaissances théoriques sur la gale. Les catégories suivantes portent sur des connaissances plus pratiques comme les symptômes et le diagnostic.

### **2.2.3 Le questionnaire non soignant (Annexe 4)**

Ce questionnaire est destiné au personnel administratif, de restauration, d'entretien, de blanchisserie, ainsi qu'aux personnes s'occupants de l'hébergement et de la vie sociale des résidents.

Il est composé de 22 questions. Il comporte moins de questions théoriques sur la gale que le questionnaire destiné aux personnels soignants. La catégorie portant sur l'agent responsable de la gale a été réduite à une seule question qui a été formulée différemment de manière à s'adresser à un public plus large et sans formation médicale.

De même, les questions sur le traitement ont été réduites par rapport à celles du questionnaire soignant, car le personnel non soignant ne joue pas de rôle dans le traitement médicamenteux du patient. Les questions sur l'aspect clinique de la pathologie ont été conservées mais modifiées, toute personne en contact avec un résident pouvant être susceptible de remarquer et signaler les principaux symptômes.

Dans la partie sur la prise en charge de la gale en cas de diagnostic avéré, certaines questions concernent plus particulièrement le linge et l'entretien.

Les questions sur la prévention des infections liées aux soins, restent par contre les mêmes que dans le questionnaire soignant. En effet, la limitation de la transmission des infections s'adresse à toutes les personnes travaillant dans des établissements de soins. Seules les propositions sur les conditions du port des gants sont modifiées, avec l'ajout d'une proposition « lors de la manipulation de produits chimiques » car les produits d'entretien et de ménage sont considérés comme des produits chimiques avec une toxicité cutanée potentielle. La proposition « lors d'injections, de perfusions, de prélèvement de sang » a elle été retirée de ce

questionnaire car le personnel interrogé ici n'est pas amené au cours de son activité à réaliser ce type de manipulations.

#### **2.2.4 Diffusion et recueil du questionnaire**

Les directeurs de chaque établissement ont tout d'abord été contactés par courrier électronique de manière à leur présenter le sujet de la thèse, l'objectif de l'enquête et sa composition. Après avoir obtenu leur accord pour la réalisation de l'étude dans leur structure, les directeurs ont désigné un référent chargé de la diffusion des questionnaires et leur récupération à la fin de l'enquête, le plus souvent, il s'agissait du médecin coordonnateur ou de l'infirmière responsable.

Les questionnaires ont ensuite été remis à chaque référent avec une explication orale et écrite des objectifs et des consignes de remplissage (répartition au sein des personnels...). Environ un mois a été laissé aux établissements pour la diffusion et la réalisation de l'enquête. Lors de leur récupération une correction du questionnaire a été laissée sur demande des responsables de chaque établissement. Ils ont même souhaité un retour sur les statistiques correspondant à leur structure pour un travail interne.

### 3 Résultats et Discussion

Dans ce chapitre, les résultats des questionnaires seront exposés. Afin de simplifier la présentation, les noms des établissements seront remplacés par des chiffres : 1, 2, 3.

Au vu de la diversité des professions représentées au sein des EHPAD et du faible effectif dans chacune, la réalisation de tests statistiques n'a pas été possible, les résultats sont donnés en pourcentage de réponses pour effectuer des comparaisons.

Dans un premier temps sera présenté le nombre de répondants. Puis seront donnés les résultats du questionnaire destiné aux soignants puis ceux du questionnaire destiné aux non soignants. Enfin une quatrième partie sera consacrée aux questions communes aux deux questionnaires portant sur la prévention des infections liées aux soins et à la prévention des épidémies de gale.

Les résultats seront donnés par établissement et également par profession.

#### 3.1 Nombre de répondant

##### 3.1.1 Nombre de répondant par établissement

Tableau 4 : Nombre de répondant par établissement

	établissement 1	établissement 2	établissement 3	Total
Total personnel soignant	28	35	16	79
Total personnel non soignant	28	25	21	74
Répondant soignant	27	23	15	65
Répondant non soignant	23	10	9	42
Pourcentage répondant soignant	96,4	65,7	93,8	82,3
Pourcentage répondant non soignant	82,1	40,0	42,9	56,8

Le taux de réponses est plus important pour les soignants dans les trois établissements. Dans les établissements 1 et 3, un seul soignant n'a pas répondu au questionnaire.

Les taux de réponse des non soignants sont proches dans les établissements 2 et 3. Il est plus élevé dans l'établissement 1, qui a le taux de réponse le plus important.

### 3.1.2 Nombre de répondant par profession

#### a) Soignants

Tableau 5 : Répartition des répondants au questionnaire soignant par profession

	AS/AMP	IDE	Auxiliaires de soins	Médicaux/paramédicaux
Total	45	12	14	8
Total répondant	32	12	13	7
Pourcentage répondant	71,1	100,0	92,9	87,5

Toutes les infirmières ont répondu au questionnaire. Certaines professions de soins ayant répondu sont en nombre restreint dans chaque établissement, comme les médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens. Pour simplifier l'analyse, avoir un nombre de questionnaires à comparer plus important et conserver un meilleur anonymat, ils ont été regroupés sous l'appellation « Médicaux-paramédicaux ».

#### b) Non soignants

Tableau 6 : Répartition des répondants au questionnaire non soignant par profession

	Administratifs	Auxiliaire de vie	Restauration	Hébergement
Total	12	22	12	21
Total répondant	6	20	5	9
Pourcentage répondant	50,0	90,9	41,7	42,9

De même que pour les médicaux et paramédicaux précédemment, les personnels d'hébergement, blanchisserie, entretien et animation ont été réunis pour la présentation et la comparaison des résultats.

## 3.2 Questionnaire soignant

### 3.2.1 Questions générales sur la gale

#### a) Type d'affection

La première question portait sur le type d'affection. Les résultats sont donnés en pourcentage (Tableau 7)

**Tableau 7 : Type d'affection réponses par établissement, questionnaire soignant**

Type pathologie	Établissement 1	Établissement 2	Établissement 3
Dermatologique (%)	100,0	100,0	100,0
Respiratoire (%)	0	0	0
Digestive (%)	0	0	0
Autre (%)	0	0	0

100% des participants ont répondu que la gale est une affection dermatologique. Aucune autre réponse n'a été donnée.

Tous les participants à l'enquête savent donc quel type d'affection est la gale.

La question suivante portait sur le type de parasitose auquel appartient la gale. (Figures 7 et 8)

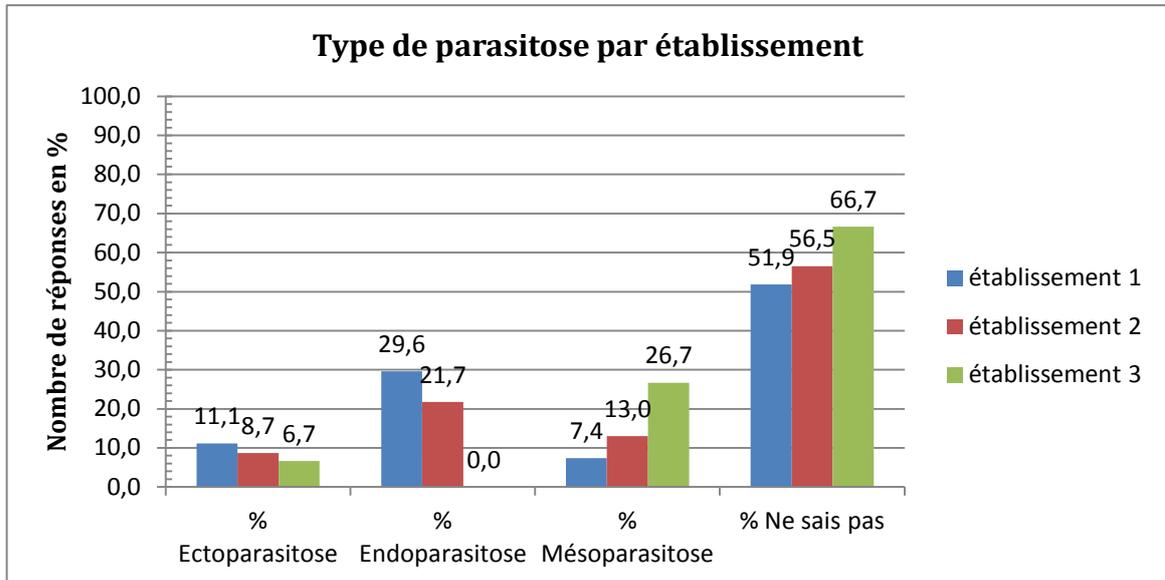


Figure 7 : Type de parasitose, réponses par établissement

En ce qui concerne le type de parasitose, la majorité des répondants ont dit ne pas connaître la réponse.

Pour tous les établissements, on retrouve sensiblement la même configuration de réponses. La gale étant une ectoparasitose, on constate que quelque soit la structure, le type de parasitose est assez peu connu, avec des pourcentages compris entre 6,7 et 11,1%.

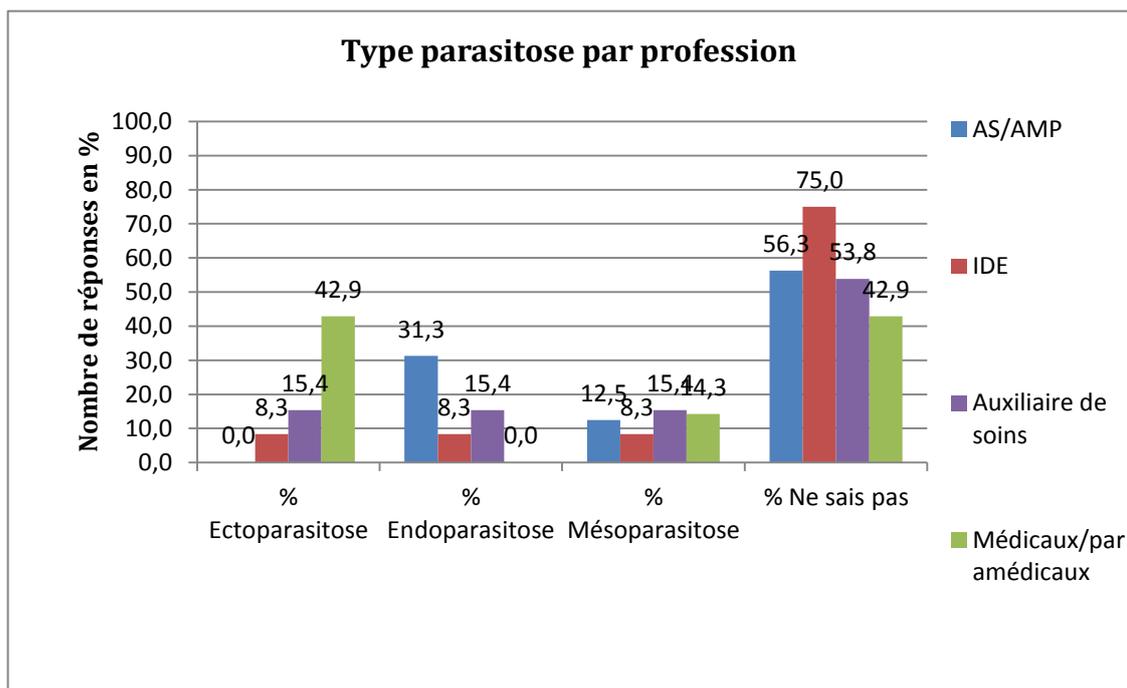


Figure 8 : Type de parasitose, réponses par profession

Le pourcentage de réponse « je ne sais pas » est le plus important pour toutes les professions, excepté chez les médicaux et paramédicaux qui ont répondu en majorité « ectoparasitose ».

On retrouve logiquement la majorité de bonnes réponses chez les médicaux et paramédicaux, exception faite des infirmières.

### ***b) Questions épidémiologiques***

A la première question épidémiologique, il était demandé si la personne connaissait la période de l'année durant laquelle la gale est la plus fréquente. En cas de réponse affirmative, la période devait être citée. Seule une réponse « oui » avec « l'hiver » cité comme époque de l'année était considérée comme correcte. Les réponses « je ne sais pas » ont été comptabilisées à part.

Une seconde question portait sur les populations pouvant être touchées par la gale. Cinq réponses étaient proposées, seule celle qui incluait tous les âges était correcte. (Tableaux 8 et 9)

### **Par établissement :**

**Tableau 8 : Questions épidémiologiques réponses par établissement**

	Période de l'année		Population touchée
	Réponses correctes (%)	Ne sais pas (%)	Réponses correctes (%)
Etablissement 1	3,7	37,0	96,3
Etablissement 2	0,0	39,1	95,7
Etablissement 3	0,0	46,7	100,0

Pour les établissements 2 et 3, aucune réponse correcte sur la période de l'année n'a été relevée. Un faible pourcentage de 3,7 % de réponse correcte est relevé pour l'établissement 1.

En ce qui concerne les populations potentiellement touchées par la gale, le pourcentage de réponses correctes est élevé dans les trois établissements, avec un taux de 100% pour l'établissement 3.

Les résultats sont très proches dans les trois structures, avec des différences de pourcentages peu significatives.

### **Par profession :**

**Tableau 9 : Résultats par profession aux questions épidémiologiques**

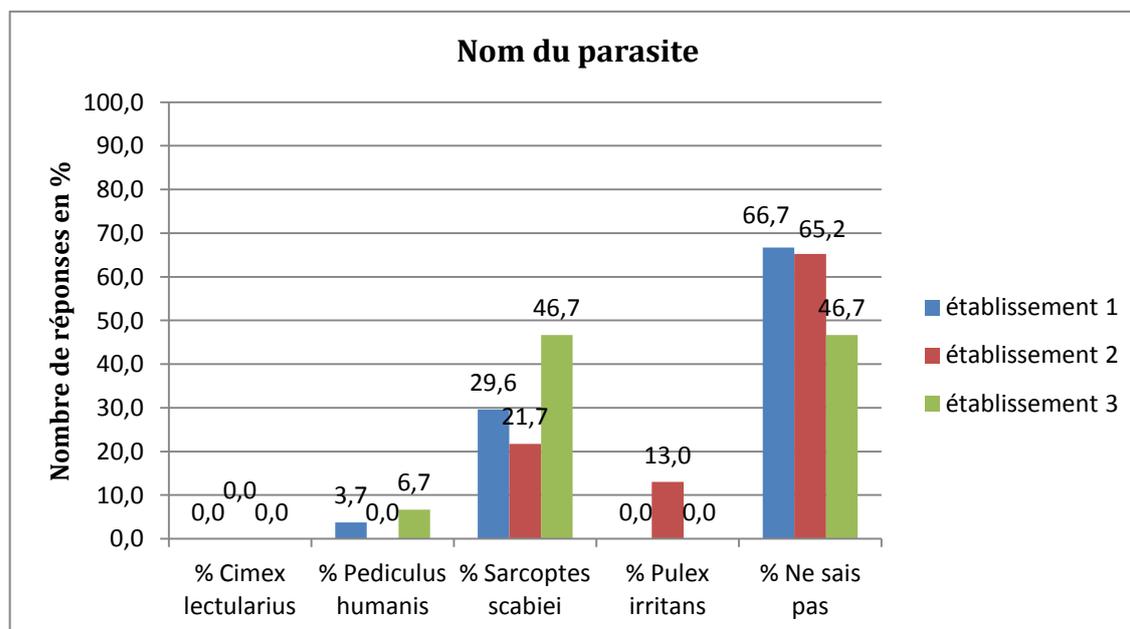
	Période de l'année		Population touchée
	Réponses correctes (%)	Ne sais pas (%)	Réponses correctes (%)
AS/AMP	0,0	53,1	93,8
IDE	0,0	8,3	100,0
Auxiliaire de soins	7,7	46,2	100,0
Médicaux/ Paramédicaux	0,0	28,6	100,0

Pour la période de l'année, les taux de réponses correctes sont faibles et correspondent à ceux relevés dans les établissements. Le pourcentage de réponses correctes est de 100% dans trois des quatre catégories professionnelles étudiées ici en ce qui concerne les populations potentiellement touchées par cette pathologie. Dans la catégorie AS/AMP, le pourcentage est de 93,8%.

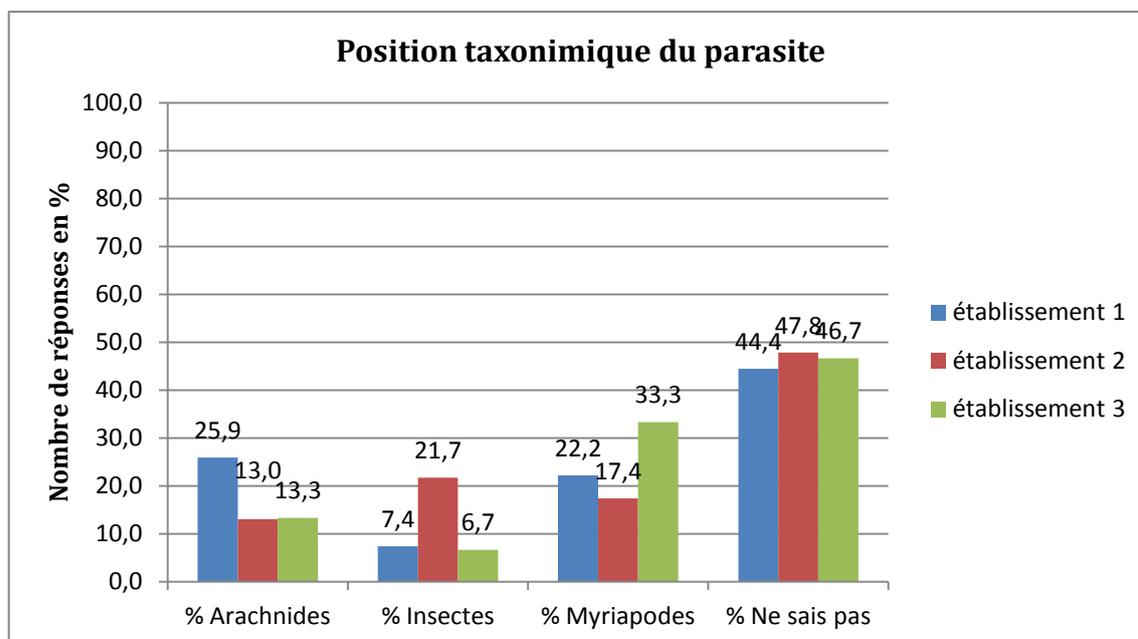
Sur l'épidémiologie de la gale, on ne note pas de différences marquées entre les catégories professionnelles. On remarque par contre que si les populations touchées par le parasite sont connues, la période de l'année où l'on peut observer une recrudescence est, elle, très peu connue.

### ***c) L'agent responsable de la gale***

#### **Nom et position taxonomique du parasite**



**Figure 9 : Nom du parasite, réponses par établissement**



**Figure 10 : Position taxinomique du parasite, réponses par établissement**

Les résultats sont là encore très proches dans les trois établissements interrogés, à la fois en ce qui concerne le nom du parasite et en ce qui concerne la position taxinomique. Le nom du parasite est un peu plus connu dans l'établissement 3, qui a un pourcentage de 46,7 % à la réponse « *Sarcoptes scabiei* » qui était celle attendue. (Figure 8).

La majorité des répondants a déclaré ne pas connaître la réponse à ces deux questions. Dans les trois structures, la réponse « *Sarcoptes scabiei* », a été la plus choisie parmi les quatre propositions (figure 8)

En ce qui concerne la famille du parasite, tous les choix de réponse ont été cités avec une configuration similaire pour les trois EHPAD. La réponse « Arachnides », taxon auquel appartient le sarcopte de la gale, n'a pas été la plus choisie quelque soit la structure, la proposition « je ne sais pas » étant toujours la plus répondue (figure 9).

On voit donc que, d'une manière générale, le nom de l'agent responsable de la gale et le taxon auquel il appartient sont peu connus. Le pourcentage d'erreur est plus important à la question sur le taxon, alors que les termes (insectes, arachnides...) sont couramment utilisés. On peut supposer que la connaissance de ces termes incite plus facilement à choisir une des propositions plutôt qu'avouer ne pas connaître la réponse.

