

EPP

Evaluation des Pratiques Professionnelles dans les établissements de santé

Maîtrise de la diffusion de la gale dans les établissements de santé et dans les EHPAD



Protocole d'évaluation
Octobre 2010

SOMMAIRE

Introduction	3
Objectif général	4
Objectifs spécifiques	4
Contexte réglementaire	4
Recommandations utilisées	4
Documentations fournies	5
Composition du groupe de travail	5
Méthode	6
Organisation	7
Lieu de mise en œuvre	7
Déroulement de la démarche	7
Support de collecte des données	10
Analyse des données	11
Retour d'information	11
Références	12
Annexe 1 : Grille de recueil	13
Annexe 2 : Exemples de scénarios	20

Introduction

La gale est une affection généralement bénigne qui se caractérise cependant par une forte contagiosité fréquemment responsable d'épidémies en collectivités. Ces épidémies sont difficiles à maîtriser et sont alors souvent longues.

Ces épisodes touchent des collectivités de différente nature, et notamment des structures accueillant des personnes fragiles comme les établissements de santé et des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Des déclarations d'épidémies de gale sont effectuées fréquemment par ces structures. Plusieurs guides de recommandations, avis et documents d'informations sur la gale ont été rédigés pour orienter les structures dans la gestion souvent complexe de ces évènements et pour la communication autour de ces épisodes [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Parallèlement, dans le cadre de la maîtrise des infections associées aux soins, le plan stratégique national 2009–2013 recommande de se préparer à la gestion d'une crise de type épidémie [7].

Outre les exigences inhérentes au repérage de ces évènements et au renforcement des bonnes pratiques assurant la sécurité des patients et des résidents, les établissements doivent disposer d'un plan local de maîtrise des épidémies activable dès le déclenchement de l'alerte. Ce plan doit formaliser la mise en place d'une cellule de crise en précisant les responsabilités de chacun et détailler les modalités d'organisation, d'information, de prise en charge et de communication dans ces contextes épidémiques.

Il est également précisé dans le plan national que la prévention du risque infectieux doit désormais être insérée dans la gestion des risques associés aux soins.

C'est dans ce contexte qu'un groupe de travail du CCLIN Sud-Ouest a élaboré cet outil d'évaluation des pratiques « Prévention de la diffusion de la gale dans les établissements de santé et EHPAD ». Il repose sur une méthode de gestion des risques originale : l'analyse de scénarios cliniques. Cette méthode a déjà été développée dans l'inter-région par le CCECQA et le CCLIN Sud-Ouest sur plusieurs thématiques BMR (2006), cathéters veineux centraux, cathéters veineux périphériques, rachianesthésie).

Objectif général

- Tester à partir de l'analyse d'un problème, la capacité d'un service ou d'un établissement à mettre en œuvre la stratégie de gestion d'une crise de type épidémie, et à appliquer les mesures de prévention adaptées.

Objectifs spécifiques

- Analyser, avec les professionnels d'un service ou d'un établissement, les défenses possibles et/ou mises en place et leur caractère opérationnel, afin de limiter le risque de diffusion de la gale au sein d'un service ou d'un établissement,
- Comprendre les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des recommandations en matière de gestion d'une épidémie tant sur le plan organisationnel, que sur le respect des bonnes pratiques d'hygiène,
- Mettre en place des actions d'amélioration.

Contexte réglementaire

- Plan stratégique national 2009–2013 de prévention des infections associées aux soins.

Recommandations utilisées

- Recommandations concernant la gestion de la gale dans les établissements de soins et médicaux sociaux – CCLIN Sud-Ouest, 2004 [1].
- Epidémie de gale communautaire : Guide d'investigation et d'aide à la gestion – InVS, 2008 [2].
- Conduite à tenir en cas d'une épidémie de gale en établissements de santé – CCLIN Sud-Est, 2004 [3].
- Avis du CSHPF relatif à la conduite à tenir devant un cas de gale, juin 2003 [5].
- Circulaire interministérielle N° DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009/2013 de prévention des infections associées aux soins [7].

Documentations fournies

→ Outil

Document complet présentant la justification, les objectifs, la méthodologie, l'organisation du recueil, la grille de recueil et les supports nécessaires pour la réalisation de l'évaluation.

