

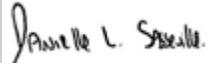
Proposée par : Équipe de prévention et de contrôle des infections (PCI)	MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DE LA GALE	Émise le Janvier 2013
Application : <input checked="" type="checkbox"/> Hébergement <input checked="" type="checkbox"/> CLSC Programmes : ▪ PPALV-DP ▪ Services généraux ▪ Soutien à domicile ▪ Service de santé et de sécurité du travail ▪ Périnatalité ▪ Milieu scolaire		Révisée le
Approuvée par :  Directrice locale de santé publique, des soins infirmiers et de l'enseignement		Prochaine révision Trois ans
		Approuvée le Janvier 2013

TABLE DES MATIÈRES

1. BUTS	3
2. CONDITIONS	3
3. DÉFINITIONS ET ACRONYMES	3
3.1. Définitions	3
3.2. Acronymes et abréviations	5
A. GÉNÉRALITÉS	6
4. MODES DE TRANSMISSION ET CONTAGIOSITÉ	6
4.1. Transmission interhumains	6
4.2. Transfert de la gale animale	6
4.3. Contagiosité	6
5. PRÉSENTATION CLINIQUE	6
5.1. Chez le nourrisson et le jeune enfant	6
5.2. Chez la personne âgée	6

5.3. Chez la personne atteinte de VIH	7
6. LES MÉTHODES DE DIAGNOSTIC	7
7. PRATIQUES DE BASE	7
B. PROCÉDURE À SUIVRE EN CENTRE D'HÉBERGEMENT	7
TABLEAU 1 — 1 CAS DOUTEUX OU DIAGNOSTIQUÉ AVEC LA GALE COMMUNE ou 2 CAS ÉTROITEMENT RELIÉS ÉPIDÉMIOLOGIQUEMENT	8
TABLEAU 2 — 1 CAS DIAGNOSTIQUÉ AVEC DE LA GALE NORVÉGIENNE : ÉCLOSION....	10
8. LINGERIE ET VÊTEMENTS.....	11
9. SERVICE DE LA BUANDERIE	12
10. GESTION DES FAMILLES ET DES AMIS AYANT EU UN CONTACT SIGNIFICATIF	12
11. GESTION D'UNE ÉCLOSION.....	12
11.1. Définitions.....	12
11.2. Traitement de masse en centre d'hébergement lors d'une éclosion	13
C. PROCÉDURE POUR LE SERVICE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL	13
1. En présence d'un cas de gale commune chez un usager/résident et qu'un des contacts significatifs est un employé.....	14
2. Si l'employé présente des lésions susceptibles de correspondre à de la gale et qu'il n'a pas encore eu de consultation médicale.....	14
3. Si l'employé a un diagnostic de gale commune (cas clinique, douteux ou confirmé).....	14
4. Si l'employé a un diagnostic de gale norvégienne.....	14
D. PROCÉDURE POUR LES CLSC.....	14
1. Soins ambulatoires.....	15
2. Soutien à domicile.....	15
3. En milieu scolaire	16
4. Ressources intermédiaires et les unités transitoires de récupération fonctionnelle (RI- UTRF).....	16
RÉFÉRENCES	17
COMITÉ DE CONSULTATION	17
ANNEXE 1 - DIVERSES AFFICHES À APOSER À LA PORTE DE CHAMBRE DU RÉSIDENT	18
ANNEXE 2 - GRILLE DE SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE — RÉSIDENTS SYMPTOMATIQUES ET CONTACTS.....	19
ANNEXE 3 - GRILLE DE SUIVI ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES CONTACTS (EMPLOYÉS ET FAMILLES)	20
ANNEXE 4 - INFORMATIONS AUX PERSONNES QUI DOIVENT RECEVOIR OU DONNER UN TRAITEMENT	21
ANNEXE 5 - EXEMPLES DE LETTRE ADRESSÉE AUX VISITEURS ET DÉPLIANT INFORMATIF	22
ANNEXE 6 - AIDE-MÉMOIRE POUR LA GESTION DU TRAITEMENT DE MASSE	23

1. BUTS

En présence de résidents, usagers, employés soupçonnés ou diagnostiqués avec de la gale:

- Définir le cadre de référence et les actions à mettre en place.
- Prévenir et contrôler les risques de transmission de la gale afin de préserver la qualité de vie des usager/résidents.
- Éviter les éclosions.

2. CONDITIONS

- En hébergement et en CLSC, l'infirmière est la personne responsable de la prévention, la surveillance et le contrôle de la gale chez la clientèle.
- La conseillère en PCI assure la surveillance quotidienne des unités des centres d'hébergement affectées, où il y a présence de gale ou de symptômes susceptibles de correspondre à la gale, assure le lien avec la DSP, et en collaboration avec les gestionnaires, est responsable de voir à la suspension des admissions et de la mise en éclosion de l'unité affectée.
- Le service de santé et de sécurité du travail est responsable de la surveillance et du suivi auprès des employés en collaboration avec les conseillères en prévention et contrôle des infections et les gestionnaires visés.

3. DÉFINITIONS ET ACRONYMES

3.1. Définitions

Cas confirmé

Tableau clinique compatible avec la gale et confirmation de la présence de mites, d'œufs et d'excréments de la gale.

Cas clinique

Tableau clinique compatible avec la gale sans confirmation de la présence de mites, d'œufs et d'excréments de la mite.

Cas douteux

Signes et symptômes sont atypiques, mais le médecin ne peut pas exclure le diagnostic de gale.

Confirmation du diagnostic

Un grattage des lésions ou une biopsie est nécessaire pour identifier la présence de *Sarcoptes scabiei* sous microscope.

Contact significatif

Si gale commune : Un contact significatif correspond à un contact direct peau à peau **prolongé (plusieurs minutes) ou répété (excluant la simple poignée de main)** ou un contact indirect par le biais de partage de lingerie ou vêtements de la personne ayant la

gale, **durant les 6 semaines après le dernier contact**. Tout contact domestique (personnes vivant dans la même maison) est considéré d'emblée comme significatif.

Si gale norvégienne : Un contact significatif correspond alors à un contact direct de courte durée et même une poignée de mains ou un contact indirect avec les objets utilisés par la personne atteinte, et même le fait d'avoir été dans son environnement de façon prolongée ou répétée.

Contagiosité

Pendant la période d'incubation, soit de 2 à 6 semaines **avant** l'apparition des symptômes lors d'une infestation primaire (première fois) ou de 24 h à quelques jours avant une réinfestation.

Complications

Une surinfection des lésions sous forme d'impétigo, de la cellulite et de la lymphangite peut survenir.