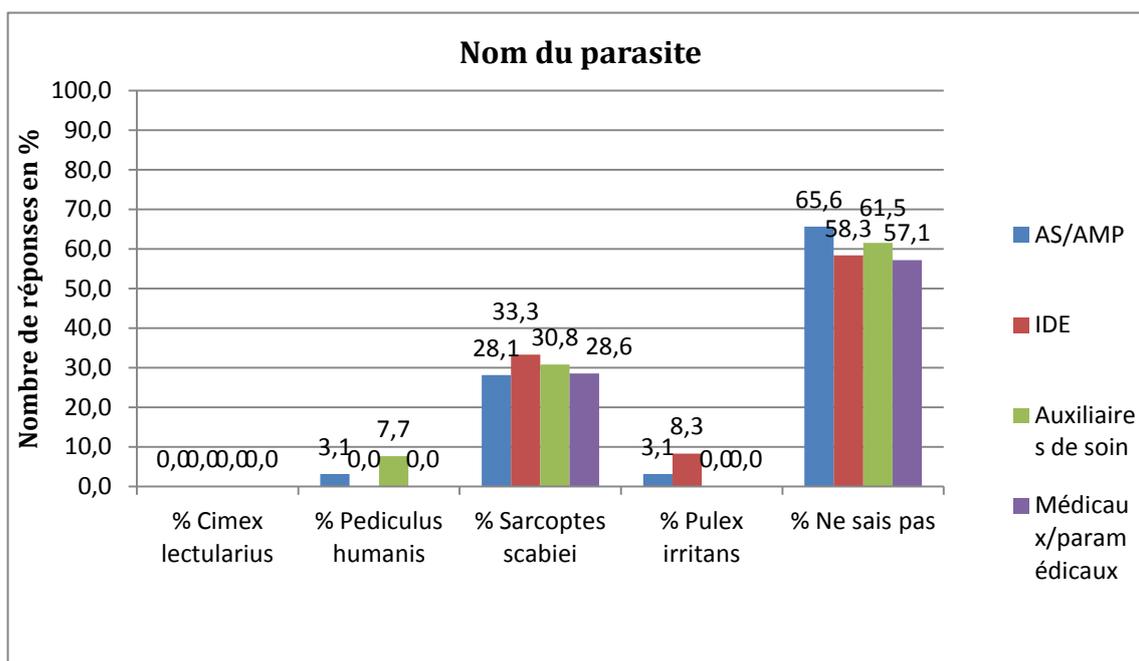
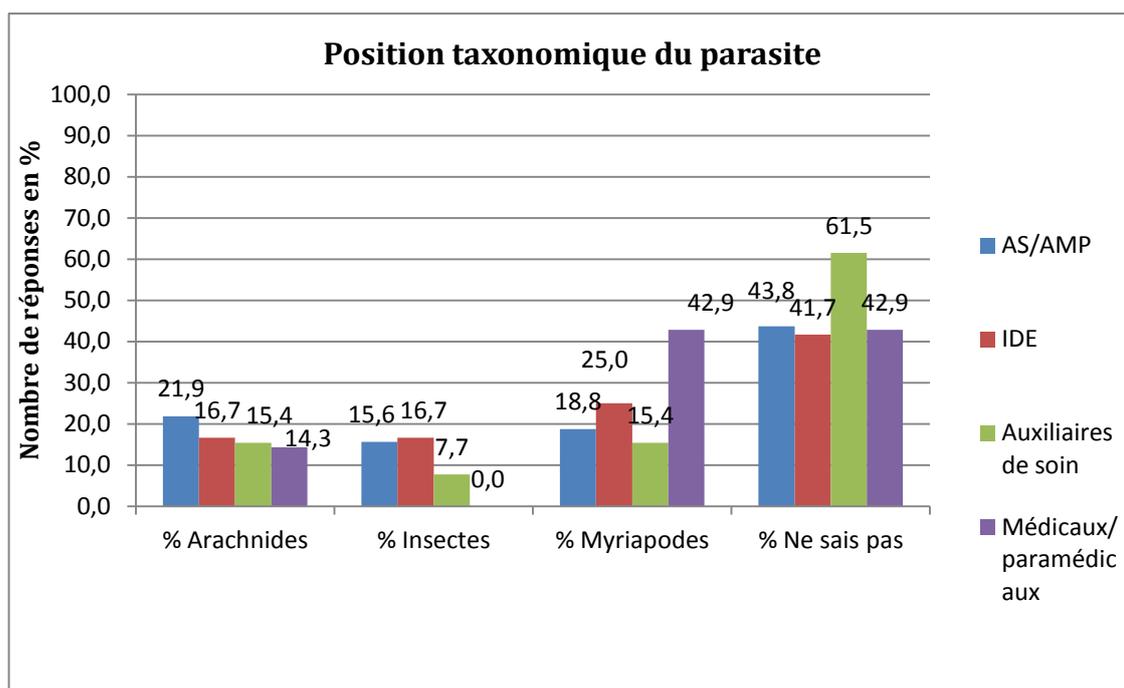


Figure 11 : Nom de parasite, réponses par profession

Concernant le nom du parasite, le taux de réponse « je ne sais pas » est proche pour toutes les professions interrogées avec un pourcentage aux environs de 60%. De même les réponses à la proposition « *Sarcoptes scabiei* », ont représenté un pourcentage d'environ 30%, dans toutes les catégories considérées. La réponse « *Cimex lectularius* », n'a jamais été citée. Il est possible que la punaise de lit soit un parasite plus connu, ou dont on parle plus couramment que la gale.



**Figure 12 : Position taxonomique du parasite, réponses par profession**

La question sur la position taxonomique à laquelle appartient le parasite a donné lieu à des réponses plus variées. Quelle que soit la catégorie professionnelle, la réponse la plus citée parmi les trois proposées a été « les myriapodes ». Les personnels médicaux et paramédicaux n'ont jamais donné comme réponse « les insectes ».

Aucune profession ne se démarque sur ces deux questions. Les résultats sont similaires dans toutes les catégories. Le nom et la famille du parasite sont donc peu connus.

### **Forme infectante du parasite**

La question suivante portait sur le stade du parasite responsable de l'infection chez l'Homme. Tous les stades du cycle du parasite étaient proposés individuellement avec la possibilité, précisée dans la question, de cocher une ou plusieurs cases. De plus étaient aussi proposées les réponses « tous les stades » et « je ne sais pas ».

Pour les résultats, a été considérée comme correcte la réponse « femelle adulte », toutes les autres réponses étant considérées comme fausses. De même, si plusieurs cases étaient cochées, la réponse a été considérée comme fausse. La réponse « je ne sais pas » a été comptabilisée à part (tableaux 10 et 11).

**Tableau 10 : Forme infectante du parasite, réponses par établissement**

Forme infectante	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
Réponses correctes (%)	14,8	8,7	26,7
Autres réponses (%)	29,6	52,2	46,7
Ne sais pas (%)	55,6	39,1	26,7

Dans l'établissement 1, la réponse majoritairement donnée a été « je ne sais pas ». Dans les deux autres établissements, les autres réponses ont majoritairement été choisies.

**Tableau 11 : Forme infectante du parasite, réponses par profession**

Forme infectante	AS/AMP	IDE	Auxiliaires de soins	Médicaux/paramédicaux
Réponses correctes (%)	3,1	16,7	30,8	14,3
Autres réponses (%)	50,0	58,3	30,8	14,3
Ne sais pas (%)	46,9	25,0	38,5	71,4

La réponse correcte a été donnée majoritairement par les auxiliaires de soins, chez qui les réponses sont partagées très équitablement.

Chez les médicaux et paramédicaux les pourcentages de réponses correctes et incorrectes sont également équivalents. La réponse largement majoritaire a été quand même « je ne sais pas ».

On constate que le taux de réponses justes est très faible quel que soit l'EHPAD et la profession considérés. Il est assez surprenant de retrouver le plus fort pourcentage de réponses correctes chez les auxiliaires de soins, plutôt que chez les médicaux-paramédicaux qui ont bénéficié d'une formation théorique plus importante.

#### ***d) Transmission de la gale***

Dans cette partie trois questions étaient posées :

- Le mode de contamination possible : direct, indirect ou les deux
- Le nombre de jours nécessaires pour qu'un sujet devienne contaminant.
- La durée de survie du parasite dans l'environnement

## Type de contamination

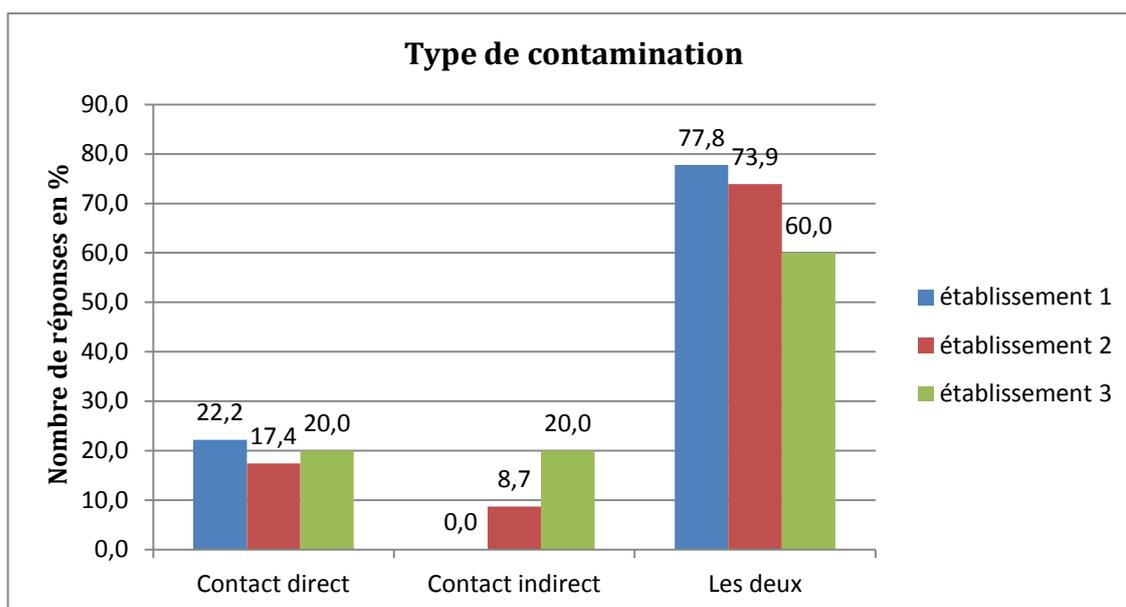


Figure 13 : Type de contamination, réponses par établissement

Les résultats obtenus dans les trois établissements sont équivalents. Une forte majorité de répondants sait que la contamination peut être à la fois directe et indirecte.

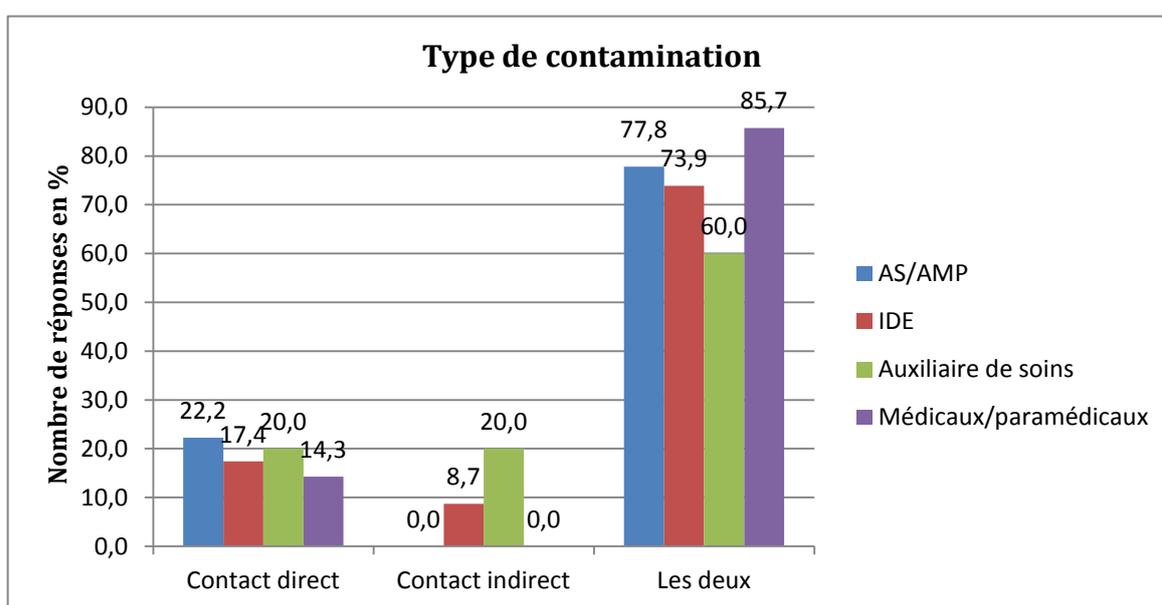


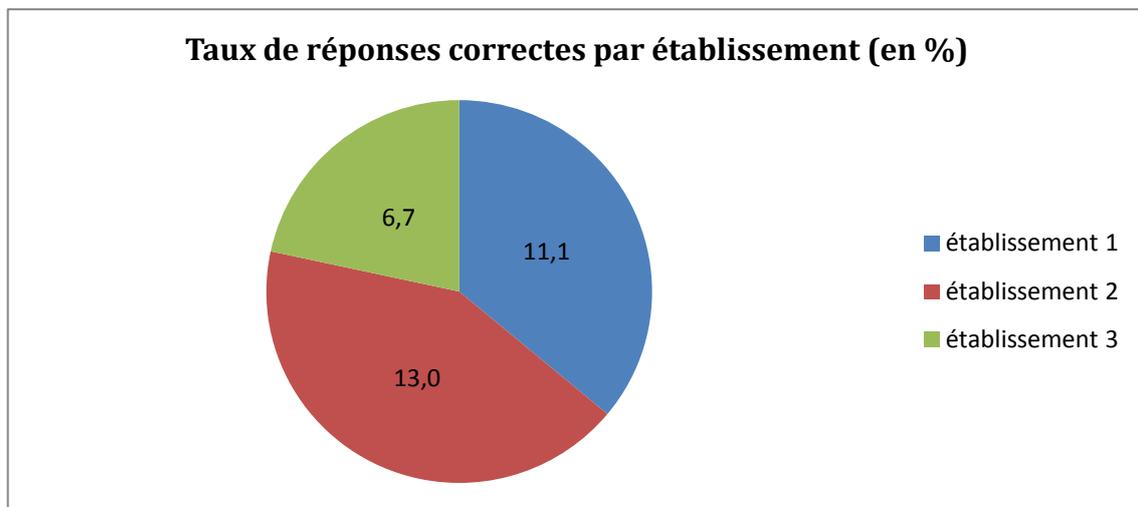
Figure 14 : Type de contamination, réponses par profession

Les pourcentages pour chaque profession sont assez proches quelles que soient les réponses. Environ 20% des répondants ont déclarés que le parasite se transmet seulement par contact direct.

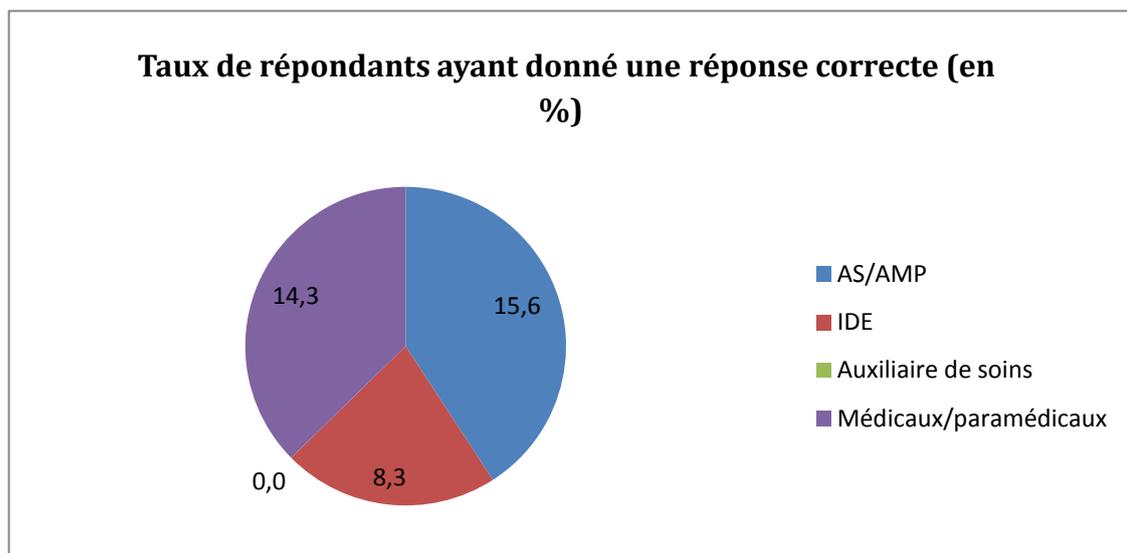
La majorité des répondants connaît donc les modes de transmission du parasite, quel que soit l'établissement ou la profession considérés. Le plus fort taux de réponses correctes est quand même, comme attendu, trouvé chez les médicaux-paramédicaux.

### **Délai avant qu'un patient devienne contaminant**

Plusieurs réponses différentes étaient proposées à cette question allant de 2-3 jours à plus de trois semaines. Seule la réponse correcte, qui est de trois semaines, a été prise en compte et le calcul des pourcentages sont présentés sur les figures 15 et 16 respectivement par établissement et par profession.



**Figure 15 : Délai d'incubation, réponses par établissement**



**Figure 16 : Délai d'incubation, réponses par profession**

Le pourcentage de réponses correctes est d'environ 10% dans les trois établissements. On ne constate pas de différence majeure.

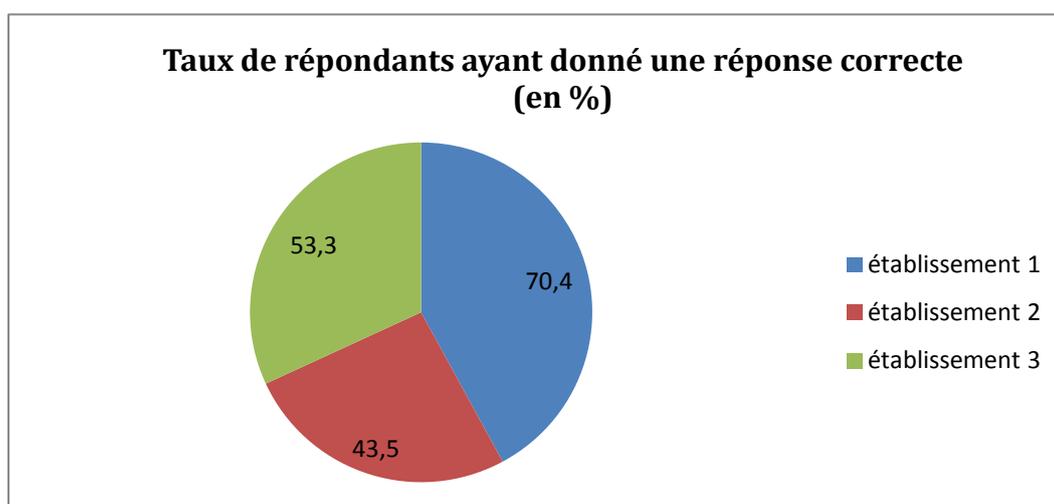
En regardant les résultats en fonction de la profession, on remarque que les auxiliaires de soins n'ont pas connaissance du délai nécessaire pour qu'un patient contaminé devienne à son tour contaminant. Environ 15% des personnels médicaux-paramédicaux et des aides-soignantes savent que ce délai est de trois semaines. Le taux est d'environ 10% chez les IDE.

Ainsi, le délai avant qu'un patient devienne contaminant est dans l'ensemble assez peu connu, avec peu de différences selon la structure ou la profession.

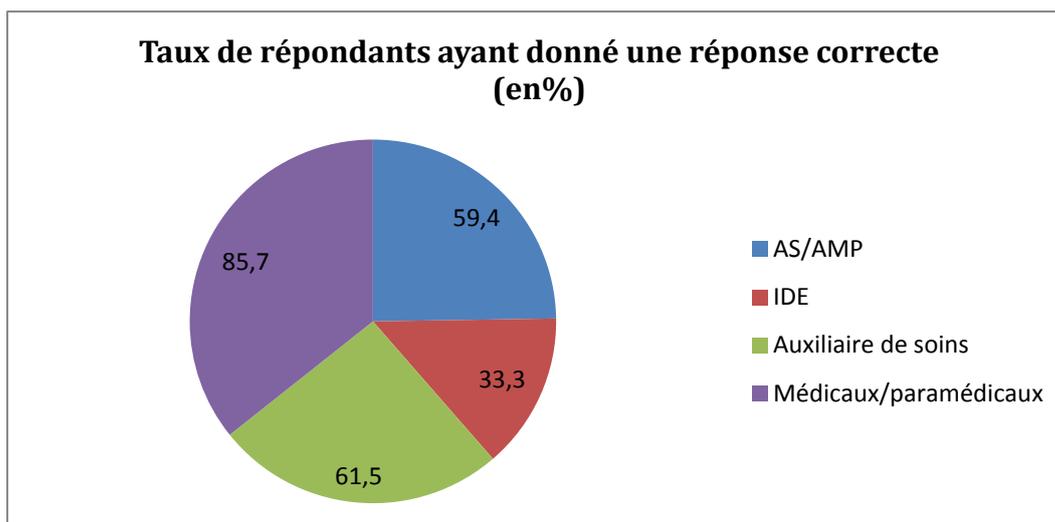
### **Temps de survie du parasite dans l'environnement**

Cette question concernait le temps de survie du parasite dans l'environnement en absence de contact avec l'Homme.

Quatre réponses différentes étaient proposées, dont une réponse correcte : le temps de survie du parasite dans l'environnement est de 24 à 48 heures. Les figures 17 et 18 montrent les taux de bonne réponse (exprimés en pourcentage) suivant l'établissement considéré et la profession des répondants, respectivement.



**Figure 15 : Temps de survie du parasite , réponses par établissement**



**Figure 16 : Survie du parasite dans l'environnement, réponses par profession**

Les pourcentages de réponses correctes sont proches entre les établissements 2 et 3. L'établissement 1 s'est un peu détaché avec un taux supérieur, égal à 70,4% (figure 17). Dans l'ensemble, les personnels des trois établissements semblent connaître le temps de survie du parasite dans l'environnement.

En comparant les résultats en fonction de la profession du répondant (figure 18), on constate que 59 à 85% des répondants de trois des quatre catégories professionnelles considérées connaissent le temps de survie du parasite. Seules les infirmières sont associées à un pourcentage plus faible de réponse correcte (33,3%). Les personnels médicaux et paramédicaux sont les mieux informés avec un pourcentage très élevé de 85,7%.

Ainsi, le temps de survie du parasite dans l'environnement est dans l'ensemble beaucoup mieux connu que le délai avant qu'un patient contaminé devienne contagieux. Il est un peu surprenant que les infirmières aient le taux de réponses correctes le plus faible.