→ Grille de recueil

Support de collecte des données.

→ Conduite d'évaluation

Document général présentant les étapes d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

Composition du groupe de travail

- **Rachel DUTRECH**, ARLIN Aquitaine du CCLIN Sud-Ouest, Groupe Hospitalier Pellegrin, Bordeaux.
- **Elisabeth GALY**, ARLIN Midi-Pyrénées du CCLIN Sud-Ouest, CHU Toulouse.
- Dr **Christophe GAUTIER**, ARLIN Aquitaine du CCLIN Sud-Ouest, Groupe Hospitalier Pellegrin, Bordeaux.
- Dr **Pierre PARNEIX**, CCLIN Sud-Ouest, Groupe Hospitalier Pellegrin, Bordeaux
- **Dominique PILLES**, ARLIN Aquitaine du CCLIN Sud-Ouest, Groupe Hospitalier Pellegrin, Bordeaux.
- Dr **Sophie VAN DE STEENE**, ARLIN Midi-Pyrénées du CCLIN Sud-Ouest, CHU Toulouse.
- **Hervé VERGNES**, ARLIN Midi-Pyrénées du CCLIN Sud-Ouest, CHU Toulouse.

Méthode

L'approche méthodologique retenue est celle de l'analyse de scénarios relatifs à des épidémies de gale.

Il s'agit d'une approche par problème [8, 9] qui consiste à analyser un problème ou un dysfonctionnement afin de mettre en place des actions visant à éviter sa répétition. Un problème est défini comme la différence entre la situation existante et la situation attendue.

Cette méthode déductive permet d'analyser des problèmes complexes. Toutes les causes du problème doivent être soigneusement envisagées et analysées. Les causes principales (absence de certaines barrières ou barrières non opérationnelles) doivent être identifiées et prouvées. Des solutions ciblées sur les causes principales peuvent alors être envisagées, testées puis mises en œuvre. Un suivi permet de s'assurer de la disparition du problème.

Cette approche méthodologique comporte plusieurs avantages. Elle permet d'analyser des situations à risque peu fréquentes. C'est une démarche participative, anticipative, déculpabilisante puisqu'elle consiste à analyser un problème survenu dans un autre établissement. Elle est peu contraignante pour les professionnels en termes de disponibilité. Contrairement à d'autres méthodes d'évaluation des pratiques, cette approche a le mérite d'aller à la rencontre des professionnels, d'être à leur écoute, de les impliquer dans une démarche de gestion des risques. Elle permet de développer une culture de la sécurité chez les professionnels, de faciliter la communication entre les différents acteurs d'un même programme de prévention, et enfin d'avoir une bonne réactivité.

Par contre, elle a pour inconvénient d'étudier et de se préparer à un nombre limité de scénarios prévisibles, mais pas forcément à ceux qui se réaliseront dans le futur.

Organisation

Le projet est placé sous la responsabilité du CLIN local (ou de l'instance équivalente) pour un établissement de santé, ou du médecin coordonnateur pour un EHPAD, qui désignera un responsable de l'évaluation. L'animation de l'analyse de scénarios sera conduite par le responsable lui-même, un de ses collaborateurs ou un professionnel extérieur à l'établissement

Lieu de mise en œuvre

La méthode peut être proposée dans chaque établissement de santé ou EHPAD, dans les unités de soins, secteurs ou services volontaires sélectionnés par le CLIN (sur proposition de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière) ou le médecin coordonnateur, par choix raisonné :

- lieu d'épidémies,
- lieu de survenue d'un cas d'infection grave,
- services à risque,
- situations dangereuses déjà identifiées et faisant ou pas l'objet d'un plan d'amélioration, etc...).

Déroulement de la démarche

Comment ?

→ Sélection et présentation des scénarios

Les scénarios proposés concernent tous des défauts dans la mise en œuvre de la stratégie de prévention et dans l'application des mesures recommandées. Ils sont issus de cas cliniques réels issus de la littérature ou de signalements d'infections nosocomiales (annexe 2).

Les cas sélectionnés peuvent être de gravité et d'ampleur différentes, certains sans conséquences pour le patient (incidents), d'autres avec des conséquences cliniques ou paracliniques (cas d'infections, épidémies). Certains cas peuvent être des « presque accidents », c'est à dire des incidents où l'accident est évité de justesse soit par récupération des erreurs, soit par chance.