Éclosion

- 2 cas ou plus de gale commune confirmés ou cliniques dans un milieu et rapprochés dans le temps.
- 1 cas de gale norvégienne dans le milieu (en considérant la contagiosité élevée).

Gale

Infestation qui est causée par un parasite nommé *Sarcoptes scabiei* (mite à 8 pattes). Le *sarcoptes* ne vole pas.

Gale commune

La plus fréquente. Le nombre moyen de femelles trouvées sur la peau est de 10 à 15 chez la personne adulte.

Gale norvégienne (ou gale croûtée)

C'est une forme que l'on retrouve rarement, mais que l'on peut retrouver chez les personnes âgées, chez les personnes immunosupprimées ou présentant des troubles neurologiques. La gale fait des croûtes avec ou sans papules ou nodules. Il n'y a pas de sillons visibles et le prurit peut être absent. Le nombre de mites retrouvées est très élevé (des milliers à des millions). L'environnement de la personne est aussi contaminé par un grand nombre (environ 840 mites par gramme de poussière). **Cette forme est très contagieuse.**

Immunité

Tout le monde peut attraper la gale. Elle ne confère pas d'immunité et il n'existe aucun vaccin.

Nodule

Masse dense de la peau, saillante et palpable mesurant de 0,5 à 1,2 cm (plus ferme qu'une papule).

Papule

Masse dense, saillante et palpable, élevée et ferme provenant d'une infiltration ou d'une hyperplasie du derme. La papule mesure moins de 0,5 cm. Dans le cas de la gale, les papules sont produites par des larves.

Prévention

Application des pratiques de base et des mesures de précautions additionnelles contre la transmission par contact pour les cas confirmés, cliniques ou douteux de gale.

Sillons intradermiques

Se présentent sous forme d'une petite ligne ondulée et mince et parfois il y a un point noir à l'extrémité (parasite).

Survie de la gale dans l'environnement

De 48 heures à 5 jours. La survie des mites à l'extérieur de l'hôte est rare et est limitée par un état de déshydratation, puisqu'elles sont incapables d'utiliser la vapeur ambiante.

Symptômes généraux

Prurit intense, surtout la nuit, présence de lésions de grattage sur le corps, présence de papules, vésicules ou fins sillons sur le corps. Les lésions peuvent se retrouver sur tout le corps, à partir du cou en descendant. Les sites les plus touchés sont : les plis du corps, entre les doigts et les orteils, les faces antérieures des poignets, les coudes, les creux des aisselles, la taille, les organes génitaux et les régions aréolaires (mamelons). Occasionnellement, il est possible de voir un point noir à l'extrémité du sillon (ce point est la femelle).

Traitement

Dans la majorité des cas, le traitement est simple. Il se fait majoritairement par une application de crème topique, comme la PERMÉTHRINE (Nix) où 2 applications sont nécessaires, à 1 semaine d'intervalle.

Transmission

Se fait majoritairement par contact direct peau à peau (de personne à personne). Il est possible qu'il y ait transmission par contact indirect (environnement) avec la personne, mais jugée moins importante (sauf pour la gale norvégienne).

Temps normal pour la gale pour pénétrer la peau : de 16 à 46 minutes

Vésicule

Élévation superficielle circonscrite de la peau formée de liquides séreux dans une cavité. La vésicule mesure moins de 5 mm et la bulle de liquide est plus grande ou égale à 5 mm.

3.2. Acronymes et abréviations

ad	Jusqu'à
BCM	Buanderie centrale de Montréal
CH	Centre d'hébergement
DSP	Direction de santé publique
EPP	Équipement de protection personnelle
PCI	Prévention et contrôle des infections
RI	Ressource intermédiaire
Tx	Traitement
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle

A. GÉNÉRALITÉS

4. MODES DE TRANSMISSION ET CONTAGIOSITÉ

4.1. Transmission interhumains

- La gale ne peut voler ou sauter, elle se transmet par contact direct ou indirect.
- La simple poignée de main **n'est pas un contact significatif dans le cas de la gale commune, mais l'est pour la gale norvégienne.**
- La gale est habituellement transmise par des gestes tels que se tenir la main pendant une longue période, partager le même lit ou lors de contacts intimes avec une personne infectée.
- La transmission par contact indirect (ex. : literie, vêtements) ou l'environnement (ex. : chaises, lit) est possible, mais jugée peu importante.

4.2. Transfert de la gale animale

À ce jour, la transmission d'un humain vers un animal n'a pas été prouvée et jusqu'à présent, aucune transmission de la gale animale vers un humain n'a été observée.

4.3. Contagiosité

L'individu atteint de la gale est contagieux de deux (2) à six (6) semaines avant l'apparition des signes et symptômes (période d'incubation).

5. PRÉSENTATION CLINIQUE

De façon générale, le symptôme principal est **un prurit** qui est généralement plus intense la nuit. Il est accompagné de :

- lésions de grattage;
- sillons intradermiques;
- papules érythémateuses et nodules (les lésions se produisent du cou en descendant et davantage dans les plis).

5.1. Chez le nourrisson et le jeune enfant

- Prurit présent surtout la nuit et durant la sieste, il se manifeste par une irritabilité accrue et des troubles alimentaires.
- Présence de vésicules surtout aux mains, aux pieds et aux régions interdigitales, au cuir chevelu, au visage, au cou, à la région rétroauriculaire, la paume de la main et la plante des pieds.

5.2. Chez la personne âgée

Le portrait peut être atypique :

- la démangeaison peut être absente ou attribuée à un prurit sénile, une peau sèche ou de l'anxiété;

- en plus de la localisation générale, les régions du tronc et des membres inférieurs peuvent s'ajouter. Le dos pourrait être affecté lorsque la personne demeure alitée longtemps.

La gale croûtée (norvégienne) peut être retrouvée chez la personne âgée. Les symptômes sont :

- apparition de croûtes (hyperkératose) avec ou sans papules ou nodules;
- aucun sillon visible à cause de la croûte;
- le prurit peut être absent;
- érythrodermie généralisée (rare).

5.3. Chez la personne atteinte de VIH

Une gale commune peut évoluer rapidement vers une gale norvégienne en présence d'une immunosuppression.

6. LES MÉTHODES DE DIAGNOSTIC

- La gale est difficile à diagnostiquer chez la personne âgée. Le médecin peut poser un diagnostic de cas confirmé, cas clinique ou cas douteux.
- Un grattage des lésions ou une biopsie est nécessaire pour identifier la présence de sarcoptes scabiei sous microscope. Ces méthodes sont généralement pratiquées par un dermatologue. Un résultat positif confirme le diagnostic alors qu'un résultat négatif ne l'élimine pas totalement.
- Un diagnostic clinique peut être posé par un dermatologue ou par un médecin avec expertise.

