Retours d'expériences GALE CPias PACA

Dr Durand Isabelle

2026



Introduction

Canaux de signalement

01

EMS / Ville

Portail national ou mail ARS PACA

02

Établissements de Santé

Via ESIN — souvent rétrospectif

03

Direct CPias

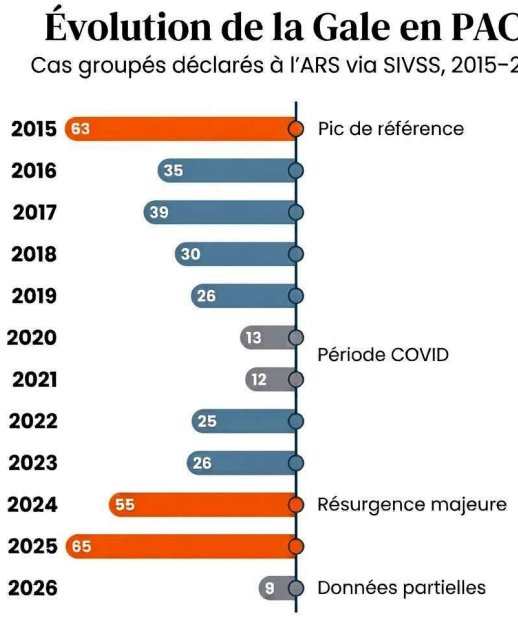
Exceptionnel



Deux épidémies présentées :
- 1 en crèche hospitalière
- 1 établissement de santé + autres structures

Signalement ARS PACA

Multi-structures
EHPAD, SSR, ES, crèches, collectivités



Chronologie de l'épisode

CAS N°1 — CRÈCHE HOSPITALIÈRE

17–19/02
3 premiers cas de gale confirmés en crèche hospitalière

20/02
Alerte ARS → CPias. Demande d'avis pour traitement élargi des contacts

23/02
3 nouveaux cas confirmés (1 adulte + 2 enfants) + 2 cas suspects

26–27/02
Traitement préventif élargi à tous les professionnels + cellule de crise

02/03
Bilan : 11 cas confirmés dont 4 professionnels dans 2 secteurs

23/03
2 nouveaux cas probables → reprise des mesures allégées le 16/03

⚠ **Difficulté diagnostique :** Lésions atypiques chez les enfants — diagnostic différentiel avec syndrome pied-main-bouche

✓ **Message clé : Diagnostic / Coordination**

Gestion de crise coordonnée

CAS N°1 — CRÈCHE HOSPITALIÈRE

Facteur de risque spécifique

- Les parents = professionnels de santé de l'ES
- Risque de diffusion inter-services +++
- Surveillance clinique élargie aux contacts adultes, enfants et leurs familles

⚠ Traitement élargi des cas contacts adultes retardé (difficultés organisationnelles)

Mesures déployées

→ **Information & dédramatisation** des parents

→ **Éviction** des cas enfants et adultes

→ **Traitement du linge** : passage à usage unique, restriction effets personnels

→ **Fermeture de structure** : 72h à 2 reprises

✓ **Message clé : Gestion des contacts / Coordination** - Cellule de crise direction + EOH + intervenants est indispensable dès les premiers signaux

Chronologie et diffusion

CAS N°2 — MULTISTRUCTURES

13/01
Hospitalisation ES n°1 (05) — lésions cutanées + psoriasis chronique → **erreur diagnostique**

06–16/02
Parcours multi-services (USC, imagerie, SSR…) + consultation ES n°2 (05)

16–17/02
Diagnostic **gale profuse** → Alerte EOH, ARS, CPias. Cellule de crise constituée

18/02
Cas contacts professionnels en SSR et EHPAD identifiés

22/02
Transfert CHU réanimation ES N°3 (13)

12/03
Patient toujours+ (dermatoscope), retour ES N°2

⊗ **Facteurs aggravants :** Retard diagnostique + forte contagiosité (gale profuse) + multiplicité des intervenants et des structures.