### **3.2.2 Aspect clinique et traitement de la gale**

Dans cette partie, sont présentés les résultats aux questions sur les symptômes de la gale, leur localisation et la spécificité du sujet âgé. Les questions sur le diagnostic et le traitement sont aussi traitées.

#### **a) Symptômes de la gale**

Plusieurs symptômes et plusieurs localisations étaient proposés en réponse aux questions. Pour chaque question, plusieurs réponses étaient considérées comme correctes et devaient être cochées. Les résultats présentés sur le tableau 12 ont été

triés en trois catégories selon les réponses cochées : symptômes ou localisation connus, partiellement connus, non connus.

Le tableau 12 présente également l'état des connaissances concernant d'éventuelles spécificités des symptômes chez la personne âgée. Pour que sa réponse soit considérée comme positive, c'est-à-dire qu'il soit comptabilisé comme connaissant l'existence de spécificités chez la personne âgée, le répondant devait citer un des symptômes spécifiques retrouvés fréquemment chez le sujet âgé.

**Tableau 12 : Symptômes de la gale, réponses par établissement**

	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
Symptômes connus (%)	25,9	39,1	40,0
Symptômes inconnus (%)	7,4	13,0	0,0
Symptômes partiellement connus (%)	66,7	47,8	60,0
Localisations connues (%)	18,5	13,0	46,7
Localisations inconnues (%)	29,6	47,8	40,0
Localisations partiellement connues (%)	51,9	39,1	13,3
Spécificité chez le sujet âgé (%)	3,7	8,7	6,7

Pour les trois établissements, la moitié des soignants ont montré qu'ils connaissaient au moins partiellement les symptômes de la gale et leur localisation. Le pourcentage de personnes ne connaissant pas les symptômes a été faible pour tous les établissements.

Concernant la connaissance de la localisation des lésions, les taux de réponses satisfaisantes sont par contre toujours plus faibles que ceux relatifs à la connaissance des symptômes.

La spécificité des symptômes chez la personne âgée est par contre très peu connue. Seul un très faible pourcentage de répondants dans chaque établissement a cité les symptômes particuliers pouvant être retrouvés chez le sujet âgé.

**Tableau 13 : Symptômes de la gale, réponses par profession**

	AS/AMP	IDE	Auxiliaires de soins	Médicaux-paramédicaux
Symptômes connus (%)	21,9	50,0	30,8	57,1
Symptômes inconnus (%)	6,3	0,0	23,1	0,0
Symptômes partiellement connus (%)	71,9	50,0	46,2	42,9
Localisations connues (%)	21,9	25,0	30,8	14,3
Localisations inconnues (%)	40,6	41,7	46,2	14,3
Localisations partiellement connues (%)	37,5	33,3	23,1	71,4
Spécificité chez le sujet âgé (%)	9,4	0,0	0,0	14,3

Ainsi, comme vu précédemment, d'une manière générale, les symptômes et leurs localisations sont majoritairement partiellement connus.

Les pourcentages relatifs à la connaissance des localisations de lésion sont proches entre les infirmières, les aides soignantes et les auxiliaires de soins. Quelles que soient les catégories professionnelles, les principaux symptômes restent mieux connus que leurs localisations.

La spécificité chez le sujet âgé est mieux connue dans la catégorie des personnels médicaux et paramédicaux, de même que les symptômes généraux et leur localisation, ce qui pouvait être attendu de par la présence de médecins dans ce groupe.

Il peut être surprenant que les spécificités chez la personne âgée ne soient, dans l'ensemble, pas ou peu connus malgré le lieu de l'enquête.

#### ***b) Diagnostic et traitement de la gale***

Une question était consacrée au diagnostic de la gale. Parmi les réponses proposées, deux correspondaient à des réponses attendues (la recherche de parasites adultes au niveau des lésions et la recherche d'œufs au niveau des lésions). Si ces deux réponses ont été données, le diagnostic a été considéré comme connu. Au contraire, si une seule des deux a été choisie, la réponse a été considérée comme incomplète. Si une autre proposition a été répondue, le diagnostic a été considéré comme inconnu (tableaux 14 et 15).

Les tableaux 14 et 15 présentent également les résultats de la question posée sur les spécialités utilisées dans le traitement de la gale. Soit le répondant connaissait au moins une spécialité soit il n'en connaissait pas.

## **Diagnostic**

**Tableau 14 : Diagnostic de la gale, réponses par établissement**

	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
Diagnostic connu (%)	11,1	0,0	20,0
Diagnostic inconnu (%)	51,9	73,9	60,0
Diagnostic incomplet (%)	37,0	26,1	20,0
Spécialité connue (%)	3,7	17,4	13,3
Spécialité inconnue (%)	96,3	82,6	86,7

**Tableau 15 : Diagnostic de la gale, réponses par profession**

	AS/AMP	IDE	Auxiliaires de soins	Médicaux-paramédicaux
Diagnostic connu (%)	3,1	25,0	7,7	14,3
Diagnostic inconnu (%)	68,8	58,3	53,8	42,9
Diagnostic incomplet (%)	28,1	16,7	38,5	42,9
Spécialité connue (%)	3,1	25,0	0,0	28,6
Spécialité inconnue (%)	96,9	75,0	100,0	71,4

Les résultats sont comparables dans les trois établissements, avec un pourcentage de diagnostic inconnu moyen, voisin de 60%. Les spécialités sont apparues majoritairement inconnues avec là encore des résultats proches dans tous les établissements.

Les résultats relatifs au diagnostic exprimés par profession (tableau 15) montrent des pourcentages équivalents dans toutes les catégories. Concernant la connaissance des spécialités, les infirmières et les personnels médicaux-paramédicaux ont présenté des profils très comparables : pourcentages proches avec en moyenne environ 25% de connaissance (tableau 15).

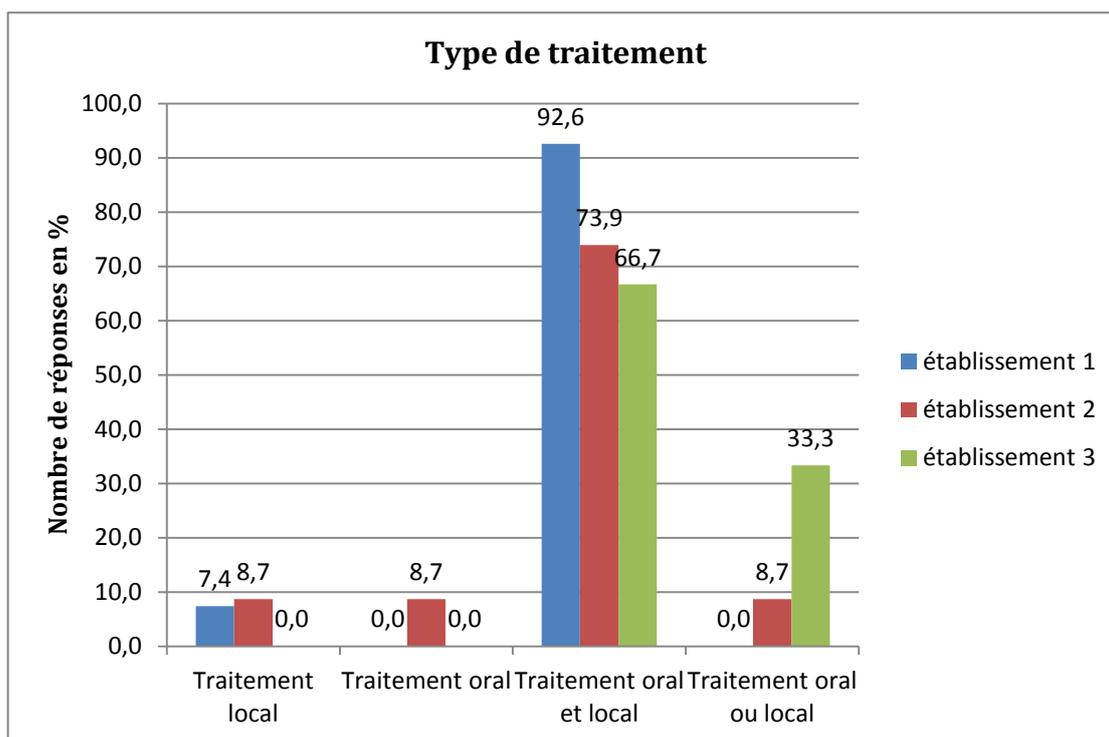
Ainsi, on ne constate pas de différence majeure entre les établissements, ni entre les professions sur la question du diagnostic. Il peut être un peu surprenant que les personnels médicaux et paramédicaux ne connaissent pas mieux le diagnostic que les autres professions, mais il faut noter le faible nombre de médecins ayant répondu au questionnaire.

Les infirmières et les personnels médicaux-paramédicaux connaissent un peu mieux les spécialités utilisées que les autres personnels.

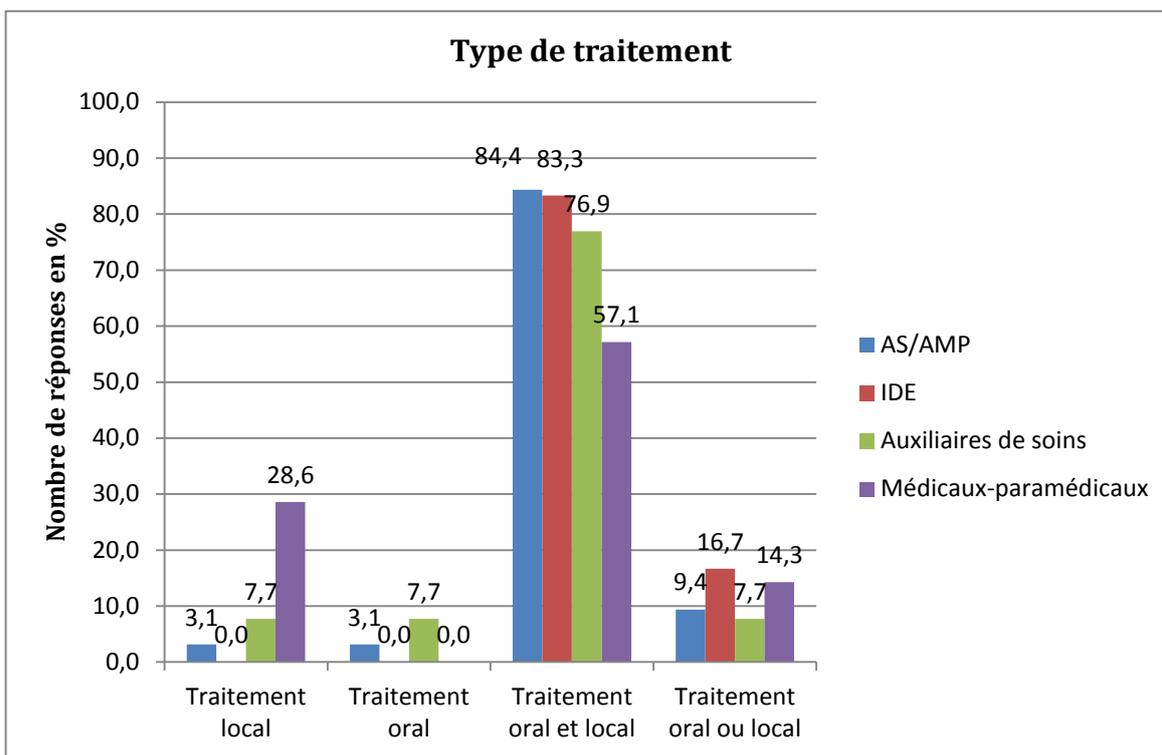
### **Modalités du traitement**

Les questions suivantes concernaient le type de traitement (oral seulement, local seulement, oral et local, oral ou local), la durée du traitement, et le traitement de l'environnement.

Sur le type de traitement, la réponse attendue était « oral ou local », en effet il existe à la fois des spécialités à appliquer localement et d'autres à prendre oralement mais elles ne sont pas prises de façon concomitante. Les résultats sont présentés sur les figures 19 et 20.



**Figure 17 : Type de traitement, réponses par établissement**



**Figure 18 : Type de traitement, réponses par profession**

La majorité des répondants, dans tous les établissements, et quelles que soient leur profession, a répondu que le traitement est à la fois local et oral (figures 19 et 20). Les autres propositions de réponses ont été beaucoup moins sélectionnées. La réponse traitement oral ou local est quand même ressortie dans l'établissement 3 en seconde position avec un pourcentage de 33,3% (figure 19).

La question suivante portait sur la durée du traitement. En règle générale, si le traitement est local, une application suffit, s'il est oral une seule prise est suffisante. Une seconde prise ou application n'est nécessaire qu'exceptionnellement si les symptômes persistent après une durée de trois semaine.

La réponse attendue était donc « une prise/application unique ». Les figures 21 et 22 présentent les résultats obtenus à cette question.

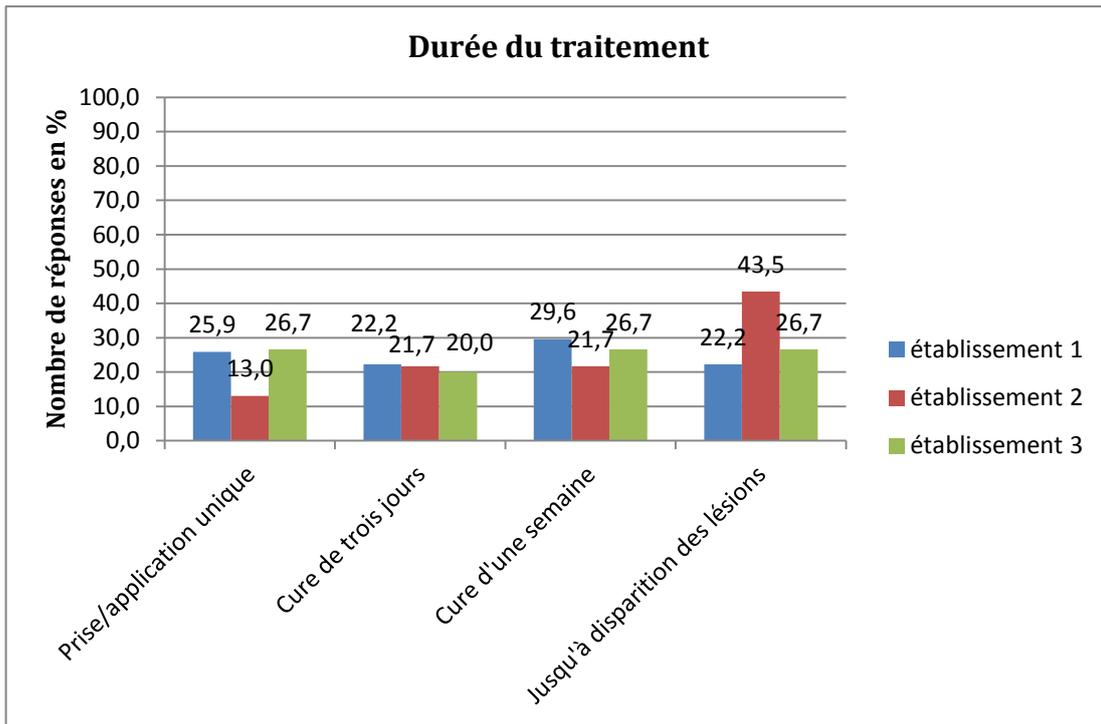


Figure 20 : Durée de traitement, réponses par établissement

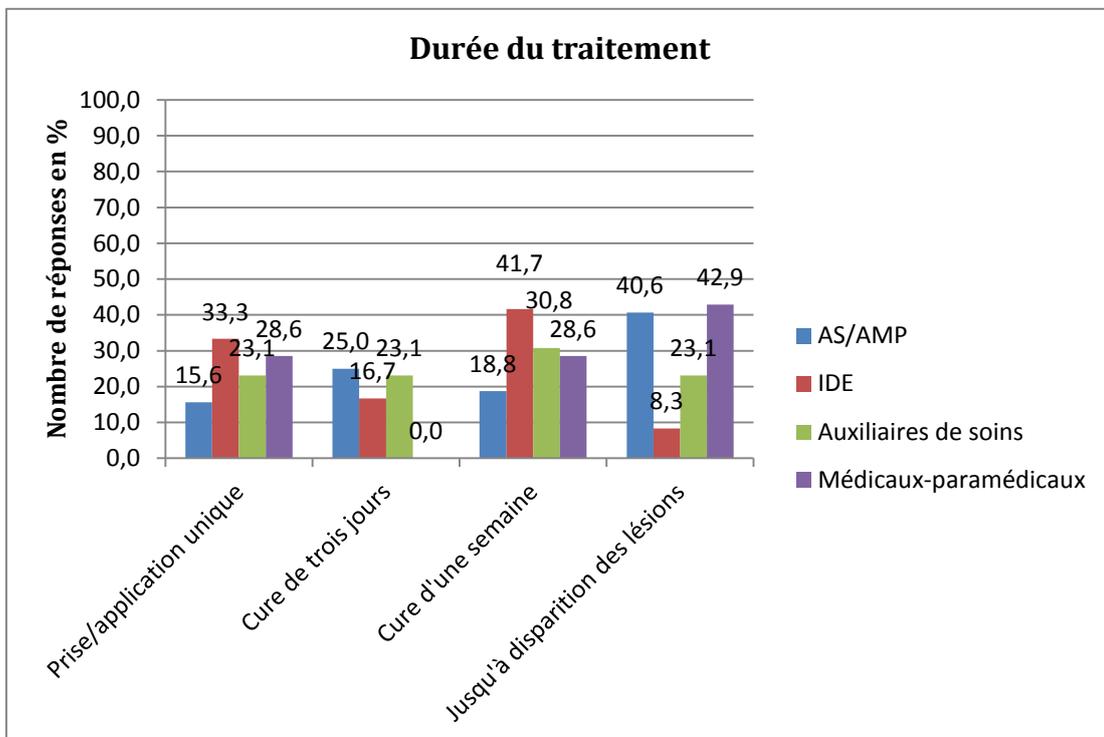


Figure 19 : Durée du traitement, réponses par profession

Concernant les résultats, les différentes propositions de réponses ont été sélectionnées de façon comparable dans les trois établissements, avec des pourcentages associés entre 20 et 30% (figure 21). Dans l'établissement 2, La proposition « jusqu'à disparition des lésions » ressort un peu plus avec un taux de réponse de 43,5%. Toutefois, dans l'ensemble, on ne note pas de différence significative en fonction de la structure.

Bien que la taille et la nature des effectifs ne permettent pas une analyse statistique pertinente, les résultats selon les professions ont tendance à être un peu plus variables mais aucune proposition ne paraît se détacher réellement (figure 22).

La prise en charge médicamenteuse de la gale est peu connue, que ce soit les spécialités utilisées, le type de traitement ou la durée. On peut supposer que les infirmières, aides soignantes et auxiliaires de soins ne sont pas directement concernées par le choix du traitement mais seulement par l'application du protocole défini par le médecin. Ce n'est pas dans leur formation, et si elles n'ont pas eu à l'appliquer, il est normal qu'elle ne le sache pas. Dans la catégorie des professionnels médicaux-paramédicaux, les pourcentages de réponses correctes ne sont pas vraiment plus élevés, mais un très petit nombre de médecins ayant répondu au questionnaire, les résultats sont à considérer avec prudence.

Les résultats sur le traitement de l'environnement sont présentés sur les tableaux 16 et 17. Pour cette question, toutes les réponses devaient être cochées. Il était précisé dans l'énoncé de la question que plusieurs réponses étaient possibles. Aucune réponse ne pouvant être fausses, les réponses ont été classées en réponse correcte et réponse partiellement correcte.

**Tableau 16 : Traitement de l'environnement, réponses par établissement**

	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
Traitement de l'environnement connu (%)	70,4	69,6	86,7
Traitement de l'environnement incomplet (%)	29,6	30,4	13,3

**Tableau 17 : Traitement de l'environnement, réponses par profession**

	AS/AMP	IDE	Auxiliaires de soins	Médicaux-paramédicaux
Traitement de l'environnement connu (%)	68,8	75,0	76,9	85,7
Traitement de l'environnement incomplet (%)	31,3	25,0	23,1	14,3

Les résultats sont proches pour les trois établissements et quelles que soient les professions. Une majorité des répondants sait qu'il faut traiter tout l'environnement du patient.

### **3.3 Questionnaire non soignant**

Dans cette partie sont présentés les résultats du questionnaire destiné aux personnels non soignants de l'établissement. Comme pour le questionnaire précédent, ils sont donnés à la fois par établissements et par profession.

Du fait du faible nombre de personnes aux différents postes interrogés, les répondants ont été classés en quatre catégories professionnelles :

- Administratif
- Auxiliaire de vie
- Restauration
- Hébergement : blanchisserie, entretien et animation.

Sont d'abord présentées les réponses aux questions générales sur la gale, puis celles sur les aspects cliniques de la pathologie.

#### **3.3.1 Questions générales sur la gale**

##### **a) Type d'affection**

**Tableau 18 : Type d'affection, questionnaire non soignant, réponses par établissement**

Type pathologie	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
Dermatologique (%)	100	100	100
Respiratoire (%)	0	0	0
Digestive (%)	0	0	0
Autre (%)	0	0	0

**Tableau 19 : Type d'affection, réponses au questionnaire non soignant par profession**

Type de pathologie	Administratifs	Auxiliaires de vie	Restauration	Hébergement
Dermatologique (%)	100	100	100	100
Respiratoire (%)	0	0	0	0
Digestive (%)	0	0	0	0
Autres (%)	0	0	0	0

Tous les répondants savent que la gale est une affection dermatologique. La proposition de réponse « dermatologique » a en effet réuni 100% des réponses quels que soient les EHPAD et les professions (tableaux 18 et 19).