7. PRATIQUES DE BASE

On ne saurait trop insister sur l'importance d'adhérer **en tout temps aux pratiques de base, et ce, pour toute personne, en tout temps**. Ces pratiques sont l'hygiène des mains, le port des gants, de la blouse, du masque ou de la protection oculaire lorsque requis, l'hygiène respiratoire, la gestion des déchets à risque et le nettoyage et la désinfection des équipements ou appareils médicaux. **L'hygiène des mains entre chaque usager/résident en est la pierre angulaire.** L'hygiène des mains doit s'effectuer selon les quatre moments pour l'hygiène des mains : <http://pdi.intra.mtl.rtss.gc.ca/index.php?id=22700>

B. PROCÉDURE À SUIVRE EN CENTRE D'HÉBERGEMENT

Il est important de souligner que le contrôle de la gale en centre d'hébergement peut être difficile. Les étapes à suivre seront décrites en détail dans ce document.

Les autres résidents ne doivent pas être informés du diagnostic du résident : cette information doit demeurer confidentielle et en aucun cas lui porter préjudice, sauf pour les contacts significatifs.

Dès le soupçon de gale commune, vous référer au [TABLEAU 1](#). S'il y a confirmation de la gale norvégienne vous devez vous référer au [TABLEAU 2](#). **L'équipe de PCI assurera le suivi auprès des équipes de soins.**

TABLEAU 1 — 1 CAS DOUTEUX OU DIAGNOSTIQUÉ AVEC LA GALE COMMUNE ou 2 CAS ÉTROITEMENT RELIÉS ÉPIDÉMIOLOGIQUEMENT

Si 2 cas de gale commune non reliés, il faut élargir la recherche et se référer également au point gestion d'une éclosion

ISOLEMENT + PRÉCAUTIONS CONTRE LA TRANSMISSION PAR CONTACT

- Apposer les affiches à la porte de la chambre (voir l'[ANNEXE 1](#)).
- [EPP \(Blouse et gants\) + lavage des mains avec eau et savon pendant 40 à 60 secondes](#)
- Isolement à la chambre : jusqu'au moment de la douche post 1^{er} Tx, mais garder quand même l'EPP dans la chambre jusqu'au lendemain du 2^e Tx (postdouche).
- Chaise d'aisance avec sac *Care bag* ou toilette dédiée.
- Équipement médical dédié. Si impossibilité, le nettoyer avec des lingettes désinfectantes *Accel TB* avant l'utilisation pour un autre résident. N'entrer dans la chambre que le matériel nécessaire, éviter les réserves.
- Résident : garder les ongles courts et propres, hygiène des mains régulièrement.
- Mettre dans un sac de plastique fermé les produits personnels utilisés pendant les sept (7) jours précédents (ex. : les onguents, crèmes ou produits cosmétiques utilisés auparavant) car ils peuvent être contaminés. Installer un chariot compartimenté dans la chambre du résident.
- Nettoyer et désinfecter quotidiennement la chambre.
- Aucune mesure particulière pour la vaisselle.

AVIS

- Équipe soignante (voir le dépliant de l'[ANNEXE 5](#))
- Équipe PCI
- Médecin
- Supérieur immédiat
- Hygiène et salubrité (requête Intéral)
- Autres intervenants concernés au besoin
- Résident et famille (voir le dépliant de l'[ANNEXE 5](#))

ÉVALUER ET RECUEILLIR LE PLUS D'INFORMATION POSSIBLE

- Évaluer les causes possibles de l'apparition des lésions (ex. : allergie à un nouveau produit, effets indésirables d'un médicament, chaleur, etc.).
- Évaluer la peau du résident et noter au dossier : début des symptômes, description des lésions, évaluation de l'état général, etc.
- Remplir la grille de surveillance épidémiologique (voir l'[ANNEXE 2](#)).

FAIRE VALIDER LE DIAGNOSTIC

- Faire valider le diagnostic par le médecin traitant. Le diagnostic de la gale peut être difficile et peut exiger une expertise en dermatologie.

TABLEAU 1 — 1 CAS DOUTEUX OU DIAGNOSTIQUÉ AVEC LA GALE COMMUNE ou 2 CAS ÉTROITEMENT RELIÉS ÉPIDÉMIOLOGIQUEMENT (suite)

<p style="text-align: center;">ÉVALUER LA POSSIBILITÉ DE TRANSMISSION DANS LE MILIEU : Rôle de l'infirmière</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Identifier les résidents ayant eu un contact significatif (recherche jusqu'à 6 semaines avant l'apparition des symptômes du résident affecté) + isoler avec EPP ad 1^{er} traitement appliqué. ❑ Examiner la peau de tous ces résidents 1 fois/semaine et pendant 6 semaines après le début de l'isolement du résident ayant la gale. ❑ Remplir la grille de surveillance épidémiologique pour les contacts du résident ayant la gale (voir l'ANNEXE 2) 	<p style="text-align: center;">ÉVALUER LA POSSIBILITÉ DE TRANSMISSION DANS LE MILIEU : Rôle de la chef d'unité</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Identifier les bénévoles et les familles ayant eu un contact significatif avec le résident diagnostiqué et les aviser de la procédure à suivre (voir le point 10 GESTION DES FAMILLES ET DES AMIS AYANT EU UN CONTACT SIGNIFICATIF) ❑ Remplir la grille de suivi épidémiologique des contacts (voir l'ANNEXE 3), ❑ Identifier les employés ayant eu un contact significatif (recherche jusqu'à 6 semaines avant l'apparition des symptômes). ❑ Aviser le service de santé et de sécurité du travail (bureau de santé) pour le suivi à faire et le traitement à recevoir (voir le point C PROCÉDURE POUR LE SERVICE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL)
<p>TRAITEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Tx du cas diagnostiqué (2 applications à 1 semaine d'intervalle). ❑ Tx des contacts significatifs (1 application). Le traitement doit être donné en simultané avec celui de l'utilisateur/résident ayant la gale (délai maximal de 24 à 48 h). ❑ Lors du 1^{er} traitement, nettoyer les vêtements, la literie et les effets personnels utilisés pendant les 7 derniers jours (conserver les produits de beauté et autres effets non lavables dans un sac hermétique) jusqu'à <ul style="list-style-type: none"> • 7 jours après le traitement • Se référer au point : LINGERIE ET VÊTEMENTS. ❑ Se référer à l'ANNEXE 4 	
<p>SUIVI</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ <u>Suivi des cas par le médecin</u> : à la 2^e et à la 4^e semaine après le 2^e Tx. ❑ <u>Suivi des contacts par l'infirmière</u> : à la 2^e et à la 4^e semaine après le Tx et référer PRN au médecin. Par la suite, surveillance x 2 autres semaines par le PAB, lors du bain. 	
<p>GESTION D'UNE ÉCLOSION</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Si présence de 2 cas ou plus, avec ou sans lien épidémiologique, se référer au point 11 : GESTION D'UNE ÉCLOSION. 	