Iconographies cas index





Photos réalisées par l'EOH locale

Bilan de l'épisode

CAS N°2 — MULTISTRUCTURES

ES n°1

171	44
Professionnels contacts	**Patients contacts**
37 cas symptomatiques	6 cas secondaires

EHPAD

73

Résidents contacts

Traitement préventif systématique

SSR

62

Professionnels contacts

2 cas symptomatiques

ES N°2 = pas de cas secondaires

ES n°3 = 1 cas suspect (AS de réanimation) puis infirmé

CAS N°2 — MULTISTRUCTURES

Gestion de crise coordonnée - Inter-structures



Cellules de crises multiples

Direction ES n°1 et autres structures, EOH locale — réunions journalières de coordination pendant toute la durée de l'épisode.



Traçabilité massive

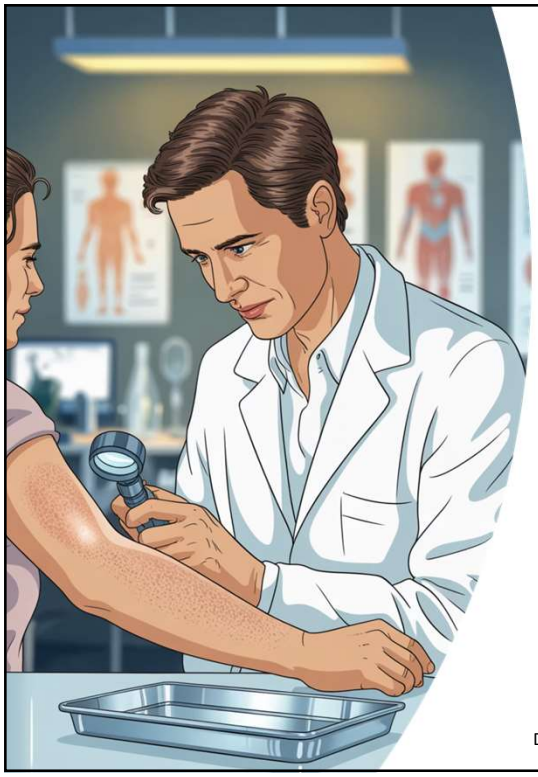
Très nombreux professionnels, patients et résidents tracés. PS + PCC gale strict maintenu dans toutes les structures et lors des transferts.



Coordination inter-structures

CH, SSR, EHPAD — traitement élargi du 1er au 3ème cercle (cas + contacts élargis + familles). Gestion environnementale et information continue.

Messages clés : Coordination inter-structures / Gestion massive des contacts - Communication, dédramatisation et suivi prolongé sont les piliers de la réponse.



RETEX — LEÇONS CLÉS

Enseignements à retenir

Diagnostic précoce

Penser gale devant toute dermatose atypique persistante. Solliciter un avis dermatologique rapidement pour éviter la diffusion.

Traçabilité immédiate

Tracer rapidement tous les contacts (patients + professionnels). La rapidité du listing conditionne l'efficacité du traitement préventif.

Coordination territoriale

Indispensable dès qu'une structure est concernée. Anticiper l'impact organisationnel : lits, ressources humaines, gestion des transferts.

Communication

Levier majeur pour l'adhésion des équipes et la dédramatisation. Un suivi prolongé et une information régulière limitent les recontaminations.

Conclusion générale



Gale = reste un événement fréquent en collectivités (EHPAD, SSR, services hospitaliers).

Différenciation clinique

Gale commune vs gale profuse (hyperkératosique) : impact majeur sur les précautions complémentaires et la gestion des cas contacts.

Mesures collectives renforcées renforcées

Traitement élargi aux contacts asymptomatiques selon le niveau de diffusion constaté dans l'établissement

Coordination interne

EOH / Direction / Équipes soignantes / Médecine du travail indispensable pour éviter les recontaminations et sécuriser les pratiques.

En cas de cluster : Constitution d'un cellule de crise interne + appui méthodologique/coordination ARS/CPias