### *b) Questions épidémiologiques*

**Tableau 20 : Période de l'année et population touchées, réponses par établissement**

	Période de l'année		Populations touchées
	Réponses correctes (%)	Ne sais pas (%)	Réponses correctes (%)
établissement 1	13,0	13,0	100,0
établissement 2	10,0	20,0	90,0
établissement 3	33,3	44,4	88,9

**Tableau 21 : Période de l'année et populations touchées, réponses par profession**

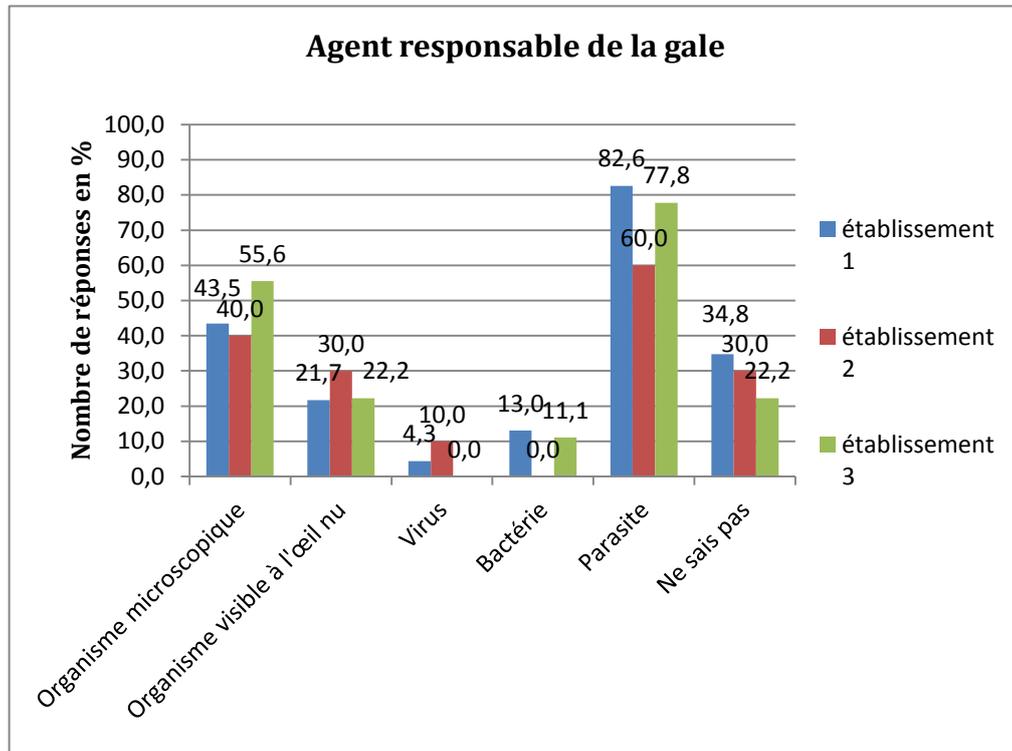
	Période de l'année		Populations touchées
	Réponses correctes (%)	Ne sais pas (%)	Réponses correctes (%)
Administratif	33,3	50,0	83,3
Auxiliaire de vie	15,0	30,0	100,0
Restauration	20,0	20,0	100,0
Hébergement	11,1	33,3	88,9

Sur les questions épidémiologiques, les taux de réponses correctes sont très proches dans les deux premiers établissements (tableau 20). Pour le troisième, le taux de réponses correctes, concernant la période de l'année, est un peu plus élevé. Concernant les populations touchées, la répartition des réponses est proche pour les trois.

En analysant ces résultats en fonction de la profession des répondants, on ne constate pas de différence (tableau 21).

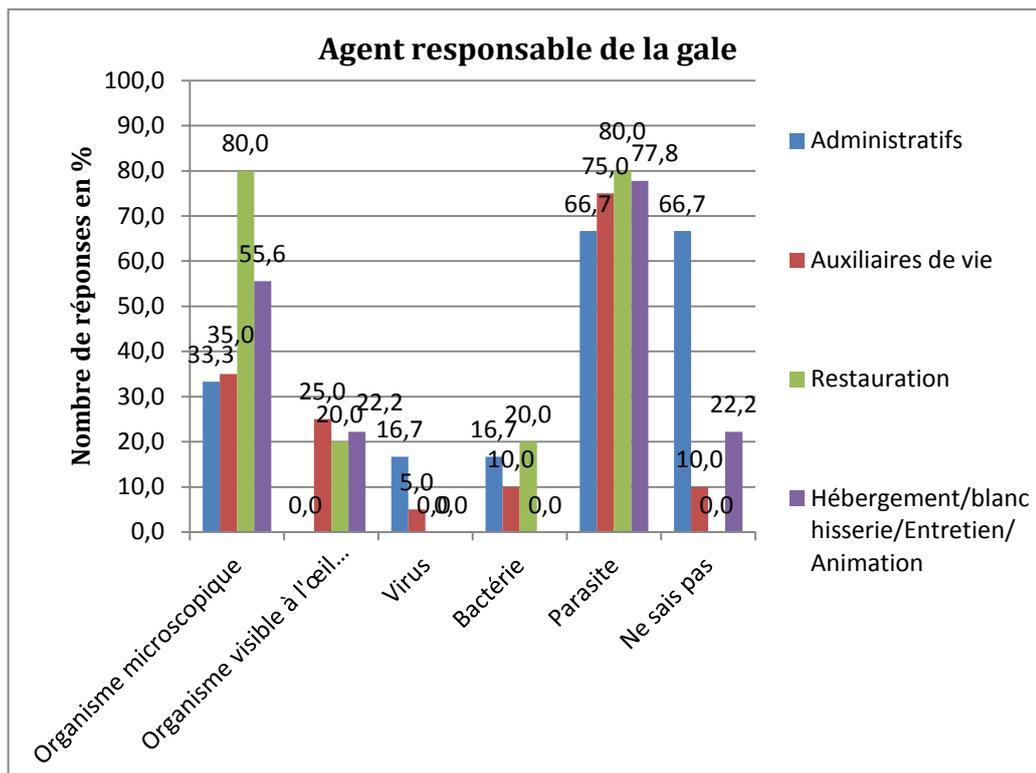
Dans l'ensemble, les répondants ont peu notion que la gale est en recrudescence en hiver. Au contraire, le type de population touchée est lui plutôt bien connu par l'ensemble des participants à l'enquête.

**c) Agent responsable de la gale**



**Figure 21 : Agent responsable de la gale, réponses par établissement**

Deux types de réponses devaient être donnés à cette question, une concernait la nature de l'agent responsable de la gale, et l'autre sa taille. Les résultats montrent que la majorité des répondants de chaque établissement sait que l'agent responsable de la gale est un parasite, et un organisme microscopique (figure 23).



**Figure 22 : Agent responsable de la gale, réponses par profession**

De même, peu de différences sont observées entre les différentes professions qui ont toutes répondu en majorité « organisme microscopique » et « parasite » (figure 23).

Dans l'ensemble les participants savent que la gale est due à un parasite microscopique (33,3 à 80% des réponses ; figure 23).

#### ***d) Transmission***

Trois questions étaient posées dans cette partie, une sur le mode de contamination, une sur le délai d'incubation et enfin la dernière sur la survie du parasite dans l'environnement.

## Mode de transmission

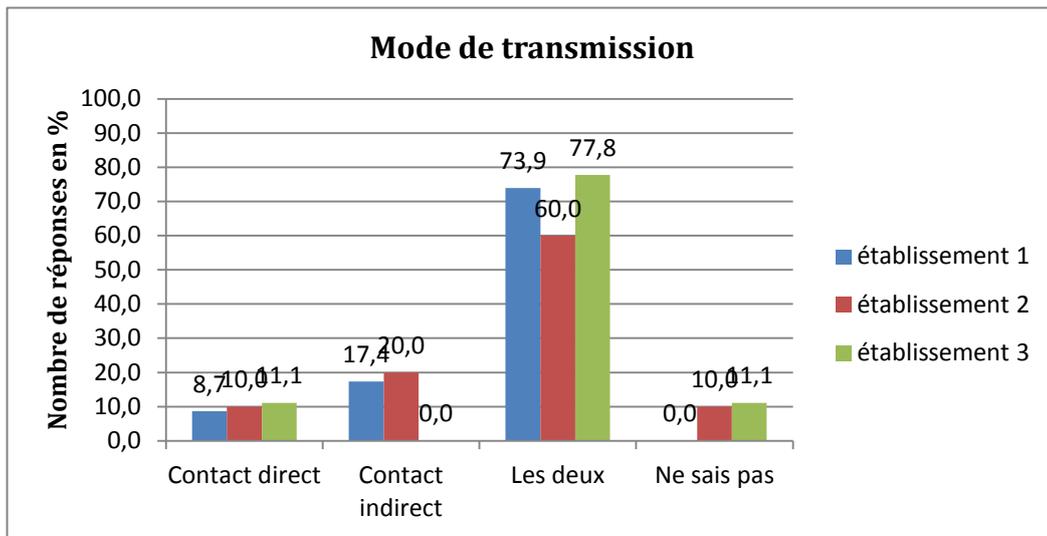


Figure 24 : Mode de transmission, réponses par établissement

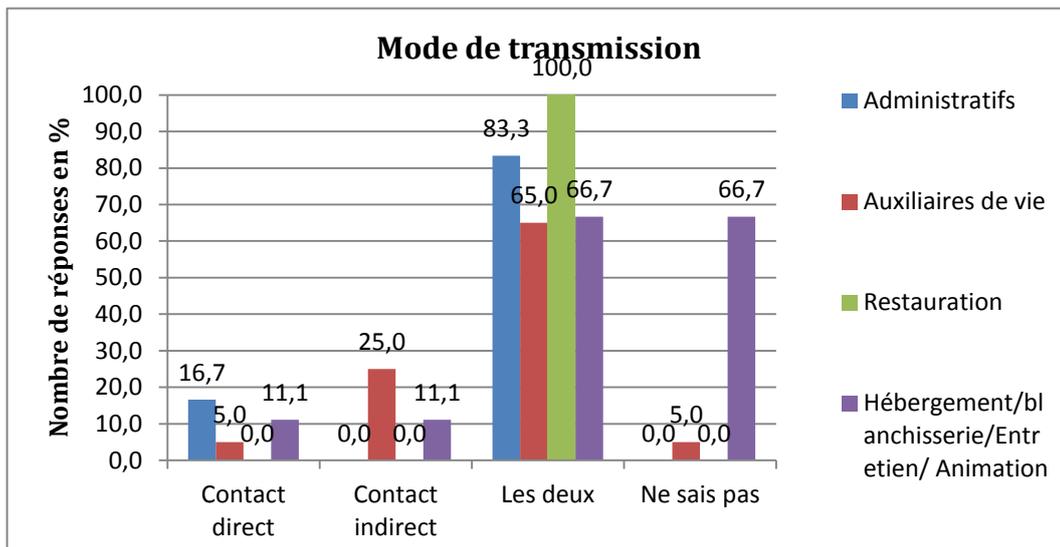


Figure 23 : Mode de transmission, réponses par profession

Concernant le type de transmission, les répondants ont répondu « directe et indirecte » quelles que soient la profession et la structure considérées (figures 24 et 25).

La grande majorité des participants sait donc que la contamination peut se faire par des contacts directs entre un patient et une personne non atteinte mais aussi par des contacts indirects. Il était précisé dans le questionnaire ce qui était entendu par contacts indirects.

## Délai d'incubation

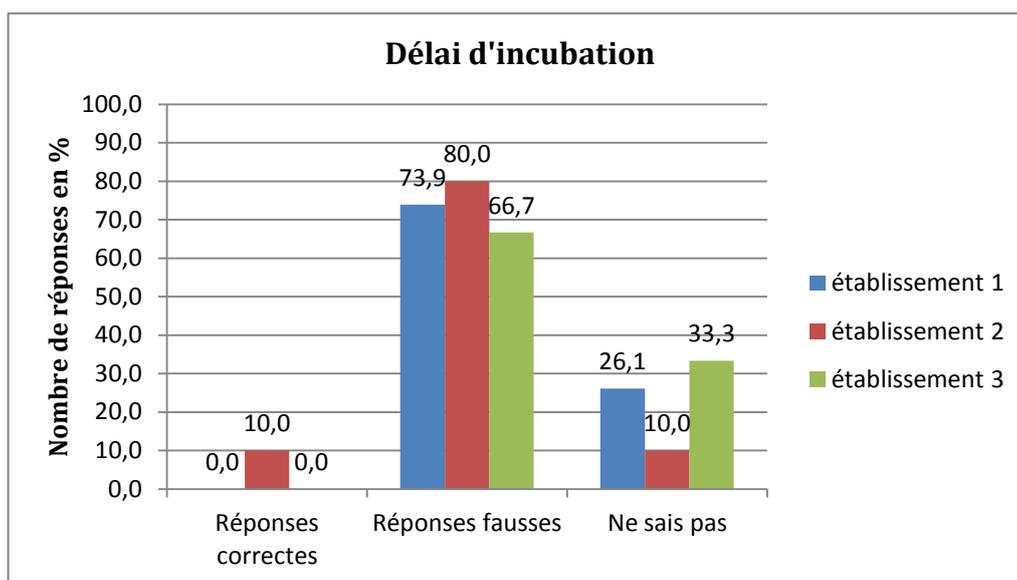


Figure 26 : Délai d'incubation, réponses par établissement

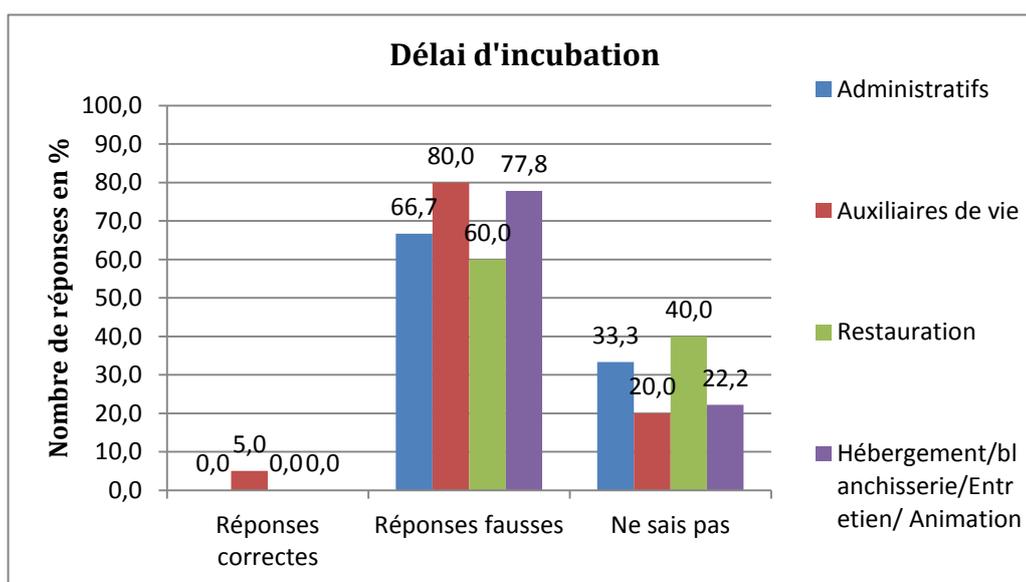


Figure 25 : Délai d'incubation, réponses par profession

Concernant la question en lien avec le temps nécessaire pour qu'un sujet infecté devienne contaminant, la majorité des réponses étaient erronées. La plupart des répondants ont choisi des délais d'incubation inférieurs à trois semaines, ce qui était la réponse attendue. Le parasite a, en effet, besoin d'au moins trois semaines sur son hôte pour effectuer son cycle complet et produire des individus qui pourront contaminer de nouveau sujet.

La configuration des résultats est comparable dans les différents EHPAD, ainsi que pour les différentes professions.

### Temps de survie du parasite dans l'environnement

Plusieurs réponses étaient proposées à cette question avec des durées de survie du parasite dans l'environnement allant de quelques heures à plus d'une semaine. Seule la réponse « 24 à 48 heures » a été comptabilisé comme réponse correcte.

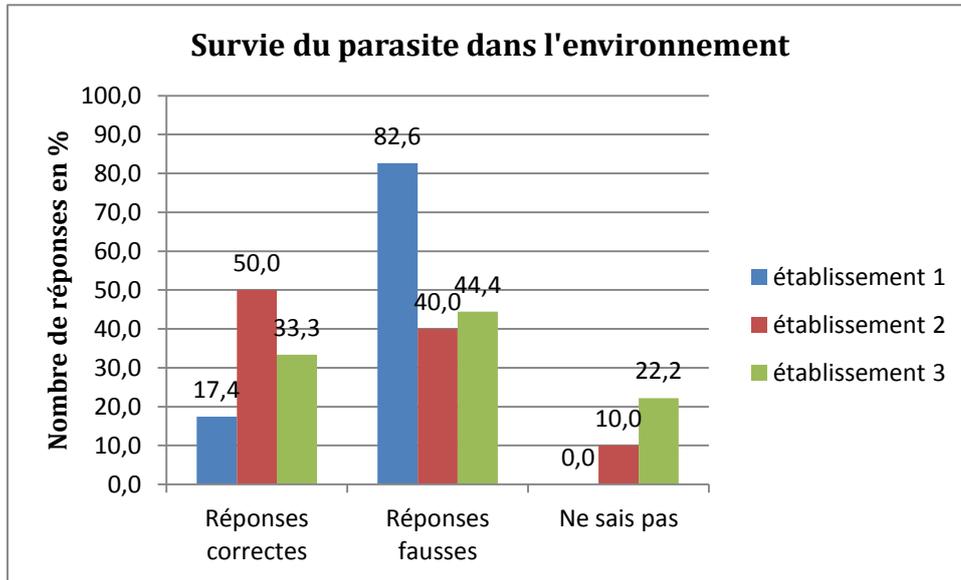
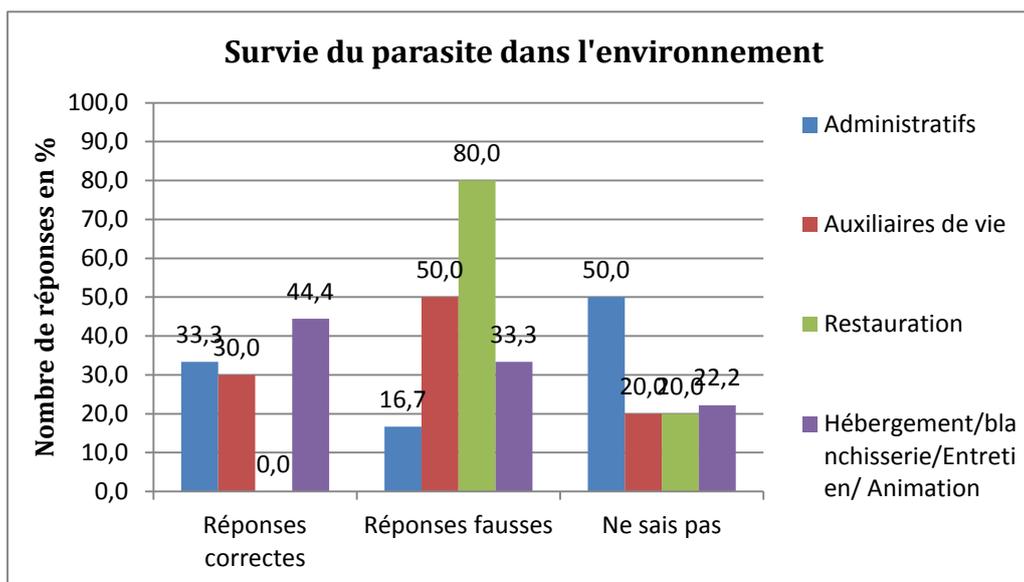


Figure 27 : Survie du parasite dans l'environnement, réponses par établissement



**Figure 28 : Survie du parasite dans l'environnement, réponses par profession**

Le temps de survie du parasite dans l'environnement paraît mieux connu dans l'établissement 2, pour lequel 50% des participants ont répondu correctement à la question (figure 29).

En comparant les résultats suivant la profession exercée, on remarque qu'un taux de réponse fausse assez élevé, de 80%, est retrouvé chez les personnels de la restauration. De plus, aucun d'entre eux n'a répondu « 24 à 48 heures » à cette question. Les pourcentages de réponses correctes dans les autres professions varient entre 30,0 et 44,4 % (figure 30).

Le délai d'incubation et le temps de survie du parasite dans l'environnement sont donc majoritairement mal connus.

### 3.3.2 Aspect clinique de la gale

#### a) Symptômes

Concernant l'aspect clinique de la gale, seul le principal symptôme, à savoir le prurit, était attendu. Pour la localisation des signes, cinq propositions étaient faites, dont trois correctes : entre les doigts, au niveau des poignets et au niveau des plis du corps. Les réponses ont été classées en connues si toutes les propositions correctes ont été choisies, en partiellement connues si elles n'ont pas toutes été cochées, et en inconnues dans les autres cas.

**Tableau 22 : Symptômes de la gale, réponses par établissement**

	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
Symptômes connus (%)	100,0	90,0	77,8
Symptômes inconnus (%)	0,0	10,0	22,2
Localisations connues (%)	21,7	0,0	22,2
Localisations inconnues (%)	60,9	70,0	66,7
Localisations partiellement connues (%)	17,4	30,0	11,1

**Tableau 23 : Symptômes de la gale, réponses par profession**

	Administratifs	Auxiliaires de vie	Restauration	Hébergement
Symptômes connus (%)	100,0	95,0	80,0	88,9
Symptômes inconnus (%)	0,0	5,0	20,0	11,1
Localisations connues (%)	16,7	20,0	0,0	22,2
Localisations inconnues (%)	33,3	65,0	80,0	66,7
Localisations partiellement connues (%)	50,0	15,0	20,0	11,1

Dans tous les établissements et quelles que soient les professions interrogées, le principal symptôme de la gale est connu (tableaux 22 et 23). Par contre, les localisations des lésions sont majoritairement non connues, ou connues seulement partiellement.