TABLEAU 2 — 1 CAS DIAGNOSTIQUÉ AVEC DE LA GALE NORVÉGIENNE : ÉCLOSION

ISOLEMENT + PRÉCAUTIONS CONTRE LA TRANSMISSION PAR CONTACT

- Apposer les affiches à la porte de la chambre, voir l'[ANNEXE 1](#).
- EPP (Blouse, gants et couvre-chaussures) + lavage des mains avec eau et savon pendant 40 à 60 secondes
- Isolement à la chambre et port de l'EPP jusqu'à un minimum de 4 semaines après le dernier Tx.
- Chaise d'aisance avec sac *Care bag* ou toilette dédiée.
- Équipement médical dédié. Si impossibilité, le nettoyer avec les lingettes désinfectantes *Accel TB* avant l'utilisation pour un autre résident. N'entrer dans la chambre que le matériel nécessaire et éviter les réserves.
- Résident : garder les ongles courts et propres, hygiène des mains régulièrement.
- Installer un chariot compartimenté dans la chambre du résident.
- Mettre dans un sac de plastique fermé les produits personnels utilisés pendant les sept (7) jours précédents (ex. : les onguents, crèmes ou produits cosmétiques utilisés auparavant) car ils peuvent être contaminés.
- Nettoyer et désinfecter quotidiennement la chambre et les aires courantes y compris les surfaces verticales (murs, rideaux, etc.) + aspirateur.
- Aucune mesure particulière pour la vaisselle.

AVIS

- Équipe soignante (voir le dépliant de l'[ANNEXE 5](#))
- Équipe PCI
- Médecin
- Supérieur immédiat
- Hygiène et salubrité (requête Intéral)
- Autres intervenants concernés au besoin
- Résident et famille (voir l'[ANNEXE 5](#))

ÉVALUER ET RECUEILLIR LE PLUS D'INFORMATION POSSIBLE

- Évaluer les causes possibles de l'apparition des lésions (ex. : allergie à un nouveau produit, effets indésirables d'un médicament, chaleur, etc.).
- Évaluer la peau du résident et noter au dossier : début des symptômes, description des lésions, évaluation de l'état général, etc.
- Remplir la grille de surveillance épidémiologique (voir l'[ANNEXE 2](#)).

ÉVALUER LA POSSIBILITÉ DE TRANSMISSION DANS LE MILIEU : rôle de l'infirmière

- Identifier les résidents ayant eu un contact significatif (recherche jusqu'à 6 semaines avant l'apparition des symptômes du résident affecté) + isoler avec EPP.
- Examiner la peau de tous ces résidents 1 fois/semaine et pour 6 semaines après le début de l'isolement du résident affecté.
- Remplir la grille de suivi épidémiologique pour les contacts du résident ayant la gale (voir l'[ANNEXE 3](#))

ÉVALUER LA POSSIBILITÉ DE TRANSMISSION DANS LE MILIEU : rôle du chef d'unité

- Identifier les bénévoles et famille ayant eu un contact significatif avec le résident diagnostiqué et les aviser de la procédure à suivre (voir le point 10 [GESTION DES FAMILLES ET DES AMIS AYANT EU UN CONTACT SIGNIFICATIF](#))
- Remplir la grille de suivi épidémiologique des contacts (voir l'[ANNEXE 3](#)).
- Identifier les employés ayant eu un contact significatif (recherche jusqu'à 6 semaines avant l'apparition des symptômes).
- Aviser le bureau de santé qui les avisera du suivi à faire et du traitement à recevoir (voir le point C [PROCÉDURE POUR LE SERVICE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL](#))

TABLEAU 2 — 1 CAS DIAGNOSTIQUÉ AVEC DE LA GALE NORVÉGIENNE : ÉCLOSION (suite)

TRAITEMENT DU RÉSIDENT

- Il est possible que plus de deux (2) applications de PERMÉTHRINE (Nix) soient nécessaires. Le médecin le déterminera. Plusieurs applications peuvent être nécessaires en raison de l'hyperkératose.
- L'ajout de traitement adjuvant (agents émoullissants, kératolytique, antiprurigineux, etc.) peut être envisagé.
- Lors du 1^{er} traitement, nettoyer les vêtements, la literie et les effets personnels utilisés pendant les 7 derniers jours (conserver les produits de beauté et les autres effets non lavables jusqu'à 7 jours post Tx dans un sac hermétique). **Laver également** à la laveuse les rideaux ou séparateurs de la chambre et se référer au point 8 : [LINGERIE ET VÊTEMENTS](#).

SUIVI

- Faire examiner le résident par le médecin traitant **à chaque semaine, jusqu'à 4 semaines après le dernier traitement**, afin d'évaluer la nécessité d'une nouvelle application, d'ajuster le traitement et de confirmer la guérison.
- Suivi des contacts par l'infirmière à la 2^e et à la 4^e semaine après le Tx et référer PRN au médecin. Par la suite, surveillance x 2 autres semaines par le PAB, lors du bain.

GESTION D'UNE ÉCLOSION

Se référer au point 11 : [GESTION D'UNE ÉCLOSION](#).

Il doit y avoir un traitement de masse.

TRAITEMENT DE MASSE : Une collaboration interdisciplinaire est nécessaire.

- Les conseillères en PCI déclarent l'éclosion.
- CAP ou chef d'unité : L'unité ou l'installation doit être fermée. Apposer l'affiche à la porte d'entrée (voir l'[ANNEXE 1](#)).
- Chef d'unité : Les stages doivent être reportés.
- CAP ou Chef d'unité : Puisque la morbidité liée à la gale est peu importante, de nouveaux résidents pourraient être admis, sauf si la situation d'éclosion devenait incontrôlable.

8. LINGERIE ET VÊTEMENTS

- Laver à l'eau savonneuse très chaude (au moins 50°C pendant 10 minutes) la literie personnelle ainsi que les vêtements portés sur la peau durant les sept (7) jours **précédant le traitement** et les faire sécher à cycle chaud dans la sècheuse.
- Si toutefois les vêtements ou articles plus délicats ne peuvent être nettoyés dans la laveuse, les entreposer dans un sac de plastique fermé hermétiquement **pendant 7 jours**.
- Éviter de manipuler brusquement la literie ou les vêtements.
- Éviter de surcharger les sacs de la BCM, changer au minimum à chaque quart de travail. Un sac supplémentaire est nécessaire **seulement** lorsque le linge est mouillé ou très souillé et qu'on veut éviter les fuites.
- Pour sortir les sacs : déposer chaque sac à la porte de chambre, mettre des gants à l'extérieur pour les prendre et les disposer, sans les faire glisser par terre, à l'endroit désigné.
- À chaque quart de travail, n'entrer dans la chambre qu'un seul ensemble de vêtements.
- Ces mesures doivent être appliquées jusqu'à la fin du deuxième traitement.