Tous les cas sont présentés selon le même modèle :

- description des circonstances de survenue des défauts de soins (patient, soins et professionnels de santé concernés, environnement, etc.),
- description des conséquences des défauts de soins,
- enseignements tirés dans un but de prévention.

→ Participants

L'étude de scénario est dirigée par un professionnel (animateur) formé à la méthode (membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène, médecin coordonnateur, ou professionnel extérieur à l'établissement). Il peut être assisté par un collaborateur qui sera chargé du recueil de données.

Sont invités à participer à l'étude des scénarios les **professionnels du service** présents et disponibles avec un représentant de l'encadrement et de chaque catégorie professionnelle (par exemple : médecin, infirmier, aide-soignant, agent de service hospitalier, kinésithérapeute, brancardier, etc.) et de chaque équipe (matin, après-midi, nuit). La présence du ou des correspondants en hygiène de l'unité de soins est souhaitable. De même, exceptionnellement, dans la mesure où la gestion d'une épidémie de gale ne relève pas de la seule organisation du service, mais aussi de la coordination de la cellule de crise, des **professionnels extérieurs au service** doivent être conviés à l'analyse (membre de la cellule « gestion des risques » ou tout professionnel en charge de coordonner un plan de local de maîtrise d'une épidémie, responsable fonction logistique (blanchisserie), responsable achats, médecin du travail, pharmacien, médecin coordonnateur et directeur pour les EHPAD...).

→ Déroulement de l'étude des scénarios

Le déroulement proposé est le suivant :

1. Introduction [5 minutes]

→ L'animateur présentera les objectifs de cette analyse de scénario.

Les objectifs :

- Identification des défauts de soins dans le scénario étudié et des facteurs ayant contribué à la survenue de ces défauts (défauts de système),
- Identification des défenses (mesures de prévention) présentes,
- Identification des défenses présentes et opérationnelles,
- Identification des défenses absentes,
- Evaluation des vulnérabilités dans le service,
- Identification de solutions pour maîtriser une éventuelle épidémie de gale.

2. Présentation du cas [5 minutes]

Le cas le plus adapté au contexte local et le plus intéressant en matière d'apport d'informations pour l'action sera sélectionné par l'animateur.

3. Questions – Discussion [35 minutes]

Après la présentation du cas, l'animateur soulignera l'importance d'une analyse précise des causes afin d'apporter des actions correctives efficaces.

« La recherche des causes doit être méthodique, elle doit permettre d'identifier les différents dysfonctionnements à l'origine de la diffusion de la gale dans l'établissement concerné »...

Diagnostic d'un ou plusieurs cas de gale

Signalement d'un cas de gale

Plan local de maîtrise d'une épidémie

Conduite à tenir en cas d'épidémie de gale

Information/communication

Les différents types de défauts de soins et de défenses possibles pour ce scénario devront être recherchés par « remue-méninges ». L'animateur peut aider les participants à identifier les erreurs ou les défenses, s'il le juge nécessaire.

→ L'animateur proposera ensuite aux participants d'étudier la possibilité de survenue d'un tel scénario dans le service, en posant les questions suivantes :

- « Ce type de scénario est-il déjà survenu dans le service ou dans votre établissement ? » Si c'est le cas, « Quelles actions correctrices ont été proposées ? »
- Si ce type de scénario ne s'est pas déjà produit, « le risque de survenue dans le service est-il probable, rare, extrêmement rare ou extrêmement improbable ? »
- Quelles sont les défenses actuelles susceptibles d'éviter la survenue d'un tel scénario ?
- Quelles sont les défenses supplémentaires qui pourraient renforcer la sécurité ? Est-il possible de les mettre en œuvre ?

→ L'animateur clôture la séance en remerciant les participants et en rappelant les leçons tirées de ce scénario.

« Conformément aux dispositions de la circulaire 264 du 19/08/2009, un plan local de maîtrise d'une épidémie doit rapidement être formalisé ...».

« Tout cas suspect de gale doit faire l'objet d'une confirmation diagnostique par un spécialiste... ».