### ***b) Diagnostic***

Parmi les propositions, seul le prélèvement dermatologique correspondait au diagnostic de la gale. Si une autre proposition a été choisie, le diagnostic a été considéré comme inconnu. Le taux de réponse « je ne sais pas » a été comptabilisé à part, toutefois dans les tableaux 24 et 25 une ligne a été ajoutée regroupant à la fois les réponses fausses et les réponses « je ne sais pas ». Elle totalise ainsi toutes les personnes qui ne savent pas comment est réalisé le diagnostic.

**Tableau 24 : Diagnostic, réponses par établissement**

	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
Diagnostic connu (%)	43,5	50,0	22,2
Diagnostic inconnu (%)	43,5	40,0	66,7
Ne sais pas (%)	13,0	10,0	11,1
Total diagnostic inconnu	56,5	50,0	77,8

Les résultats sont assez partagés dans les établissements 1 et 2, puisqu'environ la moitié des participants savent comment est réalisé le diagnostic (43 à 50%), contre une petite moitié qui ne le sait pas (43-40%) (Tableau 24); l'établissement 3 se distingue des autres avec 77,8% des répondants qui ne savent pas comment est fait le diagnostic.

**Tableau 25 : diagnostic, résultats par profession**

	Administratifs	Auxiliaires de vie	Restauration	Hébergement
Diagnostic connu (%)	50,0	45,0	20,0	33,3
Diagnostic inconnu (%)	33,3	55,0	60,0	44,4
Ne sais pas (%)	16,7	0,0	20,0	22,2
Total diagnostic inconnu	50,0	55,0	80,0	66,6

En analysant les résultats suivant la profession des répondants, on peut voir une configuration assez proche, avec de l'ordre de 50% des répondants qui savent comment est fait le diagnostic, à l'exception du personnel de restauration : 20%.

Dans l'ensemble un peu moins de la moitié des répondants savent comment est réalisé le diagnostic.

### ***c) Traitement de l'environnement***

Concernant le traitement de l'environnement, toutes les réponses proposées dans le questionnaire (linge, literie, entourage, chambre) devaient être cochées. Il était de plus proposé deux autres réponses : « Aucune des mesure précédentes n'est utile » et « je ne sais pas ». Les réponses ont été classées en connues si les quatre premières propositions étaient choisies, en incomplètes si elles n'étaient pas toutes cochées et en inconnues si le répondant choisissait une des deux autres réponses.

**Tableau 26 : Traitement, résultats par établissement**

	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
Traitement de l'environnement connu (%)	82,6	50,0	55,6
Traitement de l'environnement inconnu (%)	0,0	0,0	0,0
Traitement de l'environnement incomplet (%)	17,4	50,0	44,4

**Tableau 27 : Traitement, réponses par profession**

	Administratifs	Auxiliaires de vie	Restauration	Hébergement
Traitement de l'environnement connu (%)	50,0	85,0	60,0	55,6
Traitement de l'environnement inconnu (%)	0,0	0,0	0,0	0,0
Traitement de l'environnement incomplet (%)	50,0	15,0	40,0	44,4

Quelque soit l'établissement ou la profession étudié, une majorité des répondants sait qu'il est nécessaire de traiter l'environnement du patient. On retrouve tout de même des pourcentages plus élevés dans l'établissement 1 : 82,6% et chez les auxiliaires de vie : 85,0%. Les participants connaissent au moins en partie ce qui doit être pris en charge, aucune réponse n'a été totalement fausse.

### **3.4 Prévention d'une épidémie de gale dans l'EHPAD**

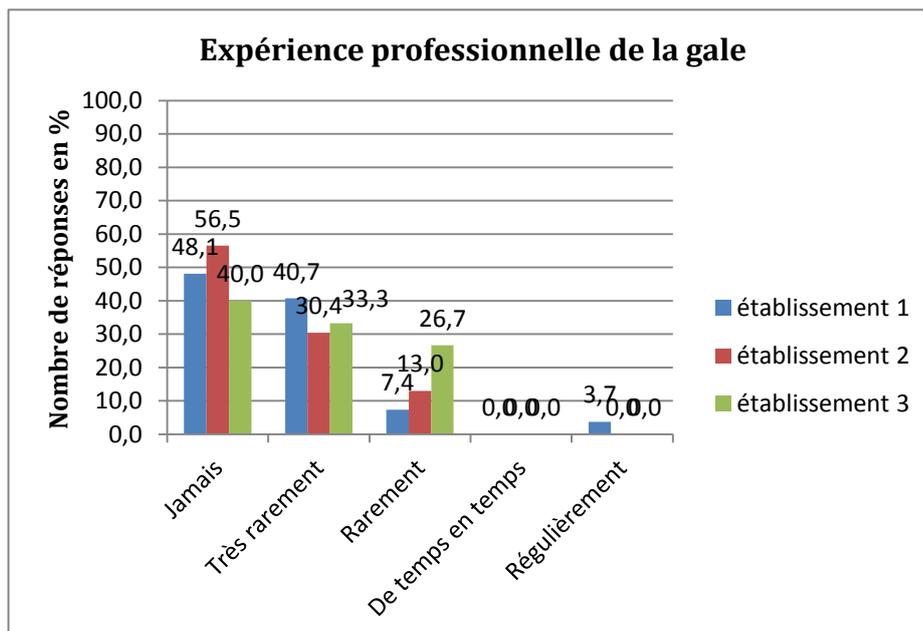
#### **3.4.1 Expérience professionnelle**

Dans cette partie, les réponses concernent l'expérience professionnelle des répondants. Il n'y a donc pas de réponses correctes ou incorrectes.

Il était tout d'abord demandé aux personnels soignants à quelle fréquence ils étaient confrontés à la gale dans leur activité professionnelle, que ce soit dans l'établissement où ils exercent actuellement ou ailleurs. Les réponses possibles étaient :

- Jamais
- Très rarement (moins d'une fois en 5 ans)
- Rarement (moins d'une fois par an)
- De temps en temps (1 à 2 fois par an)
- Régulièrement (plus de deux fois par an)

Les résultats sont présentés en pourcentage de réponses obtenues pour chaque proposition sur la figure 31 :



**Figure 29 : Expérience professionnelle de la gale, résultats par établissement**

Dans tous les établissements, la majorité des répondants a déclaré n'avoir jamais été confronté à la gale au cours de leur exercice professionnel. Pour les trois EHPAD, les propositions qui ont ensuite été le plus répondues sont, dans cet ordre, « très rarement » et « rarement ». Les résultats varient en fonction de la structure mais ont retrouvé toujours cette configuration.

Aucun répondant n'a dit avoir rencontré de temps en temps des cas de gale. Et seuls 3,7% des répondants de l'établissement 1 ont choisi la proposition « régulièrement » soit plus de deux fois par an.

Cela peut donner une indication concernant une méconnaissance des questions précédentes pour certaines professions.

La question suivante concernait l'expérience dans les établissements interrogés et s'adressait à tout le personnel. Il était demandé aux participants si un cas de gale avait déjà été signalé dans la structure. Les résultats donnés dans le tableau 28 sont en pourcentage de réponse.

**Tableau 28 : Cas de gale dans les établissements**

Cas de gale dans établissement	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
Oui (%)	38,0	18,2	33,3
Non (%)	28,0	51,5	45,8
Ne sais pas (%)	34,0	30,3	20,8

Les réponses dans tous les établissements sont variables avec des pourcentages répartis entre toutes les propositions.

Il est difficile, du fait de la configuration de ces résultats, de déterminer s'il a déjà été diagnostiqué un cas de gale dans les établissements.

A noter qu'il n'était pas précisé dans la question si le cas de gale concernait les personnes âgées ou le personnel. Il a d'ailleurs été précisé sur plusieurs réponses que les cas de gale ne concernaient pas les personnes hébergées.

Les directeurs des trois établissements ont affirmé en début d'enquête qu'aucun cas de gale chez un patient n'avait été diagnostiqué dans leur EHPAD.

Une question supplémentaire a été posée aux non soignants pour savoir s'ils sont avertis en cas de gale dans l'établissement. Le tableau 29 présente le nombre de réponses en pourcentage.

**Tableau 29 : Avertissement de personnel non soignant en cas de gale, réponses par établissement**

Avertissement du personnel non soignant	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
Oui (%)	100	100	100
Non (%)	0	0	0

L'ensemble des personnels non-soignant affirment qu'ils seraient prévenus s'il existait un cas avéré de gale dans l'établissement.

### **3.4.2 Procédures dans les établissements**

La première question de cette partie avait pour but de savoir s'il existe dans les différents EHPAD un protocole à suivre en cas de maladies contagieuses transmissibles par contact telle que la gale.

De plus, certaines questions spécifiques aux protocoles d'entretien et de nettoyage ont été posées aux personnels non soignants.

#### **Protocole dans les EHPAD**

Cette question concernait toutes les personnes travaillant dans l'EHPAD quelle que soit leur profession.

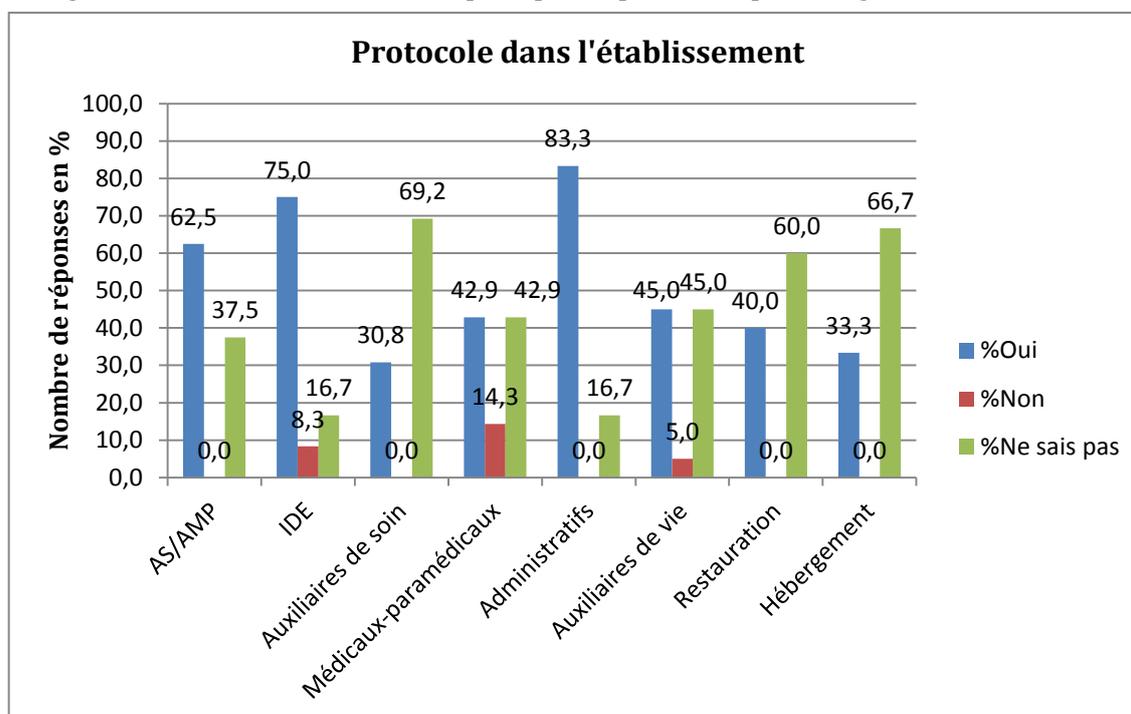
Les résultats sont présentés en pourcentage de réponses données.

**Tableau 30 : Existence d'un protocole de prise en charge de la gale, réponses par établissement**

Protocole dans les établissements	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
Oui (%)	60,0	42,4	54,2
Non (%)	2,0	9,1	0,0
Ne sais pas (%)	38,0	48,5	45,8

Il y a peu de différences entre les structures. Une petite moitié de répondants déclare ne pas savoir s'il existe un tel protocole, tandis qu'une autre moitié affirme qu'il y a bien un protocole de prise en charge de la gale.

Après vérification, un protocole général existe bien en cas de maladies contagieuses mais ce dernier n'est pas spécifique d'une pathologie.



**Figure 30 : Existence d'un protocole de prise en charge de la gale, réponses par profession**

On peut constater que trois catégories professionnelles ressortent avec un taux de réponses « je ne sais pas » supérieur : les auxiliaires de soins, les personnels de restauration et d'hébergement.

Les infirmières et le personnel administratif connaissent en plus grande majorité l'existence d'un protocole. On peut supposer que les mesures sont mises en place par les infirmières, en particulier les infirmières coordinatrices, sous la responsabilité des directeurs d'établissement ce qui peut expliquer ces résultats.

Les responsables ont indiqué, en entretien, qu'en cas de crise, les procédures sont rediffusées auprès des équipes.

### **Protocoles d'entretien**

Trois questions étaient posées dans cette partie aux personnels non-soignants. Il était tout d'abord demandé si les protocoles d'entretien sont les mêmes en cas de gale, puis si les produits de nettoyage utilisés restent identiques. Enfin la dernière question portait sur le lavage du linge.

Le questionnaire destiné aux soignants ne comportait pas ces questions, par contre il leur était demandé si les solutions hydro-alcooliques, souvent utilisées dans les milieux médicaux pour l'hygiène des mains, permettait d'éliminer l'agent responsable de la gale.

**Tableau 31 : Protocoles d'entretien**

		Taux de réponse en %		
		Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
Modification protocole d'entretien	Oui	65,2	40,0	66,7
	Non	0,0	10,0	11,1
	Ne sais pas	34,8	50,0	22,2
Mêmes produits d'entretien	Oui	4,3	20,0	22,2
	Non	34,8	10,0	11,1
	Ne sais pas	60,9	70,0	66,7
Lavage spécial du linge	Oui	87,0	40,0	66,7
	Non	0,0	0,0	0,0
	Ne sais pas	13,0	60,0	33,3

La majorité des répondants (en moyenne 57,3%) pense que le protocole d'entretien est modifié en cas de gale dans l'établissement mais déclare ne pas savoir (en moyenne 65,9%) si les produits utilisés sont les mêmes que ceux utilisés habituellement (tableau 31).

La plus grande partie d'entre eux savent que le lavage du linge doit être spécifique.

**Tableau 32 : Elimination du parasite par les solutions hydro-alcooliques**

	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
Oui (%)	25,9	17,4	0,0
Non (%)	51,9	60,9	86,7
Ne sais pas (%)	22,2	21,7	13,3

Dans les trois établissements, les personnels savent que les solutions hydro-alcooliques ne tuent pas le parasite.

### 3.4.3 Connaissance des recommandations officielles

Le CCLIN du Sud-ouest a mis à disposition des EHPAD des fiches pratiques décrivant les mesures complémentaires à prendre en cas de maladies transmissibles par contact, de manière à éviter les épidémies.

Dans le questionnaire, ces « précautions contact » ont été reprises et présentées aux participants qui devaient dire s'ils les croyaient utiles ou inutiles. Quelques mesures inutiles en cas de transmission par contact avaient été ajoutées aux propositions.

Le tableau 33 présente les pourcentages de réponses obtenus pour chaque mesure proposée et par établissement. Un graphique synthétisera ensuite les connaissances de ces recommandations (figure 33).

**Tableau 33 : Précautions complémentaires contacts**

Questions		Etablissement	Taux de réponses en %		
			Utile	Inutile	Non répondu
1	Signalisation sur la porte du patient	1	62,0	28,0	10,0
		2	60,6	24,2	15,2
		3	91,7	0,0	8,3
		Global	68,2	20,6	11,2
2	Malade placé dans une chambre individuelle	1	82,0	12,0	6,0
		2	72,7	18,2	9,1
		3	70,8	20,8	8,3
		Global	76,6	15,9	7,5

3	Hygiène des mains renforcée	1	92,0	8,0	0,0
		2	87,9	0,0	12,1
		3	79,2	4,2	16,7
		Global	87,9	4,7	7,5
4	Port de gants à usage unique non stériles pour les soins	1	90,0	6,0	4,0
		2	84,8	3,0	12,1
		3	83,3	4,2	12,5
		Global	86,9	4,7	8,4
5	Gants mis avant de rentrer dans la chambre	1	78,0	16,0	6,0
		2	66,7	21,2	12,1
		3	62,5	25,0	12,5
		Global	71,0	19,6	9,3
6	Port d'un tablier à usage unique pour les soins	1	80,0	14,0	6,0
		2	75,8	12,1	12,1
		3	79,2	4,2	16,7
		Global	78,5	11,2	10,3
7	Port de masque de protection	1	8,0	80,0	12,0
		2	15,2	63,6	21,2
		3	20,8	54,2	25,0
		Global	13,1	69,2	17,8
8	Port de lunette de protection	1	2,0	86,0	12,0
		2	3,0	75,8	21,2
		3	16,7	58,3	25,0
		Global	5,6	76,6	17,8
9	Port d'une charlotte sur les cheveux	1	24,0	64,0	12,0
		2	21,2	60,6	18,2
		3	29,2	45,8	25,0
		Global	24,3	58,9	16,8
10	Utilisation de matériel à usage unique le plus possible	1	86,0	10,0	4,0
		2	87,9	9,1	3,0
		3	79,2	4,2	16,7
		Global	85,0	8,4	6,5
11	Dépôt de tous les déchets dans des poches ou containers	1	76,0	16,0	8,0
		2	72,7	12,1	15,2

	DASRI	3	83,3	8,3	8,3
		Global	76,6	13,1	10,3
12	Poches DASRI évacuées sans séjour intermédiaire dans le couloir	1	42,0	34,0	24,0
		2	57,6	21,2	21,2
		3	45,8	33,3	20,8
		Global	47,7	29,9	22,4
13	Linge mis dans des sacs spécifiques en précaution contact	1	98,0	0,0	2,0
		2	87,9	9,1	3,0
		3	87,5	4,2	8,3
		Global	92,5	3,7	3,7
14	Protection des personnes s'occupant du traitement de l'environnement	1	86,0	12,0	2,0
		2	78,8	6,1	15,2
		3	87,5	4,2	8,3
		Global	84,1	8,4	7,5
15	Nettoyage spécial de la vaisselle	1	30,0	64,0	6,0
		2	15,2	72,7	12,1
		3	33,3	54,2	12,5
		Global	26,2	64,5	9,3
16	Réduire le nombre de visites	1	70,0	26,0	4,0
		2	63,6	24,2	12,1
		3	79,2	16,7	4,2
		Global	70,1	23,4	6,5
17	Demande d'autorisation à l'équipe soignante pour les visiteurs avant la visite	1	66,0	24,0	10,0
		2	57,6	18,2	24,2
		3	91,7	4,2	4,2
		Global	69,2	17,8	13,1
18	Réduction des déplacements du résident.	1	80,0	14,0	6,0
		2	78,8	9,1	12,1
		3	87,5	8,3	4,2
		Global	81,3	11,2	7,5

Parmi les propositions associées à cette question, quatre sont des mesures inutiles : le port de masque, le port de charlotte, le port de lunettes de protection et le nettoyage spécial de la vaisselle. Pour ces questions, le pourcentage de réponses correctes correspond donc aux personnes ayant répondu « inutile ». Certains

répondants n'ayant pas complété le tableau ou seulement partiellement, une colonne comptabilisant l'absence de réponse a été ajoutée.

Les questions ayant un pourcentage de réponses correctes inférieur à 50% ont été mises en évidence en jaune. En vert apparaissent les taux d'abstention supérieurs à un quart des répondants, soit 25%.

Seul trois résultats sont inférieurs à 50%. A la question concernant le port de charlotte sur les cheveux, l'établissement 3 à un résultat de réponses correctes inférieur à la moyenne, mais on peut voir que le pourcentage d'abstention est de 25%.

De la même façon, à la question 12, sur l'évacuation des poches DASRI, deux établissements ont un résultat de bonnes réponses inférieur à 50%, mais les taux d'abstention sont assez élevés.

Pour le reste des réponses, on constate des résultats voisins pour les trois établissements, sans différence notable.

Sur la figure 33, les numéros correspondent à l'ordre des questions.

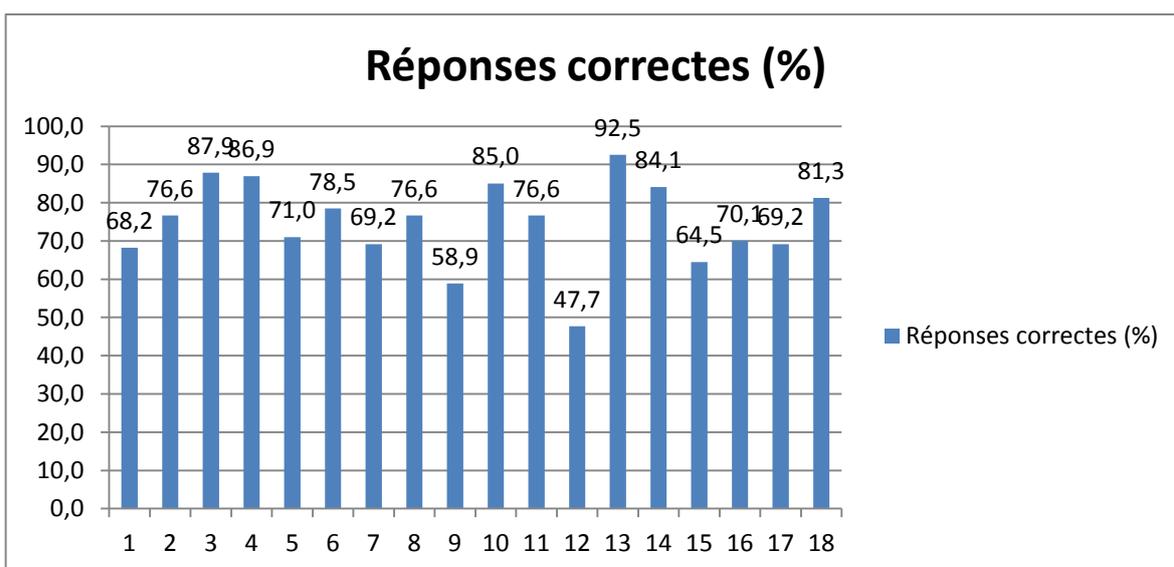


Figure 31 : Réponses correctes sur les précautions contact par proposition

On peut voir que dans l'ensemble, chaque question a obtenu un taux de réponse correcte entre 60% et 80%. Seule une question présente un pourcentage inférieur à 50% : celle concernant l'évacuation des poches DASRI. Enfin, plusieurs questions sont associées à des pourcentages supérieurs à 85%.