- S'il s'agit **de la gale norvégienne**, toutes ces mesures s'appliquent en plus de laver à la laveuse les rideaux ou les séparateurs dans la chambre du résident affecté.

9. SERVICE DE LA BUANDERIE

L'équipe de la buanderie applique les pratiques **de base en tout temps. Le personnel porte une blouse à manches longues et des gants pour manipuler le linge souillé et se lave les mains juste avant de manipuler le linge propre, de sorte d'éviter la contamination croisée.**

10. GESTION DES FAMILLES ET DES AMIS AYANT EU UN CONTACT SIGNIFICATIF

La famille est définie comme « contact significatif » (gale commune ou norvégienne)

Lors d'un traitement recommandé pour la famille, cette dernière peut se le procurer en vente libre à la pharmacie.

Si asymptomatique :

- Si le dernier contact a eu lieu dans les 6 dernières semaines : un traitement est recommandé idéalement simultanément avec celui du résident.
- Si le dernier contact remonte à plus de 6 dernières semaines : aucun traitement recommandé.

Si symptomatique :

- **Remettre les documents explicatifs appropriés ([ANNEXE 4](#) et [ANNEXE 5](#)) pour expliquer les recommandations.**
- Recommander d'aller voir un médecin pour la confirmation du diagnostic.
- Aviser que si le diagnostic de gale est éliminé par le médecin **et qu'il n'y a eu aucun contact avec le résident dans les six (6) dernières semaines**, aucun traitement n'est nécessaire (période d'incubation dépassée).
- Aviser que même si le diagnostic de gale est éliminé **et qu'il y a eu contact avec le résident dans les six (6) dernières semaines**, un traitement est tout de même recommandé (car le résident est symptomatique).

11. GESTION D'UNE ÉCLOSION

Une éclosion sera confirmée par l'équipe de PCI. Le signalement sera fait à la Direction de santé publique par l'équipe des conseillères en PCI. L'infirmière doit apposer l'affiche sur les portes de l'unité disponible à l'[ANNEXE 1](#).

11.1. Définitions

L'éclosion sera déclarée par les conseillères en PCI si :

- présence d'un (1) cas de gale norvégienne;
- présence de deux (2) cas de gale commune avec ou sans lien épidémiologique.

Si deux (2) cas de gale commune ou plus

Normalement, seul **le traitement des contacts significatifs est recommandé** s'il s'agit de cas de gale ayant un lien étroit épidémiologique. Toutefois, les conseillères en PCI peuvent recommander le traitement à l'ensemble du milieu si le nombre de personnes à traiter est jugé considérable ou lorsqu'il y a plusieurs cas de gale avec peu de contact ou s'il y a peu de cas avec beaucoup de contacts. La procédure de traitement en cas d'éclosion est jointe à l'[ANNEXE 6](#).

11.2. Traitement de masse en centre d'hébergement lors d'une éclosion

Lorsque le traitement de masse est recommandé par les conseillères en PCI, une planification et organisation de travail sont nécessaires pour permettre à cette étape d'être un succès. L'unité ou l'installation sera fermée et l'affiche à l'[ANNEXE 1](#) doit être apposée sur la porte d'entrée.

À ce moment, **une rencontre multidisciplinaire est essentielle** pour permettre de s'assurer que les différents services seront impliqués. **Idéalement, le traitement de masse doit se donner le soir pour que le temps requis de la durée d'action du médicament se déroule durant la nuit.** Pendant cette étape, le centre sera fermé aux visiteurs.

La planification de l'intervention doit prévoir :

- une équipe d'intervention formée par les conseillères en PCI qui sera responsable de l'opération « Traitement des résidents ». La procédure de traitement de masse en cas d'éclosion est jointe à l'[ANNEXE 6](#).
- du matériel en quantité suffisante (équipement de protection personnelle, médication, literie, sacs de plastique hermétiques, produits d'hygiène, produits d'incontinence, crayons indélébiles pour identifier les vêtements non étiquetés, du matériel de papeterie, etc.);
- la collaboration multidisciplinaire;
- un plan de communication;
- du personnel disponible (hygiène et salubrité, buanderie, préposés aux bénéficiaires, infirmières, infirmières auxiliaires, conseillères en PCI et personnel responsable des différents services).

C. PROCÉDURE POUR LE SERVICE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL

- Se référer aux sections suivantes pour connaître les éléments essentiels : [DÉFINITIONS ET ACRONYMES](#) et [A — GÉNÉRALITÉS](#).
- Le service est responsable de l'application du suivi des employés en collaboration avec le gestionnaire et doit procéder à une collecte de données pour vérifier avec l'employé : la date de début des symptômes, les symptômes, le diagnostic médical reçu, la source possible de l'infection (ex. : cas dans la famille), traitement reçu, la nature des contacts avec la clientèle. Par la suite, il doit estimer la période de contagion possible (6 semaines avant le début des symptômes) et compléter la grille de surveillance de l'[ANNEXE 2](#).
- Le service de santé et sécurité du travail doit aviser les conseillères en PCI de tous les cas.
- Lorsqu'un traitement est requis, le bureau de santé collabore avec le supérieur immédiat pour se procurer un traitement de PERMÉTHRINE (Nix) auprès du service de la pharmacie de l'établissement. Le CSSS PDI est responsable d'offrir le traitement aux employés ayant eu un contact significatif, selon la définition, avec un usager/résident.

