

ACTUALITES

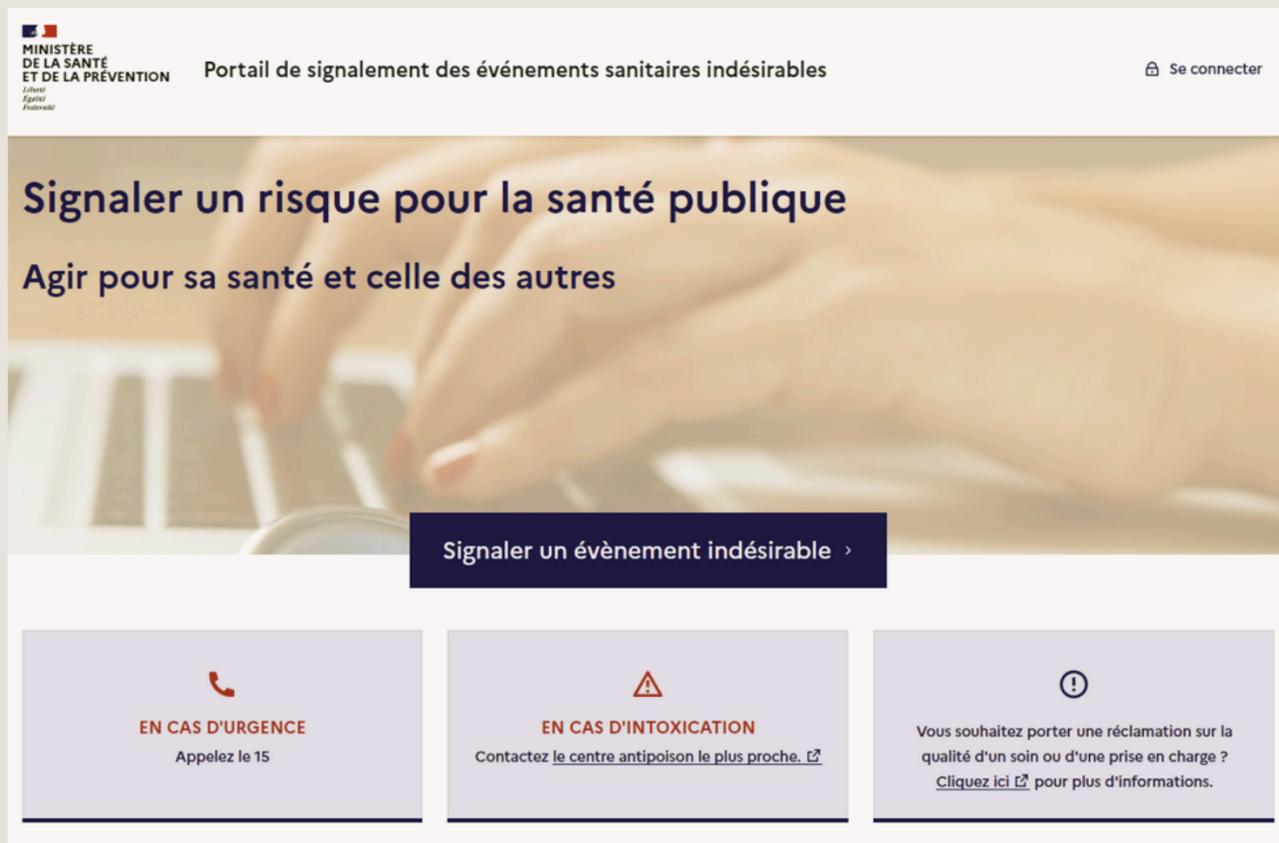
Journée régionale Signalement et Surveillance
Jeudi 13 mars 2025

Sandrine Canouet
Béatrice Clarivet



ENQUÊTE PORTAIL DU SIGNALEMENT





MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION | Portail de signalement des événements sanitaires indésirables | Se connecter

Signaler un risque pour la santé publique

Agir pour sa santé et celle des autres

Signaler un évènement indésirable >

EN CAS D'URGENCE
Appelez le 15

EN CAS D'INTOXICATION
Contactez [le centre antipoison le plus proche](#).

Vous souhaitez porter une réclamation sur la qualité d'un soin ou d'une prise en charge ?
[Cliquez ici](#) pour plus d'informations.