« Des documents d'information sur la gale doivent être mis à disposition des patients et des visiteurs en cas d'épidémie... »

Support de collecte des données

Les données collectées pendant l'analyse de scénario seront notées par l'animateur ou mieux par un de ses proches collaborateurs sur une grille de recueil appropriée (annexe 1).

Où ?

Dans une salle réservée (par exemple : salle de réunion du service).

Quand ?

L'analyse doit être programmée :

- à l'avance pour que chaque professionnel puisse se rendre disponible,
- à un horaire favorable pour les différents professionnels concernés par la stratégie de maîtrise de la diffusion de la gale : encadrement, médecins, infirmiers, pharmacien, médecin du travail, etc.

Durée ?

45 minutes pour un scénario.

A faire :

- Retenir le scénario le plus pertinent pour l'activité ou le service concerné,
- Laisser s'exprimer chaque participant,
- Guider la recherche des défauts de soins, en reprenant chaque point clé de la prévention et les actions successives des différents acteurs,
- Donner assez rapidement les résultats de l'analyse des causes faite lors de l'investigation,
- Insister sur la pluralité des dysfonctionnements et leur enchaînement,

- Donner assez rapidement les résultats de la recherche de solutions faites à l'issue de l'investigation,
- Faire une synthèse des enseignements issus de l'analyse de ce scénario,
- Conclure en rappelant l'intérêt du partage d'expériences,
- Proposer aux participants de leur laisser d'autres scénarios pour renouveler ce type d'analyse des risques.

A éviter :

- Avoir un nombre de participants supérieur à 15,
- Débuter la lecture du scénario sans rappeler les objectifs et le déroulement de l'analyse des scénarios,
- Donner le choix du scénario aux professionnels du service,
- Rechercher des détails inutiles pour l'analyse du scénario, se disperser,
- Questionner de façon directive et trop précise,
- Laisser un leader monopoliser la parole,
- Rechercher des responsables, des coupables,
- Discuter de cas du service différents de celui du scénario,
- Rechercher des solutions sans analyse des erreurs et des facteurs contributifs,
- Faire des commentaires négatifs sur les situations à risques identifiées dans le service.

Analyse des données

Cette étape doit permettre d'examiner les résultats obtenus et de guider la réflexion vers la recherche d'améliorations possibles.

Retour d'information

Un retour d'information, sous la forme d'un rapport écrit standardisé et/ou d'une présentation orale, vers l'ensemble des professionnels impliqués dans cette thématique doit être envisagé par le responsable de l'évaluation.

Références

1. Recommandations concernant la gestion de la gale dans les établissements de soins et médicaux sociaux – CCLIN Sud-Ouest, 2004.
2. Castor C, Bernadou I. Epidémie de gale communautaire – Guide d’investigation et d’aide à la gestion – InVS, 2008, 48p.
3. Conduite à tenir en cas d’une épidémie de gale en établissements de santé – CCLIN Sud-Est, sept. 2004.
4. Avis du CSHPF relatif à la conduite à tenir devant un cas de gale, juin 2003
5. Mesures pour la prévention et la maîtrise de la diffusion de la gale dans les établissements de santé et sanitaires et sociaux – Fiche technique, CCLIN Paris-Nord, déc. 2009, <http://www.cclinparisnord.org>
6. Vous (ou l’un de vos proches) avez une infection cutanée à la gale – Information, CCLIN Paris-Nord, déc. 2009, <http://www.cclinparisnord.org>
7. Circulaire interministérielle N° DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009/2013 de prévention des infections associées aux soins.
8. HAS. L’évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l’accréditation, juin 2005.
9. ANAES. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris : ANAES, 2000.

Annexe 1 :
Grille de recueil

Date de l'analyse :

Participants ?

(remplir la liste de présence)

N° du scénario retenu ?

□ □ □

Analyse de ce qui s'est déjà passé dans un autre établissement

Principal défaut de soins ?

→

Autres défauts de soins ?

→

→

→

Facteurs contributifs ?

→

→

→

→

→

Défenses qui auraient pu éviter cet événement ?

→

→

→

Analyse de ce qui pourrait se passer dans l'unité de soins

Probabilité de survenue d'un tel scénario ?

- probable*
- rare*
- extrêmement rare*
- extrêmement improbable*

Principales défenses existantes ?

→

→

→

→

→

Principales vulnérabilités existantes ?