Tout membre du personnel **symptomatique ou non ayant eu un contact significatif** avec l'usager/résident doit :

1. En présence d'un cas de gale commune chez un usager/résident et qu'un des contacts significatifs est un employé
 - Recevoir un traitement de PERMÉTHRINE en même temps que l'usager/résident pour diminuer le risque de recontamination (délai maximal de 24 à 48 h avec le traitement de l'usager/résident).
 - L'application du traitement doit être expliquée adéquatement au personnel et le document *Informations aux personnes qui doivent recevoir ou donner un traitement* doit lui être remis (voir l'[ANNEXE 4](#)).
 - S'il s'agit d'une éclosion, se référer à la section [Traitement de masse en centre d'hébergement lors d'une éclosion](#).
2. Si l'employé présente des lésions susceptibles de correspondre à de la gale et qu'il n'a pas encore eu de consultation médicale
 - Identifier les contacts de cet employé à l'interne avec le supérieur immédiat.
 - L'employé doit aller consulter un médecin.
 - Il est recommandé de privilégier un retrait du travail jusqu'à l'obtention du diagnostic et l'application du traitement approprié.
 - En dernier recours, si l'employé ne peut pas être retiré du travail, il doit porter une blouse et des gants et les changer entre chaque client et se laver les mains à l'eau et au savon pendant 40 à 60 secondes.
3. Si l'employé a un diagnostic de gale commune (cas clinique, douteux ou confirmé)
 - Identifier les contacts de cet employé à l'interne avec le supérieur immédiat.
 - Retirer l'employé de son milieu de travail jusqu'à la première application du traitement.
 - S'assurer que deux (2) traitements de PERMÉTHRINE à sept (7) jours d'intervalle soient administrés à l'employé et lui remettre l'[ANNEXE 4](#).
4. Si l'employé a un diagnostic de gale norvégienne
 - Identifier les contacts de cet employé à l'interne avec le supérieur immédiat
 - Retirer l'employé de son milieu de travail.
 - S'assurer que deux (2) traitements de PERMÉTHRINE à sept (7) jours d'intervalle soient administrés à l'employé et lui remettre l'[ANNEXE 4](#).
 - Le retour au travail sera déterminé par l'évaluation du médecin traitant de l'employé.

D. PROCÉDURE POUR LES CLSC

Se référer aux définitions, [DÉFINITIONS ET ACRONYMES](#), et aux [GÉNÉRALITÉS](#) pour connaître les éléments essentiels.

- Toujours prévoir de visiter le client **le dernier** et pour les services ambulatoires prévoir que le client soit vu à la fin de la clinique de soins.

- Les cliniques de GMF pourraient suivre les procédures des soins ambulatoires.
- Les services de périnatalité doivent appliquer les mêmes procédures.

1. Soins ambulatoires

- **Si soupçon de gale ou en présence d'un diagnostic de gale commune** : le port de la blouse à manches longues et des gants est nécessaire **s'il y a un contact direct** avec le client, **jusqu'au lendemain du deuxième traitement**.
- **Dans le cas de la gale norvégienne** : le port de la blouse à manches longues et des gants est nécessaire **s'il y a un contact direct avec le client, jusqu'à quatre semaines après le deuxième traitement**. Le port de couvre-chaussures n'est pas nécessaire, car l'usager n'est pas dans son milieu.
- Dans ces deux cas, déposer tous les effets personnels et les vêtements en surplus (veste, manteau, chapeau) dans un **sac de plastique fermé hermétiquement**. Ces effets devront demeurer dans cette pièce durant toute la durée de la visite de l'usager au CLSC.
- Apposer une indication de non-disponibilité de la salle jusqu'à son nettoyage et demander à l'équipe d'hygiène et salubrité de procéder à une désinfection de la salle selon la procédure.
- Selon les pratiques de base, tout le matériel utilisé auprès d'un usager doit être nettoyé et désinfecté. Par exemple, il est nécessaire de nettoyer et désinfecter les sphygmomanomètres, les stéthoscopes avec une lingette désinfectante (*Accel-TB*) entre chaque usager. En l'absence d'une équipe d'hygiène et salubrité, assurer une désinfection de la salle avec le produit de désinfection habituel.

2. Soutien à domicile

Si un traitement est à planifier, se référer au dépliant de l'[ANNEXE 5](#) et remettre le document *Informations aux personnes qui doivent recevoir ou donner un traitement* (voir l'[ANNEXE 4](#)).

- Identifier les contacts significatifs (se référer à la définition dans la section ([A — GÉNÉRALITÉS](#))).
 - Les contacts domestiques doivent recevoir un seul traitement, s'ils ne sont pas symptomatiques. S'ils sont symptomatiques, les référer à leur médecin traitant.
 - Pour la recherche de contacts significatifs chez les employés, se référer au service de santé et sécurité du travail.
- Entrer le minimum de matériel à l'intérieur du domicile (ex. : compresses, stéthoscope, appareil à pression, thermomètre, etc.).
- À l'arrivée, laisser le manteau et autres effets personnels à l'entrée. Vous pouvez les placer dans un sac de plastique.
- **Si le client a un diagnostic de gale commune** : la blouse à manches longues et les gants sont nécessaires **dès un contact direct avec le client, jusqu'au deuxième traitement**. Par la suite, le port de l'EPP n'est plus nécessaire, **mais les pratiques de base s'appliquent**.
- **Si le client a un diagnostic de gale norvégienne** : la blouse à manches longues, les gants et des couvre-chaussures sont nécessaires **dès l'entrée dans le domicile du client, jusqu'à 4 semaines après le deuxième traitement**.

- Le matériel doit être nettoyé et désinfecté suite à son utilisation avec des lingettes germicides (ex. : *AcceI-TB*). S'il s'avérait impossible de le nettoyer et le désinfecter sur place, placer le matériel dans un sac de plastique.¹ Procéder au nettoyage et à la désinfection dès le retour au CLSC. Les déchets infectieux doivent être mis dans un sac de plastique fermé et jeté avec les ordures ménagères, excluant les objets piquant, tranchant ou acéré (se référer à la politique DSI-PO-11 et DSI-PR-11-A).

3. En milieu scolaire

L'infirmière se réfère au guide *Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire. 2009*.

- L'infirmière en milieu scolaire doit valider le diagnostic auprès des parents et vérifier si le diagnostic a été posé par un médecin omnipraticien ou un dermatologue.
- Elle avise la DSP du diagnostic de gale.
- Elle suit les recommandations de la DSP.
- Elle exclut l'enfant jusqu'à ce que le traitement soit complété, selon le produit utilisé.
- Elle surveille l'apparition de nouveaux cas pendant six (6) semaines après le retrait de l'enfant. Elle surveille également les contacts significatifs.
- Elle signale à la DSP l'apparition de chaque nouveau cas.

4. Ressources intermédiaires et les unités transitoires de récupération fonctionnelle (RI-UTRF)

Les RI-UTRF sont invitées à respecter le même fonctionnement qu'en centre d'hébergement (se référer à la section [PROCÉDURE À SUIVRE EN CENTRE D'HÉBERGEMENT](#)).

¹ *Mesures spécifiques de prévention et de contrôle des infections. Centre d'hébergement pour les personnes âgées. CLSC, Domicile. SARM, ERV, Clostridium difficile. Agence de la santé et services sociaux de la Montérégie. 2006.*

RÉFÉRENCES

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire. 2009.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance. Guide d'intervention.* s.l. : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2008.