POURQUOI ? Mieux comprendre vos besoins et optimiser votre expérience

QUOI ? Enquête publique de la DGS

QUI ? Les utilisateurs du portail de signalement :

- grand public, patients experts
- professionnels de santé

COMMENT ? Questionnaire en ligne (<10 mn)

QUAND ? Jusqu'au 31 mars 2025

LES JURI'NARS



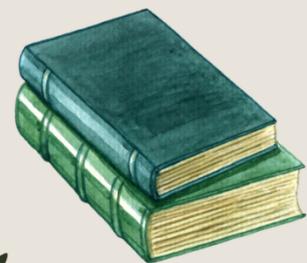
WEBINAIRES



12 MARS *Droit de la santé: cadre juridique général et application au bon usage des antibiotiques, avec Catherine Dumartin et Ségolène Bouges*

19 MARS *Parcours de deux experts judiciaires en risque infectieux : point de vue d'expert dans une affaire de plainte patient et point de vue de médecin conseil pour un établissement, avec Joseph Hajjar et Jean-Winoc Decousser*

26 MARS *Les responsabilités de l'hygiéniste dans son ES et table ronde avec les experts, avec Pierre Parneix et Isabelle Lallie*



INSCRIPTION SUR LE SITE DE LA SF2H - SECTION ACTUALITES

**AUDIT CHIRURGIE
HORS BLOC
OPERATOIRE**






AUDIT RÉGIONAL - OCCITANIE

PRÉVENTION DU RISQUE INFECTIEUX LORS DES ACTES CHIRURGICAUX HORS BLOC OPÉRATOIRE ET HORS SECTEUR INTERVENTIONNEL

Quels actes sont concernés ?
 Quelles conditions de gestion du risque infectieux ?

Audit conçu par le CPias Pays de la Loire et basé sur leur guide pratique :
Prévention du risque infectieux des actes chirurgicaux hors bloc opératoire (2022)
 Outils et supports mis à disposition par le CPias Pays de la Loire

**1er avril
 au
 30 juin 2025**



WEBINAIRE DE PRESENTATION
Lundi 17 mars 2025
14h - 16h
 par le Dr Cécile Ferriot et Nathalie Bodet
 du CPias Pays de la Loire

Inscrivez-vous
ICI
 au webinaire

QUI ?

L'ensemble des établissements sanitaires, privés et publics, où sont réalisés des actes chirurgicaux hors bloc opératoire

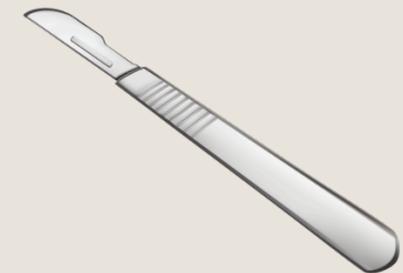
Ex : exérèse lésions cutanées, IVT, biopsie prostate, vasectomie, chirurgie canal carpien, ablation de matériel...

QUOI ?

Architecture, organisation, équipement de la salle
 Entretien des locaux, de la robinetterie et du matériel
 Circuit patients
 Professionnels

COMMENT ?

Grilles d'audit à saisir en ligne
 Audit observationnel et déclaratif



QUAND ?

Du 1er avril au 30 juin 2025

JOURNÉE SPICMI



Réseau piloté par
RePIA Santé publique France
 SPICMI

ACADÉMIE NATIONALE de CHIRURGIE
 French Academy of Surgery

INFECTIONS EN CHIRURGIE

Journée nationale 2025

JEUDI 15 MAI 2025

GRAND AMPHITHEATRE
 12 RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE 75006 PARIS

Inscription gratuite mais obligatoire



SPICMI-ANC

ou <https://urls.fr/BnH74c>

CPias Ile-de-France



Programme

08:30 Accueil des participants

09:00 - 09:15 **Introduction**
H. Johanet (ANC), P. Astagneau (Spicmi)

09:15 - 09:45 **L'infection du site opératoire n'est pas une fatalité**
R. Amalberti (ANC)

09:45 - 11:00 **table ronde**
 Modérateurs :
H. Johanet (ANC), P. Hubinois (ANC)

09:45 - 11:00 **Problématiques par spécialité : les priorités des chirurgiens**
 - Gynécologie : *V. Villefranche (Eaubonne, ANC)*
 - Urologie : *F. Bruyère (Tours, ANC)*
 - Orthopédie : *A. Mouton (Paris, Croix Saint-Simon)*
 - Digestif : *N. Christou (Limoges, ANC)*

Pause

11:30 - 12:30 **table ronde**
 Modérateurs :
P. Astagneau (Spicmi), J. Villemainot (ANC)

11:30 - 12:30 **Surveillance des infections du site opératoire (ISO) : les pistes d'avenir**
 - Surveillance semi-automatisée : l'expérience Spicmi. *B. Nkoumazok (Spicmi)*
 - Entrepôts de données pour la surveillance des ISO en orthopédie. *L. Grammatico-Guillon (CHU Tours)*
 - Utilisation du machine learning : expérience au CHU de Nancy. *A. Florentin (CHU Nancy)*
 - Télémédecine : intérêt pour tracer les patients ambulatoires. *N. Benhajkassen (Spicmi)*