→

→

→

→

→

Propositions d'améliorations ?

→

→

→

→

→

Identification des défenses

	Ailleurs		Ici	
	oui	non	oui	non
Diagnostic de la gale				
Les professionnels médicaux et paramédicaux de l'établissement sont sensibilisés à la détection clinique de la gale.				
Le diagnostic de gale repose sur des données cliniques et/ou parasitologiques.				
Il est possible de recourir à un spécialiste (dermatologue) pour confirmer un cas de gale.				
Il existe une procédure précisant la conduite à tenir devant un cas de gale.				
Signalement d'un cas de gale				
Le signalement interne des infections est organisé dans l'établissement.				
Tous les professionnels ont été sensibilisés à l'intérêt de ce dispositif (signalement des IAS ou des évènements indésirables).				
Chaque cas de gale fait l'objet d'un signalement interne.				
L'établissement a identifié un professionnel responsable du signalement (en charge de la réception et de l'analyse préliminaire des signalements /alertes).				
Plan local de maîtrise des épidémies				
L'établissement dispose d'un plan local de maîtrise des épidémies.				
Si ce plan existe, il prévoit :				
<ul style="list-style-type: none"> • la désignation nominative du personnel de direction, du praticien et du cadre de santé chargé de la mise en oeuvre et du suivi du plan, 				
<ul style="list-style-type: none"> • les modalités d'organisation de l'isolement géographique (ou cohorting) des patients, 				
<ul style="list-style-type: none"> • les modalités d'information de l'ensemble des services de l'établissement, 				
<ul style="list-style-type: none"> • les premières mesures à mettre en place dans chaque service concerné, 				
<ul style="list-style-type: none"> • les modalités de communication externe. 				

	Ailleurs		Ici	
	oui	non	oui	non
Mise en place des mesures en cas d'épidémie de gale (1)				
Il existe une procédure précisant la conduite à tenir en cas d'épidémie de gale.				
Une cellule de crise peut être rapidement constituée.				
Les mesures d'hygiène à respecter en cas d'épidémie de gale font l'objet d'un protocole écrit.				
L'établissement dispose des moyens matériels nécessaires à l'application des précautions contact (postes de lavage des mains équipés + PHA, gants, surblouses,...).				
Mise en place des mesures en cas d'épidémie de gale (2)				
L'établissement est en capacité d'organiser et mettre en place les mesures thérapeutiques et d'accompagnement inhérentes à la prise en charge d'une épidémie de gale :				
<ul style="list-style-type: none"> • l'identification des cas avérés et contacts, et la réalisation du bilan épidémiologique sont prévues par la cellule de crise, 				
<ul style="list-style-type: none"> • l'accès aux traitements est facilité via la pharmacie, 				
<ul style="list-style-type: none"> • l'accès aux autres produits et matériels nécessaires à la gestion de l'épidémie 				
<ul style="list-style-type: none"> • du personnel peut-être mobilisé pour organiser le traitement simultané des cas avérés et contacts de l'environnement, et des matériels 				
<ul style="list-style-type: none"> • le traitement du linge et sa mise à disposition en quantité suffisante 				
<ul style="list-style-type: none"> • un médecin du travail est présent pour faciliter la prise en charge des professionnels, 				
<ul style="list-style-type: none"> • l'information des médecins traitants est prévue. 				
Information				
Des documents d'information ont été rédigés pour informer les professionnels de la conduite à tenir en cas de gale.				
Des documents d'information ont été rédigés pour informer les patients/résidents en cas de gale.				
Des documents d'information ont été rédigés pour informer les visiteurs en cas de gale dans l'établissement.				

Annexe 2 : Scénarios

Scénario 1

Investigation de signalement d'infections nosocomiales - 2010

Huit cas de gale concernant 3 patients et 5 professionnels ont été recensés dans un établissement de psychiatrie. L'origine de cette épidémie est rapportée à l'admission, un mois plus tôt, d'un patient symptomatique dont la confirmation diagnostique n'a pu être faite que plusieurs jours après son entrée.

Malgré les traitements prescrits et les mesures d'hygiène mises en place, des cas secondaires ont été découverts ultérieurement notamment chez deux professionnels travaillant de nuit. Une communication et une surveillance renforcées autour de ces cas de gale, ainsi que le renouvellement des traitements auprès des patients et des professionnels exposés ont permis de juguler l'épidémie qui aura duré plusieurs mois.