Les mesures recommandées en cas de gale ou d'infection contagieuse dans l'établissement sont bien connues dans les trois EHPAD interrogés.

La question suivante portait sur la durée pendant laquelle les précautions complémentaires doivent être maintenues. Plusieurs choix étaient proposés aux répondants. Si la réponse cochée était « 48 heures » la réponse a été considérée comme juste, dans les autres cas elle a été considérée comme fausse. Les résultats sont présentés dans le tableau 34 :

**Tableau 34 : Durée de conservation des précautions complémentaires, réponses par établissement**

Conservation des précautions contacts	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
% réponses correctes	30,0	18,2	29,2
% réponses fausses	70,0	81,8	70,8

La majorité des répondants ne sait pas pendant combien de temps les précautions doivent être conservées.

Il était ensuite demandé, en cas d'infection d'un membre du personnel, si un arrêt de travail était obligatoire (tableau 35). En cas de réponse positive, il était demandé de préciser la durée estimée de l'arrêt. Les pourcentages de réponses correctes, incorrectes et « ne sais pas » en lien avec la durée de l'arrêt de travail correspondent aux personnes ayant déjà répondu correctement à la question sur l'arrêt de travail.

**Tableau 35 : Arrêt de travail en cas d'infection d'un membre du personnel, réponses par établissement**

Arrêt de travail obligatoire	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
Ou (%)i	88,0	72,7	87,5
Non (%)	6,0	6,1	4,2
Ne sais pas (%)	6,0	21,2	8,3
Durée de l'arrêt de travail			
Réponses correctes (%)	16,0	6,1	16,7
Réponses fausses (%)	60,0	39,4	37,5
Ne sais pas (%)	24,0	54,5	45,8

Une grande majorité des répondants (moyenne : 82,7%) sait qu'un arrêt de travail est obligatoire en cas d'infection d'un membre du personnel. Par contre, la durée de l'arrêt est majoritairement méconnue (moyenne : 87,1%).

### 3.5 Prévention des infections liées aux soins

Dans cette partie seront présentés les résultats aux questions sur les précautions prises pour limiter les infections liées aux soins, qui concernent en particuliers les infections transmises par contact.

Les propositions et questions de cette partie ont également été élaborées à l'aide des recommandations du CCLIN Sud-ouest. Les résultats permettront donc de donner un aperçu des connaissances de ces recommandations dans les différents EHPAD.

Dans un premier temps, il sera exposé les précautions liées à l'hygiène des mains puis dans un second temps celles concernant le port de gants, en particuliers lors des activités de soins.

#### 3.5.1 Hygiène des mains

Deux questions étaient posées dans cette partie. Dans la première, les répondants devaient cocher les mesures prises pour l'hygiène des mains des soignants. Toutes les mesures proposées étaient recommandées. Les pourcentages de réponses obtenus pour chaque proposition sont présentés dans le tableau 36.

La seconde question concernait les pratiques individuelles interdites dans le but de garantir une meilleure hygiène des mains (Tableau 37)

**Tableau 36 : Hygiène des mains réponses par établissement**

	Taux de réponses en %		
	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
Lavage des mains au savon	82,0	66,7	95,8
Lavage des mains avec une solution hydroalcoolique	82,0	78,8	75,0
Lavage des mains avant un soin	82,0	81,8	83,3
Lavage des mains après un soin	94,0	84,8	87,5
Lavage des mains entre deux résidents	50,0	57,6	54,2
Lavage des mains à la sortie de la chambre	78,0	75,8	79,2
Avant de donner un repas	80,0	75,8	87,5
Après s'être mouché, coiffé...	74,0	81,8	75,0
Après et avant le port de gant	62,0	54,5	62,5
A l'arrivée dans l'établissement	68,0	81,8	91,7
A la sortie de l'établissement	80,0	81,8	83,3

Les résultats dans les établissements sont comparables, avec des taux de réponses élevés à chaque proposition. On remarque, dans toutes les structures, qu'une des propositions a été moins choisie que les autres. Il s'agit du lavage des mains entre deux résidents. Cela tient peut-être au fait que les soignants utilisent des gants pour les soins.

Après les avoir interrogés, les soignants d'un établissement ont confirmé l'usage des gants jetables changés entre chaque résident, et avoir toujours sur eux des flacons de solution hydro-alcooliques et qu'effectivement, le lavage des mains n'est pas systématique.

Dans l'ensemble, les recommandations concernant l'hygiène des mains sont connues.

Le tableau suivant présente les résultats sur les pratiques individuelles à éviter pour garantir une bonne hygiène.

Les répondants devaient cocher les propositions qu'ils pensaient interdites

**Tableau 37 : Hygiène individuelle des mains, réponses par établissement**

	Taux de réponses en %		
	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
Port de bijoux (bagues, bracelet, montres)	85,2	91,3	100
Vernis à ongle	77,8	91,3	100
Faux ongles	88,9	87,0	100
Ongles longs	88,9	95,7	100

Les résultats montrent que dans les trois EHPAD, les personnels savent en très grande majorité qu'il n'est pas recommandé dans des établissements de soins, d'avoir les ongles longs, de porter du vernis, de faux ongles ou des bijoux de mains et de poignets (tableau 37).

### 3.5.2 Le port de gant

Tableau 38 : Port de gants obligatoire, réponses par établissement

Port de gant	Taux de réponses en %		
	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
Si les mains présentent des lésions	96,0	87,9	95,8
Si risque de contact avec du sang ou d'autres produits d'origine humaine	100,0	95,7	100,0
Si le patient présente une plaie ou une lésion dermatologique	96,0	81,8	91,7
Lors d'injections, de perfusions ou de prélèvement de sang	77,8	69,6	93,3
Lors de contact avec du linge ou du matériel souillé	94,0	87,9	95,8
Lors de la manipulation de produits chimiques	82,6	90,0	88,9

D'une manière générale, les résultats sont comparables entre les trois établissements. On remarque que dans les deux premières structures, une proposition (« *port de gants lors d'injections, de perfusions ou de prélèvement de sang* ») présente des pourcentages plus faibles que les autres, bien que restant supérieurs à 60%. A noter toutefois que cette pratique ne concerne pas la grande majorité des professionnels soumis au questionnaire, en effet, seules les infirmières sont autorisées à pratiquer ces gestes.

# Conclusion

L'enquête, menée dans trois établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, a permis de recueillir 82,3% de réponses chez les personnels soignants et 56,8% chez les personnels non soignants. Les taux de réponses ne sont pas tout à fait équivalents dans les trois établissements, mais ils sont toujours supérieurs pour les personnels soignants que non soignants. On peut supposer que l'enquête portant sur un sujet médical, la gale, les personnels en charge des soins se sont sentis plus concernés par le questionnaire. Dans l'ensemble, les établissements ont pris le temps de diffuser et de répondre au questionnaire. On peut noter que l'établissement ayant le plus faible taux de réponses est celui dans lequel le directeur, contacté par courrier électronique, n'avait pas pu être rencontré en personne.

Dans les trois établissements, les répondants n'ont majoritairement jamais été confrontés à la gale dans le cadre de leur profession, où très rarement, c'est-à-dire moins d'une fois en cinq ans. Il n'y a apparemment jamais eu de cas de gale avéré dans les trois établissements interrogés bien que les résultats à cette question soient assez variables.

Concernant les connaissances sur la gale des personnels soignants, les résultats montrent que ces personnels possèdent, dans l'ensemble, peu de connaissances théoriques sur cette pathologie. Il existe très peu de différences entre les trois structures interrogées et les résultats sont comparables entre les professions.

Le type de pathologie et les populations touchées sont connus par la grande majorité des personnes interrogées. De même que le type de contamination et les signes cliniques. A l'inverse, les spécificités du parasite comme son nom, sa famille ou le stade contaminant, ne sont pas bien connues. De même, le temps de survie dans l'environnement ou le délai d'incubation sont peu connus.

L'absence de différence entre les professions sur ces questions théoriques, notamment entre les aides-soignantes et les infirmières malgré leur formation professionnelle différente, peut, peut-être s'expliquer par des cursus basés essentiellement sur les connaissances et les gestes pratiques utiles dans leur travail quotidien. Il paraît normal que les répondants ne connaissent pas les caractéristiques précises de cette pathologie en particulier, mais possèdent plutôt des connaissances générales sur les maladies et les mesures de prévention.

Sur le traitement et le diagnostic de la gale, la catégorie des personnels médicaux et paramédicaux ne se distingue pas des autres comme on aurait pu s'y

attendre, mais le faible nombre de médecins ayant répondu à l'enquête ne permet pas d'en tirer de conclusion réellement significative.

On peut supposer que les infirmières, aides soignantes et auxiliaires de soins ne sont pas concernées par le choix du traitement mais seulement par l'application du protocole défini par le médecin. Elles ne sont donc pas formées au diagnostic et au traitement des pathologies, et il est donc normal qu'elles ne les connaissent pas.

On note, en outre, que les spécificités de la gale chez la personne âgée sont très mal connues malgré le fait que l'enquête ait été réalisée dans des EHPAD. Ceci peut s'expliquer par le fait que les professionnels interrogés n'ont jamais été confrontés à cette maladie dans leur structure.

Concernant à présent les connaissances sur la gale des personnels non soignants, on ne retrouve pas de différence entre les établissements et les différentes professions. Il ressort des questionnaires que la majorité des répondants sait que la gale est une affection dermatologique due à un parasite pouvant toucher tous types de personnes. Le principal symptôme est connu ainsi que le type de diagnostic mis en œuvre.

Comme pour les personnels soignants, on constate que les caractéristiques plus précises de la pathologie (temps de survie du parasite dans l'environnement, délai avant de devenir contaminant..) ne sont pas connues. Cela ne paraît pas surprenant vu que les personnes ayant répondu à ce questionnaire n'ont pas de formation médicale. On peut penser que leurs connaissances sur la gale résultent de leur expérience personnelle, professionnelle, ou de leur culture générale. C'est pourquoi les réponses peuvent plutôt varier en fonction des individus qu'en fonction de leur profession.

Une partie des questions du questionnaire étaient communes aux différents personnels, soignants ou non. Les résultats suggèrent que la moitié des répondants n'ont pas connaissance d'un protocole à suivre en cas de gale dans l'établissement. Après vérification, un protocole général existe bien en cas de maladies contagieuses mais n'est pas spécifique d'une pathologie en particulier. Il est en effet peu envisageable d'établir un protocole pour chaque maladie susceptible d'être rencontrée. L'énoncé de la question a pu induire en erreur les répondants, car il portait sur les mesures à prendre en cas de gale. Il est possible que le rapprochement n'ait pas été fait entre cette question et le protocole général existant.

De même, pour les protocoles d'entretien, la majorité des répondants pense qu'ils sont modifiés en cas de gale dans l'établissement, mais disent ne pas savoir si les produits utilisés sont les mêmes que ceux utilisés habituellement. Ils savent que le

linge doit subir un lavage spécial. Cela montre que les personnels savent qu'il faut une adaptation en cas de gale même s'ils n'en connaissent pas les détails. Cette méconnaissance tient certainement au fait qu'ils n'ont pas été confrontés au sein de leur structure à cette problématique.

Les mesures complémentaires contacts recommandées par le CCLIN sont, dans l'ensemble, bien connues. La durée minimum de conservation de ces précautions après le dernier traitement des patients est, par contre, méconnue. On peut supposer que seuls les médecins coordonnateurs sont habilités à lever les mesures complémentaires lorsqu'ils jugent que le risque de contamination ne les justifie plus. De même, les répondants savent qu'un arrêt de travail est obligatoire en cas de contamination d'un membre du personnel, mais ils ne connaissent pas la durée, qui sera déterminée par leur médecin.

Concernant la prévention des infections liées aux soins, les résultats obtenus ont été comparables dans les trois structures interrogées.

Les recommandations sur l'hygiène des mains dans les EHPAD sont en grande majorité connues par tous les personnels. On a pu remarquer que seul le lavage des mains entre deux résidents était moins fréquemment réalisé, mais après discussion avec des soignants d'un établissement, il a été confirmé que les soins se faisaient avec des gants jetables, changés entre chaque patient et que des gels hydro-alcooliques étaient à disposition de tout le personnel pour utilisation fréquente.

De même que pour l'hygiène des mains, les résultats aux questions sur le port des gants montrent une bonne connaissance des recommandations officielles. Seule la réponse sur le port des gants au cours des injections, prélèvements de sang et perfusion montre des taux de réponses plus faibles. Ces manipulations concernant une minorité de professionnels, il n'est pas surprenant que cette recommandation soit moins connue. De plus, la majorité des personnes interrogées a répondu que le port de gants était obligatoire en cas de risque de contact avec du sang ou d'autres produits d'origine humaine.

Cette enquête présente cependant des limites. Par exemple, le choix de réaliser un questionnaire avec une majorité de questions à choix multiples, permet de réduire le temps de réponse et donc d'augmenter le nombre de répondants potentiels, mais limite les possibilités de réponse et favorise ainsi le risque d'un choix aléatoire. De plus, la possibilité de répondre « je ne sais pas » aurait peut-être dû être proposée à un nombre plus important de questions, notamment dans le questionnaire destiné au soignant.

En ce qui concerne l'analyse des résultats, les effectifs dans chaque profession présentent une grande variabilité. En effet dans les trois établissements on peut voir que la majorité du personnel est représentée par les aides-soignantes et les aides médico-psychologiques. Cela rend la comparaison entre les professions difficiles avec des catégories contenant des effectifs de répondants hétérogènes.

Il aurait été souhaitable, par exemple, d'avoir un nombre de médecins interrogés supérieur, leur formation médicale leur donnant normalement des connaissances théoriques sur la gale plus importantes que celles des autres professions représentées. Ici, seulement deux médecins ont répondu au questionnaire, ce qui ne permet pas de réaliser une analyse statistique pertinente.

Le choix de faire deux questionnaires différents a paru nécessaire en début d'enquête au vu de la grande variété de professions. Mais ce choix a compliqué la diffusion de l'enquête pour les établissements dans lesquels la distinction notamment entre auxiliaire de vie et auxiliaire de soins peut légèrement varier. Le fait de distribuer deux questionnaires différents a entraîné un remplissage par certaines personnes du questionnaire ne correspondant pas à leur qualification.

Certaines questions qui ont été simplifiées pour le questionnaire non soignant auraient pu l'être également dans le questionnaire destiné aux soignants notamment sur l'explication de certains termes. Il a, par exemple, été constaté que le symptôme « prurit » qui a été expliqué dans le questionnaire non soignant avait été plus souvent coché dans celui-ci que dans l'autre questionnaire où il n'était pas défini.

En conclusion, la gale est une pathologie bien décrite dans la littérature médicale et est le plus souvent bénigne. Chez les personnes âgées, elle est souvent retrouvée sous des formes profuses et hyperkératosiques, pour lesquelles le risque de contagion indirecte est plus important. De ce fait, dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), un cas isolé évolue fréquemment vers une épidémie.

Aucun des traitements contre le parasite n'a montré plus d'efficacité par rapport aux autres. Aujourd'hui, l'ASCABIOL® est toujours en rupture de stock, mais un nouveau traitement par voie locale est disponible depuis juin 2015 : TOPISCAB®. Le STROMECTOL® est toujours le seul traitement par voie orale. Ce dernier peut présenter un avantage lors d'une épidémie pour sa facilité d'administration.

Dans tous les cas, le traitement de l'environnement du patient reste obligatoire pour éviter une recontamination et la contamination de nouveaux sujets, d'autant

plus dans les collectivités où les contacts entre patients et personnels sont très fréquents.

Notre enquête, menée dans trois EHPAD de Charente suggère que la gale est une pathologie finalement assez mal connue. Les résultats obtenus dans les trois établissements sont assez homogène. La comparaison des différentes professions représentées au sein de ces structures montre des connaissances équivalentes sur la pathologie malgré des formations théoriques différentes. Toutefois, l'absence d'un nombre suffisant de médecins ayant répondu au questionnaire ne permet pas de conclure concernant cette catégorie professionnelle.

De plus, on a pu remarquer une véritable méconnaissance des spécificités de la pathologie chez la personne âgée malgré le milieu médical spécialisé étudié. L'enquête a, cependant, montrée une bonne connaissance par les personnels de tous les établissements des recommandations officielles concernant les mesures visant à limiter les infections dans les établissements de soins, et la prise en charge des maladies transmissibles par contact.

Il s'avère, enfin, qu'aucun des établissements interrogés n'a déjà été confronté à la gale. Il serait donc intéressant de comparer les résultats obtenus avec ceux d'un établissement ayant déjà eu au moins un cas de gale avéré.

# Bibliographie

1. Myers, P., R. Espinosa, C. S. Parr, T. Jones, G. S. Hammond, and T. A. Dewey. 2014. *The Animal Diversity Web* [http://animaldiversity.org/accounts/Sarcoptes\\_scabiei/](http://animaldiversity.org/accounts/Sarcoptes_scabiei/) (Septembre 2015)
2. Leprince-chivard S. *La gale humaine: données épidémiologiques, agent, symptomatologie et traitement*. [Poitiers]; 1985.
3. Savel J. *Parasitologie: épidémiologie clinique et diagnostic thérapeutique*. (Montreuil : Laboratoires Roland-Marie); 1974. 2 vol (433p) p
4. Association française des enseignants de parasitologie. *Parasitologie, mycologie*. 6e éd. Saint-Maur ; 1998. 480 p. : ill.
5. Oustric E. *La gale sarcoptique humaine: maladie, épidémiologie, diagnostic, traitement et prise en charge à l'officine*. Paul Sabatiers (Toulouse); 2014.
6. <http://dom.naturimages.free.fr/acarien.htm>.(Septembre 2015)
7. Barachy N, Dreyfuss G, Vono J. *La gale: épidémiologie et généralités*. Actual Pharm. 2013 May ; 52(526):16-7.
8. Kobangué L, Piamalé G, Bureau JJ, Sèpou A. CA69-Aspects épidémiologiques et cliniques de la dermatite atopique au Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. Elsevier Masson ; 2007. p. 98.
9. Bitar D., Castor C., Che D., Fischer A., Haeghebaert S., Thiolet JM. *La gale est-elle en augmentation en France ? Etats des lieux à partir de diverses enquêtes régionales et nationales 2008-2010*. InVS;
10. <http://www.invs.sante.fr/> (Septembre 2015).
11. Bitar D, Thiolet J-M, Haeghebaert S, Castor C, Poujol I, Coignard B, et al. *La gale en France entre 1999 et 2010 : augmentation de l'incidence et implications en santé publique*. *Ann Dermatol Vénérologie*. 2012 Jun ; 139(6-7):428-34.
12. Caumes E, Bourée P. *Diagnostic des parasitoses cutanées en France*. *Rev Francoph Lab* ; 2008. (399):55-62.
13. Spadoni S, Lamand V, Vonesch MA, Béranger C. *La gale: un fléau mondial*. *Médecine Santé Trop* ; 2014. 24(1):41-8.
14. Auteurs et membres du Collège des enseignants en dermatologie de France. *Ann Dermatol Vénérologie*. 2012 Oct;139(11):A3.
15. Gallais V, Brue C, Izri MA, Chosidow O. *Ectoparasitoses (poux et gale)*. *J Pediatr Pueric.* ; 1997. 10(1):44-9.