Table de concertation nationale en Maladies infectieuses et Table de concertation nationale en santé publique. *Guide d'intervention pour le contrôle de la Gale à l'intention des intervenants de la santé.* s.l. (2002).

Brûlé, M. et Cloutier, L., *L'examen clinique dans la pratique infirmière.* Québec/Canada : Bibliothèque nationale du Québec-Bibliothèque nationale du Canada. (2002).

COMITÉ DE CONSULTATION

Chefs d'unité – volet hébergement

Chefs d'activités

Chefs d'administration de programmes – volet hébergement

Chefs d'administration de programmes – volet soutien à domicile

Chefs d'administration de programmes – volet services généraux

Conseillères cadres aux activités cliniques

Chef de secteur en hygiène et salubrité/buanderie des centres d'hébergement

Chef de service de santé et sécurité du travail

Coordonnatrice du soutien à domicile et des ressources alternatives

Chef d'administration de programmes des ressources alternatives et centres de jour

Coordonnatrice des services généraux

Coordonnateur milieu de vie

Directrice locale de santé publique, des soins infirmiers et de l'enseignement

Directeur des ressources techniques et des immobilisations

Directrice des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et en déficience physique

Directeur des services généraux, à la jeunesse et à la famille et des services multidisciplinaires

Directeur des services professionnels et des affaires médicales

Adjointe au directeur des services professionnels et des affaires médicales

Présidente du conseil des infirmières et infirmiers

DIVERSES AFFICHES À APPOSER À LA PORTE DE CHAMBRE DU RÉSIDENT

- A. GALE COMMUNE**

- B. GALE NORVÉGIENNE**

- C. PERSONNE EN ISOLEMENT, PORT ET RETRAIT DE L'EPP, À TOUJOURS
APPOSER SUR LA PORTE DE CHAMBRE D'UN RÉSIDENT EN ISOLEMENT**

- D. AFFICHE À APPOSER SUR LA PORTE DE L'UNITÉ OU DE L'INSTALLATION LORS
D'UNE ÉCLOSION**

- E. AFFICHE À APPOSER À LA CHAMBRE DU RÉSIDENT LORS DE LA
DÉSINFECTION DE LA CHAMBRE PENDANT LE TRAITEMENT DE MASSE**

INFORMATIONS AUX PERSONNES QUI DOIVENT RECEVOIR OU DONNER UN TRAITEMENT²

- Tous les cas et tous les contacts significatifs doivent être traités en même temps.
- L'application du produit se fait des oreilles en descendant (ne pas oublier l'espace derrière les oreilles), sur toutes les parties du corps, incluant le nombril, la région génitale, les aisselles, les fesses; appliquer aussi sur le cuir chevelu et au visage chez les nourrissons, les très jeunes enfants et les personnes dont le système immunitaire est affaibli).
- Porter une attention spéciale pour l'application du traitement sous les ongles (coupés courts) des mains et des pieds, aux plis cutanés et à la plante des pieds.
- Appliquer à nouveau le produit sur les mains ou toute autre partie du corps après chaque lavage de celles-ci (ex. : régions génitales), et après les changements de culotte d'incontinence s'il y a lieu, durant les 12 heures du traitement.
- Au moment du traitement, laver à l'eau chaude (50°C pendant 10 minutes) la literie, les vêtements et les objets personnels ayant été en contact direct avec la peau de la personne atteinte au cours des 7 jours précédent ou sécher au cycle « chaud » de la sècheuse pendant 20 minutes. Nettoyer à sec ce qui ne peut être lavé ou mettre ces objets dans un sac de plastique fermé hermétiquement pendant 7 jours.
- Ne pas utiliser pendant 7 jours tous les onguents et crèmes (incluant les produits cosmétiques) qui auraient pu être contaminés par les mains.
- Plusieurs applications peuvent être nécessaires pour les personnes atteintes du VIH.
- Pour la PERMÉTHRINE enlever le produit après 12 heures par une douche. Si un autre produit devait être utilisé, référer aux instructions du fabricant.
- Suite à la douche, changer à nouveau la literie du lit et les serviettes utilisées.
- L'entretien habituel des surfaces telles les chaises et le plancher suffit; aucune désinfection n'est recommandée à la maison. En centre hébergement, un nettoyage et une désinfection de la chambre sont nécessaires.
- Une deuxième application 7 jours plus tard peut s'avérer nécessaire pour certaines catégories de personnes, ainsi que le nettoyage de la literie et des vêtements, comme pour la première fois (1 seule application est nécessaire).
- La démangeaison peut persister pendant plusieurs jours (voire jusqu'à 4 semaines) après le traitement; ceci ne signifie pas que le traitement n'a pas été efficace. Si elle persiste au-delà des 4 semaines, la personne doit consulter un médecin de nouveau.

² *Guide d'intervention pour le contrôle de la gale à l'intention des intervenants de la santé*, février 2002, p. 133.

**EXEMPLES DE LETTRE ADRESSÉE
AUX VISITEURS ET DÉPLIANT INFORMATIF**

- A. LETTRE PORTANT SUR UNE ÉCLOSION DE GALE COMMUNE**
- B. LETTRE PORTANT SUR UNE ÉCLOSION DE GALE NORVÉGIENNE**
- C. DÉPLIANT-INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LA GALE COMMUNE**

AIDE-MÉMOIRE POUR LA GESTION DU TRAITEMENT DE MASSE

Appliquer ces étapes à tous les résidents avant de procéder au traitement de masse (de jour) :

1. Suivre les étapes d'isolement et précautions additionnelles pour les cas confirmés, cliniques ou douteux;
2. Aviser tous les résidents et leurs familles de se préparer, avant la journée de traitement de masse;
3. Sélectionner des vêtements lavables (incluant sous-vêtements, bas, pyjama) à la machine selon la procédure de lingerie pour sept (7) jours et les faire laver préalablement au traitement (doivent être propres pour le lendemain du traitement, lors de la douche). Ces vêtements doivent être préalablement identifiés au nom du résident;
4. Mettre dans des sacs de plastique fermés hermétiquement le reste des vêtements, les objets non désinfectables, les produits personnels du résident pendant sept (7) jours. Ces sacs de plastique peuvent être conservés dans le haut du placard du résident pourvu que ce dernier n'ouvre pas les sacs;
5. Préparer une brosse à cheveux, une brosse à dents, du dentifrice, un savon neuf et mettre les anciens dans le placard jusqu'à la fin du traitement de masse;
6. Appliquer les précautions additionnelles et la procédure concernant la lingerie selon les étapes décrites précédemment, voir le point [LINGERIE ET VÊTEMENTS](#). Le reste des vêtements doit être envoyé à la buanderie pour être lavé et séché.
7. En RI-RNI, les mêmes mesures sont recommandées en fonction du personnel de l'établissement.