ANALYSE

Principal défaut de soins :

- Retard diagnostique du patient index

Autres défauts de soins :

- Manque de coordination dans la prise en charge thérapeutique des cas avérés et contacts (14 professionnels non traités dont des professionnels de nuit, traitement échelonné des cas contacts patients et professionnels + traitements individuels).
- Bilan épidémiologique/ identification des cas contacts erronés : défaut de traçabilité dans le planning professionnels

Facteurs contributifs :

- Difficultés du diagnostic de gale chez les patients de psy (fréquence des prurits et lésions de grattage) + pas de confirmation par dermatologue
- Disponibilité des professionnels : médecin du travail à temps partiel, pas de PH en hygiène, pas de dermatologue
- Manque de reconnaissance de l'EOH, notamment par le corps médical
- Banalisation des premiers cas
- Défaut d'information de certains professionnels (professionnels de nuit)
- Défaut d'information des soignants atteints à leur encadrement (/image gale)
- Défaut de coordination de la prise en charge
- Mobilité des professionnels en psychiatrie (déplacements inter-services)
- Supports de communication sur la gale obsolètes ou absents

Défenses existantes :

- Existence d'un protocole de prise en charge d'une épidémie de gale
- Mise en place des mesures de prévention adaptées : renforcement des mesures d'hygiène des mains (lavage simple + friction), du bionettoyage, précautions complémentaires contact auprès des cas avérés
- Organisation d'une surveillance des exposés pendant la période épidémique (suivi quotidien des patients et professionnels sous responsabilité du cadre de chaque service)
- Limitation des déplacements inter-services pendant la période épidémique

Défenses qui auraient pu éviter cet évènement :

- Systématisation de la confirmation du diagnostic de gale par un dermatologue
- Centralisation de l'information et du signalement concernant les cas de gale
- Coordination de la prise en charge des patients et des professionnels (traitement simultané des cas avérés et contacts)
- Qualité de la traçabilité des plannings professionnels
- Meilleure communication auprès des professionnels (information orale et supports de communication sur la gale et ses traitements, appui d'un référent hygiéniste)
- Meilleure communication auprès des patients et de leur famille (plaquettes d'information)

Evènement évitable : la durée et l'ampleur de l'épidémie auraient pu être réduites

Scénario 2

Investigation de signalement d'infection nosocomiale - 2009

Une épidémie de gale profuse a eu lieu dans un centre de cancérologie.

Les premières lésions du patient index sont apparues le 4 octobre. Le diagnostic de gale a été posé le 23 octobre et confirmé le 25 octobre.

La gale a touché 7 autres patients du même étage et 8 membres du personnel ont également été identifiés comme potentiellement porteurs entre le 23 octobre et le 11 novembre.

Des difficultés ont été rencontrées dans la centralisation des informations, la coordination des actions de lutte contre l'épidémie ainsi que dans la communication. Au total, 248 personnes ont été traitées et aucun cas secondaire n'a été recensé après la mise en place des précautions complémentaires contact.

ANALYSE

Principal défaut de soins :

- Retard au diagnostic du cas index

Autres défauts de soins : -

Facteurs contributifs :

- absence de dermatologue sur l'établissement (médecin en vacances),
- difficulté d'approvisionnement de la pharmacie, (vendredi après-midi),
- défaut de centralisation des informations et de coordination (personnel en vacances),

- défaut dans la communication et l'information du personnel,
- médecin du travail présent 2 jours par semaines,
- praticien hygiéniste présent 2 jours par semaines.
- erreur de posologie au départ du traitement

Evènement évitable

Défenses existantes

Défenses qui auraient pu éviter cet évènement :

- prévoir les périodes d'absence des responsables,
- révisions de la procédure de gestion de crise,
- révision de la conduite à tenir en cas de gale,
- améliorer la communication auprès du personnel.