16. American Academy of Dermatology *Scabies signs and symptoms*. <https://www.aad.org/dermatology-a-to-z/diseases-and-treatme> (Septembre 2015).
17. Heukelbach J, Feldmeier H. *Scabies*. *The Lancet*. 2006;367(9524):1767–74.
18. <http://www.atlas-dermato.org/cours/gale.htm> (Septembre 2015)
19. INRS *Sarcoptes scabiei agent de la gale*. <http://www.inrs.fr/eficatt/eficatt.nsf/%28allDocParRef%29/FCGALE?OpenDocument> (Septembre 2015)
20. Baccouche K, Sellam J, Guegan S, Aractingi S, Berenbaum F. *Gale croûteuse norvégienne, une infection opportuniste, survenant sous tocilizumab dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde*. *Rev Rhum.* ; 2011. 78(4):382–4.
21. Hengge UR, Currie BJ, Jäger G, Lupi O, Schwartz RA. *Scabies: a ubiquitous neglected skin disease*. *Lancet Infect Dis.* ; 2006. 6(12):769–79.
22. Royer M, Latre C-M, Paul C, Mazereeuw-Hautier J. *La gale du nourrisson*. *Ann Dermatol Vénéréologie* ; 2008 Dec. 135(12):876–81.
23. Bourée P, Bisaro F. *Diagnostic des parasitoses cutanées*. *Option/Bio*. 2008. 19(405):18–9.
24. Bourée P, Ensaf A. *La gale: un diagnostic simple pour une affection contraignante*. *Option/Bio*. 2011. 22(458):20–1.
25. Develoux M. *Prélèvements parasitologiques en dermatologie*. *EMC - Dermatol-Cosmétologie* ; 2005 Nov. 2(4):161–9.
26. ANOFEL, Association française des enseignants et praticiens hospitaliers de parasitologie et mycologie médicales. *Parasitoses et mycoses des régions tempérées et tropicales*. 3e édition. Elsevier Masson; 2013.
27. Botterel F, Foulet F. *Diagnostic et traitement de la gale en 2010 : quoi de neuf? J Anti-Infect* ; 2011 Jun. 13(2):109–16.
28. Dermato-info.fr le site d'information de la société française de dermatologie. *La dermoscopie cutanée*. [http://dermato-info.fr/article/L\\_imagerie\\_cutanee-La\\_dermoscopie](http://dermato-info.fr/article/L_imagerie_cutanee-La_dermoscopie) (Septembre 2015)
29. Del Giudice P. *Traitement de la gale: traitement topique ou systémique?* *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. Elsevier Masson; 2004. p. 1045–7.
30. Develoux M. *Ivermectine*. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. Elsevier; 2004. p. 561–70. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S015196380493668X> (Septembre 2015)

31. Caumes E, Danis M. *Nouvelles indications de l'ivermectine*. Rev Médecine Interne. 2001. 22(4):379-84.
32. Zambon france. *Ascabiol : résumé des caractéristiques du produit*. <http://www.zambon.fr/fr/zfr-zfrascabio/zspa-prdkt/entry/0/850/1106/ascabiol.html> (Septembre 2015)
33. Zambon france. *Ascabiol : notice*. <http://www.zambon.fr/fr/zfr-zfrascabio/zspa-prdkt/entry/0/850/1106/ascabiol.html> (Septembre 2015)
34. ANSM. *Spregal : résumé des caractéristiques du produit*. <http://agence-prd.anism.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0208902.htm> (Septembre 2015)
35. ANSM. *Spregal : notice*. <http://agence-prd.anism.sante.fr/php/ecodex/notice/N0208902.htm> (Septembre 2015)
36. Société chimique de France. *Pyréthrines-Produit du jour*. <http://www.societechimiquedefrance.fr/produit-du-jour/pyrethrines.html> (Septembre 2015)
37. ANSM. *Topiscab 5% : notice*. <http://agence-prd.anism.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=61712553&typedoc=N&ref=N0250187.htm> (Septembre 2015)
38. ANSM. *Topiscab 5% résumé des caractéristiques du produit*. <http://agence-prd.anism.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=61712553&typedoc=R&ref=R0250187.htm> (Septembre 2015)
39. Yolande Gauthier. *Topiscab 5% : une crème contre la gale*. Le moniteurs des pharmacies. 2015 Nov 7;(N°3089). (Septembre 2015)
40. ANSM. *Stromectol : résumé des caractéristiques du produit*. <http://agence-prd.anism.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=61350360&typedoc=R&ref=R0214575.htm> (Septembre 2015)
41. ANSM. *Stromectol : notice*. <http://agence-prd.anism.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=61350360&typedoc=N&ref=N0214575.htm> (Septembre 2015)
42. Rapport HAS. *Survenue d'un ou plusieurs cas de gale. Conduite à tenir*. 2012 Sep 11;
43. Serge M. *Groupe de travail CCLIN Sud Ouest*. <http://cclin-est.org/IMG/pdf/galeSO.pdf> (Septembre 2015)
44. Zambon france. *Antiscabiosum : notice*.
45. Zambon france. *Antiscabiosum : résumé des caractéristiques du produit*.
46. ANSM. *Rupture de stock en ascabiol : conduite à tenir*. 2012 décembre;

- 47.ANSM. *Rupture de stock en Ascabiol: mise à disposition à titre exceptionnel et transitoire d'Antiscabiosum 10 % Enfants pour les patients ne pouvant être traités ni par Stromectol ni par Spregal* - Point d'information. 2013 février;
- 48.Ehpad-8. *Qu'est ce qu'un EHPAD ?* <http://www.ehpad.com/comprendre-l-ehpad/definition-ehpad/>(Octobre 2015)
- 49.Service publique *Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)* [Internet]. <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F763.xhtml> (Octobre 2015)
- 50.Maisons de retraite.fr *La convention tripartite et le projet d'établissement* <http://www.maisons-de-retraite.fr/Bien-choisir-sa-maison-de-retraite/Conseils-pour-bien-choisir-sa-maison-de-retraite/Le-fonctionnement-de-l-etablissement-Ehpad/La-convention-tripartite-et-le-projet-d-etablissement> (Octobre 2015)
- 51.Ehpad-8 *EHPAD: l'importance de la convention tripartite* <http://www.ehpad.com/quelle-est-limportance-de-la-convention-tripartite-pour-les-ehpad/>(Octobre 2015)
- 52.Droit-Finances *EHPAD et maisons de retraite: droits des résidents.* <http://droit-finances.commentcamarche.net/contents/1458-ehpad-et-maisons-de-retraite-droits-des-residents> (Octobre 2015)
- 53.Maisons de retraite.fr *Les soins en maison de retraite médicalisée (Ehpad)* <http://www.maisons-de-retraite.fr/Bien-choisir-sa-maison-de-retraite/Conseils-pour-bien-choisir-sa-maison-de-retraite/Les-soins-en-maison-de-retraite-medicalisee-Ehpad> (Octobre 2015)
- 54.Charazac P. *Réflexions sur la fonction soignante en Ehpad.* NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 2011 Oct. 11(65):194-7.
- 55.Anesm. *Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne.* 2011 Juin;
- 56.Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Société Française de gériatrie et gérontologie. *Les bonnes pratiques de soins en établissement pour personnes âgées dépendantes.* 2007.
- 57.Abdou Boina, Sylvie Merlière, En collaboration avec Karl Fleurisson. D.R.A.S.S. Poitou-Charentes *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en Poitou-Charentes.* Com' Stat n° 5 ; 2009 Nov.
- 58.ARS. *Projet Régional de Santé ;* 2014. [http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre\\_Sante/PRS/Revision\\_2014/20141215\\_PSRs\\_EtatDesLieux.pdf](http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_Sante/PRS/Revision_2014/20141215_PSRs_EtatDesLieux.pdf) (Octobre 2015)
- 59.Conseil général de la Charente. *Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées de la Charente 2008-2012.*

- [http://www.cg16.fr/uploads/tx\\_gsgestiondoc/schema\\_senior16.pdf](http://www.cg16.fr/uploads/tx_gsgestiondoc/schema_senior16.pdf) (Octobre 2015)
60. Conseil général de la Charente. *Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2015-2019*.  
[http://www.cg16.fr/uploads/tx\\_gsgestiondoc/schema\\_senior16.pdf](http://www.cg16.fr/uploads/tx_gsgestiondoc/schema_senior16.pdf) (Octobre 2015)
61. CCLIN Sud-Ouest *Les recommandations du CCLIN Sud-Ouest* ; 2014.  
[http://www.cclin-sudouest.com/pages/docu\\_recos.html](http://www.cclin-sudouest.com/pages/docu_recos.html) (Octobre 2015)
62. CCLIN Sud-Ouest. *Les fiches pratiques EHPAD du CCLIN Sud-Ouest* ; 2013.  
[http://www.cclin-sudouest.com/pages/thema\\_proto\\_ehpad.html](http://www.cclin-sudouest.com/pages/thema_proto_ehpad.html) (Octobre 2015)
63. Anesm *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*  
[http://www.ansm.sante.gouv.fr/spip.php?page=rubrique&id\\_rubrique=10](http://www.ansm.sante.gouv.fr/spip.php?page=rubrique&id_rubrique=10)  
(Octobre 2015)
64. InVS. *Épidémie de gale communautaire* Guide d'investigation et d'aide à la gestion. 2008.
65. Dr Stéphane GAYET Médecin hygiéniste régional. *Les épidémies de gale en EHPAD mythe ou réalité ?*
66. Carlet J, de Wazières B. *Risque infectieux dans les structures hébergeant des personnes âgées*. Médecine Mal Infect. 2005 May. 35(5):245-51.
67. CCLIN Sud-ouest. *Précautions complémentaires de type contact*.
68. C. Gautier, Antenne régionale aquitaine, du CCLIN Sud Ouest. *Investigations et prise en charge des épidémies de gale en EHPAD Mesures de prévention et de contrôle*.
69. C. Gautier, R. Dutrech – ARLIN Aquitaine, Réseau des représentants des usagers, d'Aquitaine. *La gale : Actualisation des recommandations sur la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas*. 2014.
70. Rencontre des correspondants en EHPAD de, Poitou-Charentes. *Recommandations concernant la gestion de la gale dans les établissements de soins et médico-sociaux*. 2010.
71. InVS. *Infections associées aux soins* ; 2015. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins> (Octobre 2015)
72. Hopital.fr. *Etablissement privé à but non lucratif* 2015. <http://www.hopital.fr/Nos-Missions/L-hopital-au-sein-de-l-organisation-generale-de-la-sante/Les-etablissements-de-sante-privés/Les-etablissements-de-sante-privés-a-but-non-lucratif> (Octobre 2015)

# Table des illustrations

## Liste des figures

Figure 1 : Sarcopte de la gale (By Alan R Walker) ( <a href="http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0">http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0</a> ) .....	10
Figure 2 : Œufs de <i>Sarcoptes scabiei</i> (Photo A.Izri) .....	11
Figure 3 : Cycle évolutif de <i>Sarcoptes scabiei</i> .....	11
Figure 4 : Lésions interdigitales de gale : sillon, lésions de grattage (Photo A. Izri) .....	13
Figure 5 : Aspect clinique d'une gale hyperkératosique .....	14
Figure 6 : Gale du nourrisson .....	15
Figure 7 : Type de parasitose, réponses par établissement .....	41
Figure 8 : Type de parasitose, réponses par profession .....	41
Figure 9 : Nom du parasite, réponses par établissement .....	43
Figure 10 : Position taxonomique du parasite, réponses par établissement .....	44
Figure 11 : Nom de parasite, réponses par profession .....	45
Figure 12 : Position taxonomique du parasite, réponses par profession .....	46
Figure 13 : Type de contamination, réponses par établissement .....	48
Figure 14 : Type de contamination, réponses par profession .....	48
Figure 17 : Temps de survie du parasite , réponses par établissement .....	50
Figure 18 : Survie du parasite dans l'environnement, réponses par profession .....	51
Figure 19 : Type de traitement, réponses par établissement .....	55
Figure 20 : Type de traitement, réponses par profession .....	56
Figure 22 : Durée du traitement, réponses par profession .....	57
Figure 21 : Durée de traitement, réponses par établissement .....	57
Figure 24 : Agent responsable de la gale, réponses par établissement .....	61
Figure 23 : Agent responsable de la gale, réponses par profession .....	62
Figure 25 : Mode de transmission, réponses par profession .....	63
Figure 26 : Mode de transmission, réponses par établissement .....	63
Figure 27 : Délai d'incubation, réponses par profession .....	64
Figure 28 : Délai d'incubation, réponses par établissement .....	64
Figure 29 : Survie du parasite dans l'environnement, réponses par établissement .....	65
Figure 30 : Survie du parasite dans l'environnement, réponses par profession .....	66
Figure 31 : Expérience professionnelle de la gale, résultats par établissement .....	70
Figure 32 : Existence d'un protocole de prise en charge de la gale, réponses par profession .....	72
Figure 33 : Réponses correctes sur les précautions contact par proposition .....	77

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif des traitements contre la gale .....	22
Tableau 2 : Effectifs des personnels de chaque établissement .....	34
Tableau 3 : Présentation des trois EHPAD .....	34
Tableau 4 : Nombre de répondant par établissement.....	38
Tableau 5 : Répartition des répondants au questionnaire soignant par profession ....	39
Tableau 6 : Répartition des répondants au questionnaire non soignant par profession .....	39
Tableau 7 : Type d'affection réponses par établissement, questionnaire soignant.....	40
Tableau 8 : Questions épidémiologiques questionnaire soignant, réponses par établissement.....	42
Tableau 9 : Résultats par profession aux questions épidémiologiques.....	43
Tableau 10 : Forme infectante du parasite, réponses par établissement .....	47
Tableau 11 : Forme infectante du parasite, réponses par profession .....	47
Tableau 12 : Symptômes de la gale, réponses par établissement.....	52
Tableau 13 : Symptômes de la gale, réponses par profession.....	53
Tableau 14 : Diagnostic de la gale, réponses par établissement .....	54
Tableau 15 : Diagnostic de la gale, réponses par profession .....	54
Tableau 16 : Traitement de l'environnement, réponses par établissement.....	58
Tableau 17 : Traitement de l'environnement, réponses par profession.....	59
Tableau 18 : Type d'affection, réponses au questionnaire non soignant par établissement .....	59
Tableau 19 : Type d'affection, réponses au questionnaire non soignant par profession .....	60
Tableau 20 : Période de l'année et population touchées, réponses par établissement .....	60
Tableau 21 : Période de l'année et populations touchées, réponses par profession....	60
Tableau 22 : Symptômes de la gale, réponses par établissement.....	67
Tableau 23 : Symptômes de la gale, réponses par profession.....	67
Tableau 24 : Diagnostic, réponses par établissement .....	67
Tableau 25 : diagnostic, résultats par profession .....	68
Tableau 26 : Traitement, résultats par établissement .....	68
Tableau 27 : Traitement, réponses par profession.....	69
Tableau 28 : Cas de gale dans les établissements .....	70
Tableau 29 : Avertissement de personnel non soignant en cas de gale, réponses par établissement .....	71
Tableau 30 : Existence d'un protocole de prise en charge de la gale, réponses par établissement .....	72

Tableau 31 : Protocoles d'entretien.....	73
Tableau 32 : Elimination du parasite par les solutions hydro-alcooliques.....	74
Tableau 33 : Précautions complémentaires contacts .....	74
Tableau 34 : Durée de conservation des précautions complémentaires, réponses par établissement.....	78
Tableau 35 : Arrêt de travail en cas d'infection d'un membre du personnel, réponses par établissement .....	78
Tableau 36 : Hygiène des mains réponses par établissement.....	79
Tableau 37 : Hygiène individuelle des mains, réponses par établissement .....	80
Tableau 38 : Port de gants obligatoire, réponses par établissement.....	81

# Annexes

## ANNEXE 1 : Fiche pratique EHPAD du CCLIN Sud-ouest : précautions standard

Logo ou nom de l'établissement	<b>PRECAUTIONS STANDARD</b>	Référence : DT-...
		Date :    /    /20
		Version : 1

### 1. OBJECTIFS

Définir les précautions de base à respecter pour éviter :

- tout risque de transmission d'infection par le sang, les liquides biologiques ou tout autre produit d'origine humaine.
- tout autre risque de transmission croisée de micro-organismes.

### 2. DOMAINE D'APPLICATION

Ce protocole s'adresse à **tous les professionnels** de l'établissement, pour tout soin, **pour tout résident**.

Date de création :    /    / 20			
Rédigé par :	Vérifié par :	Approuvé par :	Date d'affichage du document :
Fonction :	Fonction :	Fonction :	
Visa :	Visa :	Visa :	

1/2

Logo ou nom de l'établissement	<b>PRECAUTIONS STANDARD</b>	Référence : DT-...
		Date : / /20
		Version : 1

### 3. DESCRIPTION DE LA CONDUITE A TENIR

#### Hygiène des mains



- Entre deux résidents, deux activités.
- Remplacer le lavage des mains par la désinfection par friction avec une **solution hydro-alcoolique dès que possible**
- **Systématiquement** après le retrait des gants

#### Port de gants

Les gants doivent être changés entre deux résidents, deux activités.

- **Si risque de contact** avec du sang ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du résident, notamment à l'occasion de soins à risque de piqûre (hémoculture, pose et dépose de voies veineuses, chambre implantable, prélèvements sanguins...) et lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, linge et matériel souillés...



#### ET

- Lors de tout soin, lorsque les mains du soignant comportent des **lésions**.

#### Port de tablier à usage unique, lunettes, masque



- Si les soins ou manipulations exposent à un **risque de projection ou d'aérosolisation de sang ou tout autre produit d'origine humaine** (aspiration, soins aux personnes trachéotomisées, ablation de pace Maker, manipulation de matériel et linge souillé...).

#### Matériels souillés

- **Matériel piquant, coupant, tranchant à usage unique :**  
Ne pas re-capuchonner les aiguilles, ne pas les désadapter à la main, déposer immédiatement après usage sans manipulation ce matériel dans un conteneur adapté, situé au plus près du soin, et dont le niveau maximal de remplissage est vérifié.



#### Matériel réutilisable :

- Manipuler avec précautions le matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine. Vérifier que le matériel a subi un procédé d'entretien (stérilisation ou désinfection) approprié avant d'être réutilisé.

#### Surfaces souillées



- Nettoyer et désinfecter avec **détergent-désinfectant** approprié les surfaces souillées par des projections ou aérosolisation de sang ou tout autre produit d'origine humaine.

#### Transport de prélèvements biologiques, de linge et de matériels souillés

- Les prélèvements biologiques (double emballage), le linge et instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être transportés dans un emballage étanche, fermé.



#### Si contact avec du sang ou liquide biologique



- Après piqûre, blessure
  - Après projection sur muqueuse (conjonctive, bucale, nasale)
- Se rapporter au protocole de conduite à tenir en cas d'AES

Réf : circulaire DGS/DH/DRT N° 98-228du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH

# ANNEXE 2 : Fiche pratique EHPAD du CCLIN Sud-Ouest : précautions contact

Logo ou nom de l'établissement	<b>PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES DE TYPE CONTACT</b>	Référence :
		Protocole :
		Date : / /20
		Version : 1

## 1. OBJECTIF

Ces précautions complémentaires se rajoutent aux « Précautions Standard » pour prévenir la transmission de micro-organismes par contact direct (mains) ou indirect (matériel, surfaces souillées).

C

## 2. INDICATIONS SUR PRESCRIPTION MEDICALE

Lors de suspicion d'infections transmissibles par contact, d'infections avérées ou de colonisations à germes pathogènes ou multirésistants aux antibiotiques (BMR) :

Dans trois types d'infections :

1. **Infections entériques symptomatiques** : *Clostridium difficile*, Salmonelles, Shigelles ou tout syndrome diarrhéique dont l'origine peut paraître infectieuse.
2. **Infections cutanées** : Gale, quelques fois des lésions surinfectées très suintantes, des lésions à BMR, varicelle, zona généralisé...
3. **Infections ou colonisations urinaires** à germes multirésistants (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM)...)
4. **Infections pulmonaires à BMR** avec application des précautions « Gouttelettes »

Pour les ERV/ERG (*Entérocoques résistants à la vancomycine ou aux glycopeptides*), suivre les protocoles de l'établissement de soins où a été traité le résident

## 3. REFERENCES ET DOCUMENTS LIES

### RÉFÉRENTIELS EHPAD

- Consensus formalisé d'experts de juin 2009 concernant « La prévention des infections en EHPAD ». Programme PRIAM de l'ORIG (Observatoire du risque infectieux en gériatrie) – Publié par la Société Française d'Hygiène Hospitalière. HygièneS 2010; VIII(1).
- Les bonnes pratiques de soins en EHPAD. Ministère de la santé octobre 2007
- Pratiques d'hygiène en EHPAD. DRASS Midi-Pyrénées, 2007
- Précautions « contact » dans les EHPAD. CORYLIN Mars 2005
- Hygiène et prévention du risque infectieux dans les EHPAD. CCLIN Ouest 2002

### RÉFÉRENTIELS GÉNÉRAUX

- Recommandations nationales - Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. HygièneS 2009; XVII(2)
- Isolement septique, recommandations pour les établissements de soins. CTIN SFHH, 1998
- Conférence de consensus SPILF et AFU concernant les infections urinaires nosocomiales de l'adulte du 27 Novembre 2002.