Équipes de travail

Un principe de base à respecter tout au long du processus est qu'une fois traités, les résidents ne doivent pas entrer en contact avec une personne non traitée (employé ou autre) ou avec du matériel contaminé.

Équipe non traitée sur le quart de soir

1. Une équipe non traitée doit s'occuper des résidents non traités, de ramasser la lingerie contaminée avant que ces derniers aient reçu le traitement;
2. Elle donne le souper, les soins d'hygiène avant le traitement;
3. En hébergement, les infirmières auxiliaires donnent la médication;
4. Les préposés aux bénéficiaires doivent recueillir les vêtements, la literie contaminée avant que l'équipe d'hygiène et salubrité passe dans la chambre (juste avant le traitement);
5. L'équipe d'hygiène et salubrité nettoie et désinfecte la chambre juste avant d'amener le résident à sa chambre et appose l'affiche de l'[ANNEXE 1](#) sur la porte lorsque le nettoyage et la désinfection sont terminés;
6. Les préposés aux bénéficiaires doivent envoyer à la buanderie de l'installation tout ce qui peut être lavé et passé à la sècheuse;
7. Après la soirée de travail, les équipes appliquent le traitement selon la procédure, voir l'[ANNEXE 4](#). Les équipes de jour devront également appliquer le traitement tout en respectant le délai de 12 heures pour retirer le produit ou selon le fabricant.

Le lendemain, l'équipe prend une douche avant le retour au travail.

Équipe traitée sur le quart de soir

Les personnes qui donnent le traitement aux résidents doivent avoir reçu le traitement au préalable, avant de débuter leur quart de travail. Le traitement des résidents doit se faire le soir. L'infirmière ou la chef d'unité établit un horaire de traitement pour l'unité affectée.

Un chariot de matériel propre doit être dédié à cette équipe (une affiche de couleur visible doit être apposée sur le chariot pour éviter la contamination croisée par le personnel non traité).

- Cette équipe dédiée au traitement recevra une formation par les conseillères en PCI sur l'application du traitement;
- L'équipe doit recevoir le traitement la veille (afin qu'il agisse durant la nuit tout en respectant le délai de 12 heures ou selon le fabricant) et avoir pris une douche avant d'arriver sur les lieux de travail **de soir**;
- Elle doit porter une jaquette à manches longues ainsi que des gants dès son arrivée dans l'installation et les changer selon la procédure;
- Elle entre dans la chambre du résident non traité après que ses soins d'hygiène partiels (ex. : changement de culotte d'incontinence) aient été faits par l'équipe non traitée, que ses vêtements et la literie contaminée soient retirés et que l'équipe d'hygiène et salubrité ait désinfecté la chambre (avec l'équipement de protection individuelle);
- Avant d'entrer dans la chambre, l'équipe apporte au résident une jaquette bleue propre, le tube de traitement, le produit d'incontinence et de la literie propre;
- Elle change la literie avant le début du traitement;
- Si le résident est grabataire, elle change le lit juste avant que l'équipe non traitée entre le résident dans la chambre;
- L'équipe applique le traitement aux résidents sélectionnées par la chef d'unité, de préférence en commençant par les résidents les plus grabataires et en terminant par les résidents errants;
- Elle applique le traitement selon la procédure et note à la porte l'heure de la fin du traitement sur l'affiche de l'[ANNEXE 1](#), AFFICHE À APPOSER À LA CHAMBRE DU RÉSIDENT LORS DE LA DÉSINFECTION DE LA CHAMBRE PENDANT LE TRAITEMENT DE MASSE.
- Elle laisse le tube de traitement dans la chambre;
- Avant de sortir, l'équipe retire l'équipement de protection individuelle selon la procédure et procède au lavage des mains avec eau et savon pendant 40 à 60 secondes;

Une fois le traitement appliqué à tous les résidents :

- L'équipe s'occupe ensuite des résidents traités selon les besoins;
- Elle réapplique le traitement lorsqu'il y a des soins d'hygiène à faire (ex. : changement de culotte d'incontinence);
- L'équipe termine la soirée en portant des gants et une jaquette à manches longues **propres** qui seront retirés juste avant de quitter l'installation. Par la suite, elle procède au lavage des mains pendant 40 à 60 secondes.

Équipe de nuit suivant le traitement

- L'équipe de nuit aura reçu le traitement avant d'entrer au travail;
- Elle applique le traitement lors de changement de produits d'incontinence (le tube de traitement reste dans la chambre jusqu'à la douche du lendemain).

Équipe de travail au lendemain du traitement de masse

- Toutes les équipes auront reçu un traitement et auront pris leur douche suite à celui-ci avant d'entrer travailler;
- Les équipes procèdent à l'étape de lavage des résidents;
- Elles donnent le bain aux résidents selon l'heure inscrite sur la porte (durée du traitement recommandée est de 12 heures);
- Les équipes de travail dédiées aux bains travaillent par deux;
- Elles portent la blouse et les gants pour amener le résident au bain ou à la douche;
- Elles enlèvent tout le traitement (ne pas oublier les plis cutanés);
- Elles retirent la literie (draps, taie d'oreiller, jaquette bleue) et les installent dans le chariot compartimenté;
- Elles jettent le tube de traitement qui est dans la chambre;
- Pour les résidents non diagnostiqués de gale, les équipes sortent le chariot compartimenté de la chambre et le donne à une autre personne qui se gante et se blouse pour le diriger vers un endroit qui sera considéré comme souillé. Cette personne achemine les sacs de linge à la buanderie. L'équipe d'hygiène et salubrité nettoie et désinfecte les chariots;
- Elles essuient le résident avec une serviette propre et l'habille;
- Elles refont le lit avec de la literie propre et amènent des produits de toilette neufs à la chambre (dentifrice, brosse à dents, savon, brosse/peigne à cheveux);
- Elles apportent les vêtements propres pour 7 jours, préalablement lavés et séchés à la buanderie;
- Elles répètent ces étapes pour chaque résident;
- Elles respectent les principes d'isolement et d'application de l'équipement de protection personnelle selon la procédure tels que requis lors d'isolement. Se référer aux affiches apposées sur la porte de la chambre du résident.
 - * les résidents lavés ne doivent pas entrer en contact avec ceux non lavés, donc il serait préférable de déterminer des endroits pour que les résidents lavés soient regroupés entre eux.

Après sept (7) jours, il est important de prévoir un deuxième traitement pour les résidents diagnostiqués avec de la gale. La même procédure doit alors être appliquée pour ces résidents affectés seulement. Suite à cette dernière étape, tout revient à la normale.

z:\direction\spiseldsi\règles de soins adoptées\gale\dsi rsi 08 gale 20130130.docx