Scénario 3

Investigation de signalement d'infections nosocomiales - 2010

Dans un centre hospitalier, au début du mois d'août, le diagnostic de gale est posé chez un patient hospitalisé depuis plusieurs jours, ayant séjourné en médecine et en réanimation. Un traitement est instauré. Le lendemain de la sortie de ce cas index, le premier cas épidémique est diagnostiqué chez un aide-soignant de réanimation. Malgré les mesures préconisées (traitement prophylactique et mesures d'hygiène), l'épisode a duré 7 mois avec deux pics épidémiques. Cette épidémie aura touché au total 18 soignants (dont deux réinfestations) mais aucun autre patient.

ANALYSE

Principal défaut de soins :

- Refus initial de traitement d'une partie du personnel (31 refus sur 73 contacts)

Autres défauts de soins :

- Manque de coordination dans la prise en charge thérapeutique des cas avérés et contacts (traitement échelonné, traitements individuels)
- Désinfection environnementale individuelle et non cordonnée (domicile et vestiaires)

Facteurs contributifs :

- Doute permanent sur le diagnostic (difficultés diagnostiques, examens parasitologiques négatifs, pas de dermatologue attaché à l'hôpital, non contribution des dermatologues de ville)

- Questionnement des professionnels sur les traitements (prescriptions par des médecins différents, traitements hétérogènes et variés, crainte des effets secondaires)
- Incertitude sur la prise effective des traitements (période estivale empêchant une centralisation efficace des informations)
- Difficultés de communication avec une partie du corps médical
- Difficultés de constitution d'une cellule de crise « décisionnelle »

Défenses existantes :

- Signalement opérationnel (fait dès le 2^{ème} cas)
- Existence d'un protocole de prise en charge d'une épidémie de gale
- Forte implication de l'EOH et du service de santé au travail
- Mise en place de mesures de prévention de la transmission croisée vis-à-vis des patients : hygiène des mains (lavage simple) et précautions contact
- Organisation d'une surveillance prolongée des exposés

Défenses qui auraient pu éviter cet évènement :

- Meilleure information des professionnels permettant une meilleure acceptation du diagnostic de gale
- Coordination et traitement simultané des cas avérés et contacts
- *Malgré l'absence de cas secondaire parmi les patients, les modalités d'informations des patients sortis (court séjour) doivent être anticipées*

Evènement évitable : La durée et l'ampleur de l'épidémie auraient pu être réduites ; anxiété des professionnels

Scénario 4

Investigation de signalement d'infections nosocomiales - 2010

En mars, dans un EHPAD prenant en charge 79 résidents, plusieurs aides-soignants et résidents présentent des signes évocateurs de gale. Un traitement est instauré avec amélioration des symptômes chez les soignants et persistance des signes chez certains résidents. L'environnement est désinfecté.

Le 13 mai, un diagnostic de gale est posé chez un résident déjà traité en avril. Le 15, tous les résidents reçoivent un traitement par voie générale, associé à un traitement local pour ceux présentant des signes cliniques (18 personnes). Tout le personnel est traité par voie orale. Les précautions contact sont mises en place et un traitement de l'environnement est réalisé le lendemain. En juin, 8 résidents toujours symptomatiques bénéficient d'une consultation de dermatologie et un cas est diagnostiqué positif. Le résident et l'environnement sont traités. L'épidémie sera définitivement jugulée début juillet.

ANALYSE

Principal défaut de soins :

- Refus initial de traitement chez résidents (4 refus sur 14 cas)

Autres défauts de soins :

- Manque de coordination dans la prise en charge thérapeutique des cas avérés et contacts (traitement échelonné pour le personnel)
- Désinfection environnementale non coordonnée (décalée par rapport au traitement)

Facteurs contributifs :

- Doute permanent sur le diagnostic (difficultés diagnostiques, examens parasitologiques négatifs, difficultés d'organiser une consultation hospitalière, pas de dermatologue attaché à l'EHPAD, non contribution des dermatologues de ville)

Défenses existantes :

- Signalement opérationnel (fait dès le 1^{er} cas)
- Existence d'un protocole de prise en charge d'une épidémie de gale
- Mise en place des mesures de prévention adaptées : renforcement des mesures d'hygiène des mains (lavage simple + friction), précautions complémentaires contact auprès des cas avérés
- Organisation d'une surveillance prolongée des exposés

Défenses qui auraient pu éviter cet évènement :

- Coordination et traitement simultané des résidents et personnel

Evènement évitable : La durée et l'ampleur de l'épidémie auraient pu être réduites