Logo ou nom de l'établissement	<b>PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES DE TYPE CONTACT</b>	Référence : Protocole :
		Date : / /20
		Version : 1

#### 4. FICHE TECHNIQUE PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES CONTACT

**C**

ACTIONS	DÉTAIL DES ACTIONS
<b>Prescription médicale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour la mise en place et la levée des précautions complémentaires</li> </ul>
<b>Signalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Signalisation sur la porte de la chambre (Exemple : « <b>S'adresser à l'IDE avant d'entrer</b> »)</li> <li>Signalétique sur le dossier médical et/ou dossier de soins du résident</li> <li>Signalement au référent hygiène et à l'ensemble de l'équipe</li> </ul>
<b>Chambre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Privilégier une chambre individuelle. Si impossible, organiser la protection de la personne partageant la chambre. Le voisin de lit doit être informé du risque.</li> <li>Ou regroupement des malades atteints par le même micro-organisme avec application des précautions techniques</li> </ul>
<b>Mains</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Hygiène des mains en sortant de la chambre</b> : renforcer l'hygiène des mains en privilégiant l'utilisation du produit hydro-alcoolique ; Attention : si gale ou <i>Clostridium difficile</i> lavage savon doux suivi de PHA</li> </ul>
<b>Gants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Port de gants à usage unique non stériles</b> : applications des précautions standard. (sauf pour en cas de gale, <i>Clostridium difficile</i>, et d'ERV/ERG, où ils doivent être portés dès l'entrée dans la chambre)</li> </ul>
<b>Tablier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Port systématique de tablier imperméable non stérile à usage unique</b> pour les soins de contact (surblouse à manches longues en cas de gale, ou de <i>Clostridium difficile</i>)</li> </ul>
<b>Matériel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun matériel ni objet n'est partagé avec son voisin de lit si chambre double</li> <li>Laisser dans la chambre les dispositifs médicaux nécessaires pour le résident</li> <li>Favoriser l'utilisation du matériel à usage unique</li> <li>Sinon, utiliser en dernier puis procéder au nettoyage et à la désinfection aussitôt après l'utilisation</li> </ul>
<b>Déchets</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les déchets y compris les protections pour incontinence sont déposés « déchets de soins à risque infectieux » (DASRI), poches jaunes et/ou, cartons DASRI, à évacuer une fois par jour minimum.</li> <li>Evacuer les poches DASRI sous double emballage sans séjour intermédiaire dans le couloir</li> </ul>
<b>Linge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliser des sacs plastiques transparents avec ouvertures hydrosolubles pour tout le linge de la chambre du résident en précautions « C »</li> <li>Sacs à évacuer au moins une fois par jour dans un sac tissu (double emballage)</li> </ul>
<b>Vaisselle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nettoyage habituel au lave vaisselle</li> </ul>
<b>Bionettoyage de la chambre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nettoyage-désinfection quotidien à réaliser en dernier, la gaze à usage unique est à jeter dans les DASRI, le bandeau de lavage est à évacuer vers la lingerie dans le sac hydrosoluble</li> </ul>
<b>Visites</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réguler les visites autant que possible</li> <li>Les visiteurs doivent se mettre en relation avec l'équipe soignante avant de rencontrer le résident</li> <li><b>Les visiteurs doivent réaliser une désinfection des mains avant de quitter la chambre</b></li> </ul>
<b>Déplacements autonomes du résident</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Possibles</b> si le risque de diffusion du micro-organisme dans l'environnement est faible : par exemple si résident continent ou si protection efficace dans les infections entériques, si la plaie infectée est protégée par un pansement occlusif, si pour les infections urinaires le drainage urinaire est clos ou le résident peut uriner seul dans sa chambre...</li> <li><b>Si désinfection des mains du résident avant de quitter sa chambre.</b> (ne doit pas entrer dans la salle de soins et la tisanerie)</li> </ul>
<b>Consultations externes, Transports et transferts inter-établissements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si nécessaire.</li> <li>A réaliser après la toilette, la réfection du pansement... (si nécessaire)</li> <li>Avertir les ambulanciers et l'établissement ou le service receveur par une « Fiche de transfert inter-établissements »</li> </ul>

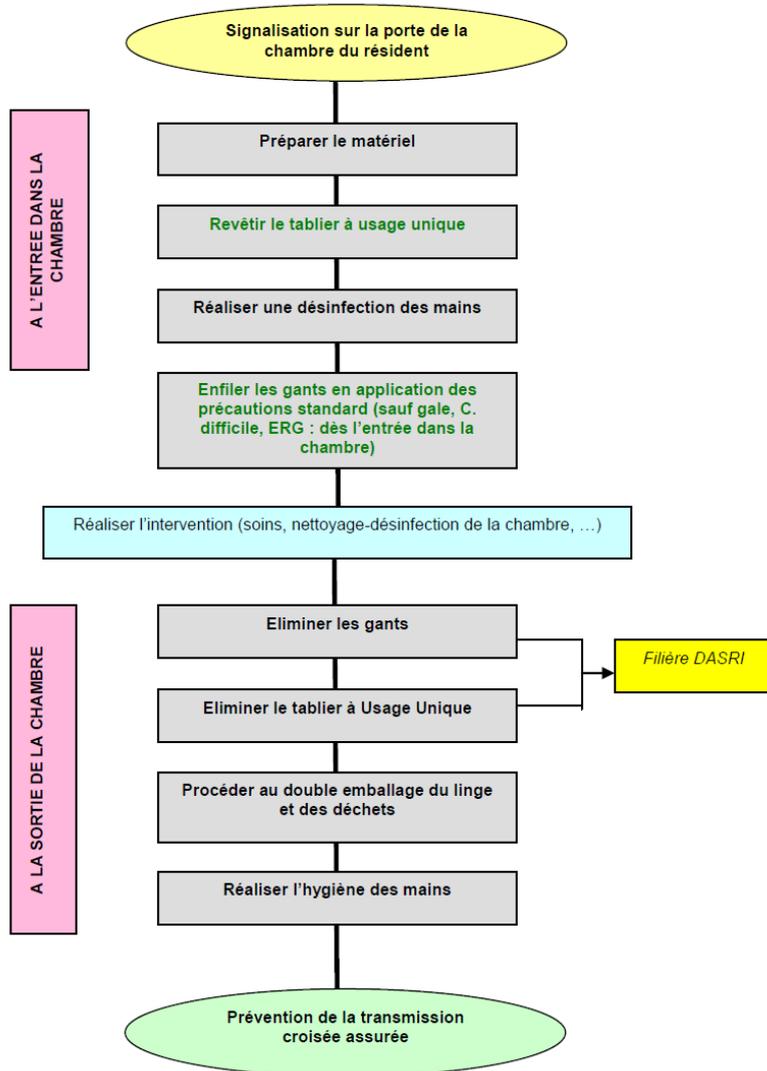
2/4

Logo ou nom de l'établissement	<b>PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES DE TYPE CONTACT</b>	Référence : Protocole :
		Date :    /    / 20
		Version : 1

**EXEMPLE DE FICHE DE TRANSFERT**

Logo ou nom de l'établissement	<b>FICHE DE TRANSFERT D'UN RESIDENT ATTEINT D'UNE INFECTION TRANSMISSIBLE LORS DE SOINS EXTERNES</b>		Date du soin ou de l'hospitalisation Date :    /    / 20
	<b>IDENTIFICATION DU RESIDENT</b>	<b>IDENTIFICATION DE L'EHPAD</b>	
Nom :		Nom de l'EHPAD :	
Prénom :		Service :	
Date de naissance :    /    /		☎ :    /    /    /    /	
		Nom du Médecin référent : Docteur	
		☎ :    /    /    /    /	
<p>Ce patient est porteur d'une infection transmissible. En plus des précautions standard, des précautions complémentaires ont été prescrites.</p> <p>Il s'agit des précautions :</p> <p style="text-align: center;"> <b>« AIR »</b>                      <input type="checkbox"/>  <b>« GOUTTELETTES »</b>      <input type="checkbox"/>  <b>« CONTACT »</b>              <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: center;"><b>Merci de poursuivre leur application durant le transport et les soins afin de protéger les autres patients et les soignants.</b></p> <p>Nom : .....Fonction : .....</p> <p>Signature :</p>			

Logo ou nom de l'établissement	<b>PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES DE TYPE CONTACT</b>	Référence :
		Protocole :
		Date : / /20
		Version : 1



Date de création : / / 20			
Rédigé par :	Vérifié par :	Approuvé par :	Date d'affichage du document :
Fonction :	Fonction :	Fonction :	
Visa :	Visa :	Visa :	

## ANNEXE 3 : Questionnaire destiné aux personnels soignants

### LA GALE EN EHPAD

#### Questionnaire pour le personnel soignant (médecins, IDE, aides soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, AMP, auxiliaires de soins)

Cette enquête est réalisée dans le cadre d'une thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en Pharmacie.

Ce questionnaire est adressé au personnel soignant de l'EHPAD (un autre questionnaire est destiné au personnel non soignant et administratif). Il est destiné à étudier l'état des connaissances sur la gale.

Les réponses sont anonymes.

Profession : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_

#### La gale

1) La gale est-elle une affection :

- Respiratoire
- Dermatologique
- Digestive
- Autre : \_\_\_\_\_

2) La gale est-elle :

- Une endoparasitose
- Une ectoparasitose
- Une mésoparasitose
- Je ne sais pas

3) Certaines périodes de l'année sont-elles plus favorables à l'apparition de cas de gale ?

- Non
- Oui. Précisez la ou lesquelles : \_\_\_\_\_
- Je ne sais pas

4) La gale peut-elle toucher :

- Les enfants
- Les adultes
- Les personnes âgées
- Les personnes immunodéprimées
- Tout le monde

## L'agent responsable de la gale

- 1) Son nom est :
  - Cimex lectularius*
  - Pediculus humanis*
  - Sarcoptes scabiei*
  - Pulex irritans*
  - Je ne sais pas
  
- 2) Il appartient à la classe des :
  - Arachnides
  - Insectes
  - Myriapodes
  - Je ne sais pas
  
- 3) Quelle(s) forme(s) du parasite est (sont) infectante(s) ? (Cochez une ou plusieurs cases)
  - Femelle adulte
  - Mâle adulte
  - Œuf
  - Larve
  - Nymphe
  - Tous les stades
  - Je ne sais pas

## La transmission de la gale

- 1) La contamination se fait :
  - Par contacts directs
  - Par contacts indirects (objets, vêtements, literie...)
  - Les deux
  - Autres : \_\_\_\_\_
  
- 2) En moyenne, combien de jours faut-il pour qu'un sujet infecté devienne contaminant :
  - 2-3 jours
  - 1 semaine
  - 2 semaines
  - 3 semaines
  - Plus
  
- 3) Combien de temps l'agent responsable de la gale reste-t-il contaminant dans l'environnement en l'absence de contact avec l'Homme?
  - Quelques heures
  - 24 à 48 heures
  - Une semaine
  - Plus

## Aspect clinique de la maladie

- 1) Quels sont les symptômes de la gale :
  - Un prurit
  - Des nausées et vomissements
  - De la fièvre
  - Des sillons cutanés
  - Des lésions de grattage
  
- 2) Les signes se situent généralement : (plusieurs réponses possibles)
  - Dans le dos
  - Sur le visage
  - Entre les doigts
  - Au niveau des poignets
  - Au niveau des plis du corps
  - Sur tout le corps
  
- 3) Chez le sujet âgé les symptômes sont-ils les mêmes que chez le sujet jeune?
  - Oui
  - Non. Précisez ceux spécifiques de la personne âgée:  
\_\_\_\_\_
  
- 4) En quoi consiste le diagnostic de la gale :
  - Une sérologie parasitaire
  - Recherche de parasites adultes au niveau des lésions
  - Recherche d'œufs au niveau des lésions
  - Autres :

## Le traitement de la gale

- 1) Le traitement est :
  - Oral seulement
  - Local seulement
  - Oral ou local
  - Oral et local
  
- 2) Connaissez-vous les spécialités utilisées dans le traitement de la gale :
  - Non
  - Oui. Citez-en au moins une : \_\_\_\_\_
  
- 3) Connaissez-vous la durée du traitement ?
  - Une prise/application unique
  - Cure de 3 jours
  - Cure d'une semaine
  - Jusqu'à disparition des lésions

4) En cas de gale, faut-il traiter également : (plusieurs réponses possibles)

- L'entourage
- Le linge
- La literie
- La chambre

## La prévention d'une épidémie de gale dans votre établissement

### Précautions complémentaires prévues en cas de diagnostic avéré dans l'établissement

1) Avez-vous déjà été confronté à la gale dans votre activité professionnelle (dans cet établissement ou ailleurs)

- Jamais
- Très rarement (moins d'une fois en 5 ans)
- Rarement (moins d'une fois par an)
- De temps en temps (1 à 2 fois par an)
- Régulièrement (plus de deux fois par an)

2) Y-a-t-il déjà eu des cas de gale dans l'établissement ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

3) Existe-t-il un protocole dans l'établissement décrivant les mesures à prendre en cas de gale ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

4) L'agent responsable de la gale est-il éliminé par les solutions hydroalcooliques ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

- 5) Parmi les mesures suivantes quelles sont celles qui doivent être prises en cas de gale pour éviter les transmissions et quelles sont celles qui sont inutiles. (Cochez la case)

	Utile	Inutile
Signalisation sur la porte du patient		
Isolement du patient dans une chambre individuelle		
Hygiène des mains renforcée		
Port de gants à usage unique non stériles pour les soins		
Gants mis avant de rentrer dans la chambre		
Port d'un tablier à usage unique pour les soins		
Port de masque de protection		
Port de lunette de protection		
Port d'une charlotte sur les cheveux		
Utilisation de matériel à usage unique si possible		
Dépôt de tous les déchets dans des poches ou containers DASRI		
Poches DASRI évacuées sans délai		
Linge mis dans des sacs spécifiques en précaution contact		
Protection des personnes s'occupant du traitement de l'environnement du patient		
Nettoyage spécial de la vaisselle		
Réduire le nombre de visites		
Demande d'autorisation à l'équipe soignante pour les visiteurs avant la visite		
Réduction des déplacements du résident si possible		

- 6) Combien de temps faut-il au minimum conserver les précautions complémentaires après le dernier traitement des patients ?
- 24 heures
  - 48 heures
  - 5 jours
  - Une semaine
  - Plus
  - Je ne sais pas
- 7) En cas de contamination d'un membre du personnel un arrêt de travail est-il obligatoire ?
- Oui. Combien de temps : \_\_\_\_\_
  - Non
  - Je ne sais pas

## De manière générale, précautions prises pour limiter les infections liées aux soins :

1) Concernant l'hygiène des mains du soignant cochez parmi ces propositions les mesures prises (plusieurs réponses possibles) :

- Lavage des mains au savon
- Lavage des mains avec une solution hydroalcoolique
- Lavage des mains avant un soin
- Lavage des mains après un soin
- Lavage des mains entre deux résidents
- Lavage des mains à la sortie de la chambre
- Lavage avant de donner un repas
- Lavage après s'être mouché, coiffé ...
- Lavage avant et après le port de gant
- Lavage des mains à l'arrivée dans l'établissement
- Lavage des mains en sortant de l'établissement
- Je ne sais pas

2) Parmi ces propositions qu'est-ce qui n'est pas autorisé :

- Port de bijoux (bagues, bracelets, montres...)
- Vernis à ongle
- Faux ongles
- Avoir les ongles longs
- Je ne sais pas

3) Parmi les propositions suivantes, dans quelles conditions portez-vous des gants :

- Si vos mains présentent des lésions
- Si le soin présente un risque de contact avec du sang ou autres produits d'origine humaine
- Si le patient présente une plaie ou une lésion dermatologique
- Lors d'injections, de perfusions ou de prélèvements de sang
- Lors de contact avec du linge ou du matériel souillé

4) Si vous êtes intervenant extérieur (médecin, kinésithérapeute...) : au quotidien, en dehors d'une crise sanitaire, appliquez vous à votre cabinet les mêmes mesures préventives d'hygiène que celles préconisées dans l'EHPAD ?

- Oui
- Non. Dans ce cas, en quoi sont-elles différentes :

\_\_\_\_\_

Merci de votre contribution.

## ANNEXE 4 : Questionnaire destiné aux personnels non soignants

### LA GALE EN EHPAD :

### Questionnaire pour le personnel non soignant et administratif (auxiliaires de vie, personnel de restauration, personnel d'entretien et de lingerie, administratif, animateurs)

Cette enquête est réalisée dans le cadre d'une thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en Pharmacie. Ce questionnaire est adressé au personnel non soignant et administratif de l'EHPAD (un autre questionnaire est destiné au personnel soignant). Il est destiné à étudier l'état des connaissances sur la gale. Les réponses sont anonymes.

Profession : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_

### La gale

5) La gale est-elle une affection :

- Respiratoire
- Dermatologique
- Digestive
- Autre : \_\_\_\_\_

6) La gale est-elle due à (plusieurs réponses possibles):

- Un organisme microscopique
- Un organisme visible à l'œil nu
- Un virus
- Un parasite
- Une bactérie
- Je ne sais pas

7) Certaines périodes de l'année sont-elles plus favorables à l'apparition de cas de gale ?

- Non
- Oui. Précisez la ou lesquelles : \_\_\_\_\_
- Je ne sais pas

8) La gale peut-elle toucher :

- Les enfants
- Les adultes
- Les personnes âgées
- Les personnes immunodéprimées
- Tout le monde
- Je ne sais pas

## La transmission de la gale

- 4) La contamination se fait :
- Par contacts directs
  - Par contacts indirects (objets, vêtements, literie...)
  - Les deux
  - Je ne sais pas
  - Autres : \_\_\_\_\_
- 5) En moyenne, combien de jours faut-il pour qu'un sujet devienne contaminant :
- 2-3 jours
  - 1 semaine
  - 2 semaines
  - 3 semaines
  - Plus
  - Je ne sais pas
- 6) Combien de temps l'agent responsable de la gale reste-t-il contaminant dans l'environnement ?
- Quelques heures
  - 24 à 48 heures
  - Une semaine
  - Plus
  - Je ne sais pas

## Aspect clinique de la maladie

- 5) Le principal symptôme de la gale est :
- Un prurit (démangeaisons)
  - Des nausées et vomissements
  - De la fièvre
  - Des manifestations respiratoires (toux, etc...)
- 6) Les signes se situent généralement : (plusieurs réponses possibles)
- Dans le dos
  - Sur le visage
  - Entre les doigts
  - Au niveau des poignets
  - Au niveau des plis du corps
  - Sur tout le corps
- 7) Comment est posé le diagnostic de la gale ?
- Par une prise de sang
  - Prélèvement dermatologique
  - Examen clinique seulement
  - Je ne sais pas
  - Autres : \_\_\_\_\_

## Le traitement de la gale

- 5) En cas de gale, un traitement est administré au patient. Faut-il, en plus, traiter : (plusieurs réponses possibles)
- L'entourage
  - Le linge
  - La literie
  - La chambre
  - Aucune des mesures précédentes n'est utile
  - Je ne sais pas

## La prévention d'une épidémie de gale dans votre établissement

- 8) Si un cas de gale est diagnostiqué dans l'établissement, en êtes-vous averti ?
- Oui
  - Non
- 9) Y-a-t-il déjà eu des cas de gale dans l'établissement ?
- Oui
  - Non
  - Je ne sais pas
- 10) Existe-t-il un protocole dans l'établissement décrivant les mesures à prendre en cas de gale ?
- Oui
  - Non
  - Je ne sais pas
- 11) En cas de gale, les protocoles d'entretien (nettoyage des locaux, du matériel...) sont-ils modifiés ?
- Oui
  - Non
  - Je ne sais pas
- 12) Les produits d'entretien utilisés sont-ils les mêmes en cas de gale qu'en temps normal ?
- Oui
  - Non
  - Je ne sais pas
- 13) Le linge subit-il un lavage spécial si un cas de gale est diagnostiqué ?
- Oui
  - Non
  - Je ne sais pas

- 14) Parmi les mesures suivantes quelles sont celles qui doivent être prises en cas de gale pour éviter les transmissions et quelles sont celles qui sont inutiles. (Cochez la case)

	Utile	Inutile
Signalisation sur la porte du patient		
Malade placé dans une chambre individuelle		
Hygiène des mains renforcée		
Port de gants à usage unique non stériles pour les soins		
Gants mis avant de rentrer dans la chambre		
Port d'un tablier à usage unique pour les soins		
Port de masque de protection		
Port de lunette de protection		
Port d'une charlotte sur les cheveux		
Utilisation de matériel à usage unique le plus possible		
Dépôt de tous les déchets dans des poches ou containers DASRI		
Poches DASRI évacuées sans séjour intermédiaire dans le couloir		
Linge mis dans des sacs spécifiques en précaution contact		
	Utile	Inutile
Protection des personnes s'occupant du traitement de l'environnement		
Nettoyage spécial de la vaisselle		
Réduire le nombre de visites		
Demande d'autorisation à l'équipe soignante pour les visiteurs avant la visite		
Réduction des déplacements du résident.		

- 15) Combien de temps faut-il au minimum conserver les précautions complémentaires après le dernier traitement des patients ?

- 24 heures
- 48 heures
- 5 jours
- Une semaine
- Plus

- 16) En cas de contamination d'un membre du personnel un arrêt de travail est-il obligatoire ?

- Oui. Combien de temps : \_\_\_\_\_
- Non

## De manière générale, précautions prises pour limiter les transmissions des infections

5) Concernant l'hygiène des mains cochez parmi ces propositions les mesures prises :

- Lavage des mains au savon
- Lavage des mains avec une solution hydroalcoolique
- Lavage des mains avant une intervention auprès d'un résident
- Lavage des mains après une intervention auprès d'un résident
- Lavage des mains à la sortie de la chambre
- Lavage avant de donner un repas
- Lavage après s'être mouché, coiffé ...
- Lavage avant et après le port de gant
- Lavage des mains à l'arrivée dans l'établissement
- Lavage des mains en sortant de l'établissement

6) Parmi les propositions suivantes, dans quelles conditions portez-vous des gants :

- Si vos mains présentent des lésions
- Lors de contact avec du linge ou du matériel souillé
- Si le patient présente une plaie ou une lésion dermatologique
- Lors de la manipulation de produits chimiques

**Merci de votre contribution.**

## SERMENT DE GALIEN

~~~~~

Je jure, en présence des maîtres de la faculté et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

# Résumé

La gale est une pathologie connue depuis l'Antiquité et dont les caractéristiques ont été bien étudiées.

La plupart du temps bénigne, elle se complique souvent chez la personne âgée du fait d'une faiblesse plus importante et d'un diagnostic souvent tardif. Au sein des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), elle est redoutée, car sa contagiosité crée un risque d'épidémie important. Afin d'aider ces structures à limiter la transmission et la propagation de pathologies telles que la gale, les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) émettent des recommandations et des fiches pratiques.

En se basant sur ces recommandations, une enquête a été réalisée dans trois EHPAD du département de la Charente. Son but a été de faire un état des lieux des connaissances sur la gale au sein des personnels qu'ils soient soignants ou non soignants.

Après analyse, les résultats ont été très homogènes dans les trois établissements. Les personnels des trois structures ont montré une bonne connaissance des recommandations officielles et des mesures de prévention à prendre en cas de diagnostic avéré de gale. En revanche, cette enquête a mis en évidence une certaine méconnaissance de la gale et de ses spécificités.