Déjeuner libre

14:00 - 14:30 **Le chlore : son histoire, ses vertus**
H. Johanet (ANC)

14:30 - 15:30 **table ronde**
 Modérateurs :
V. Jarlier (ANM), P. Baillet (ANC)

14:30 - 15:30 **Antibiorésistance et antibiotiques en chirurgie**
 - Maîtrise des infections à bactéries multirésistantes : un challenge en milieu chirurgical ? *J.W. Decousser (APHP)*
 - Antibioprophylaxie, les nouvelles recommandations : quoi de neuf ? *M. Garnier (Clermont-Ferrand)*
 - Bon usage des antibiotiques en post-opératoire. *P.E. Leblanc (APHP)*

15:30 - 16:30 **table ronde**
 Modérateurs :
O. Keita-Perse (Monaco), A. Cartigny (CNP-Ibode)

15:30 - 16:30 **Prévention des ISO et comportements des soignants : regards croisés**
 - Quick-audits PCO : l'expérience Spicmi. *J. Auraix (Spicmi)*
 - La résilience en action : comment une épidémie a restauré les bonnes pratiques au bloc opératoire. *C. Tamames et N. Forest (APHP)*
 - Maîtrise du risque infectieux lors de chirurgie hors bloc opératoire. *G. Birgand (Nantes)*
 - La douche préopératoire : le projet PRODOUCH'OP. *M. Lefebvre (Rouen)*

16:30 **Clôture de la journée**



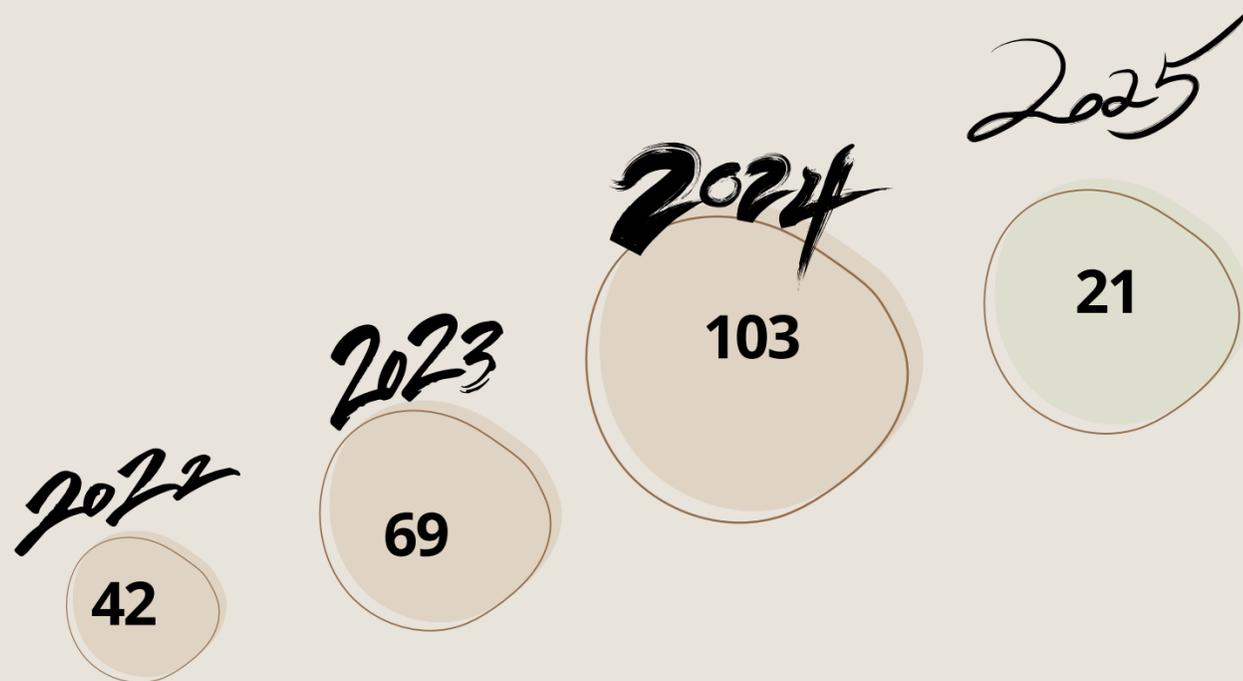
LA GALE EN TERRITOIRE OCCITAN



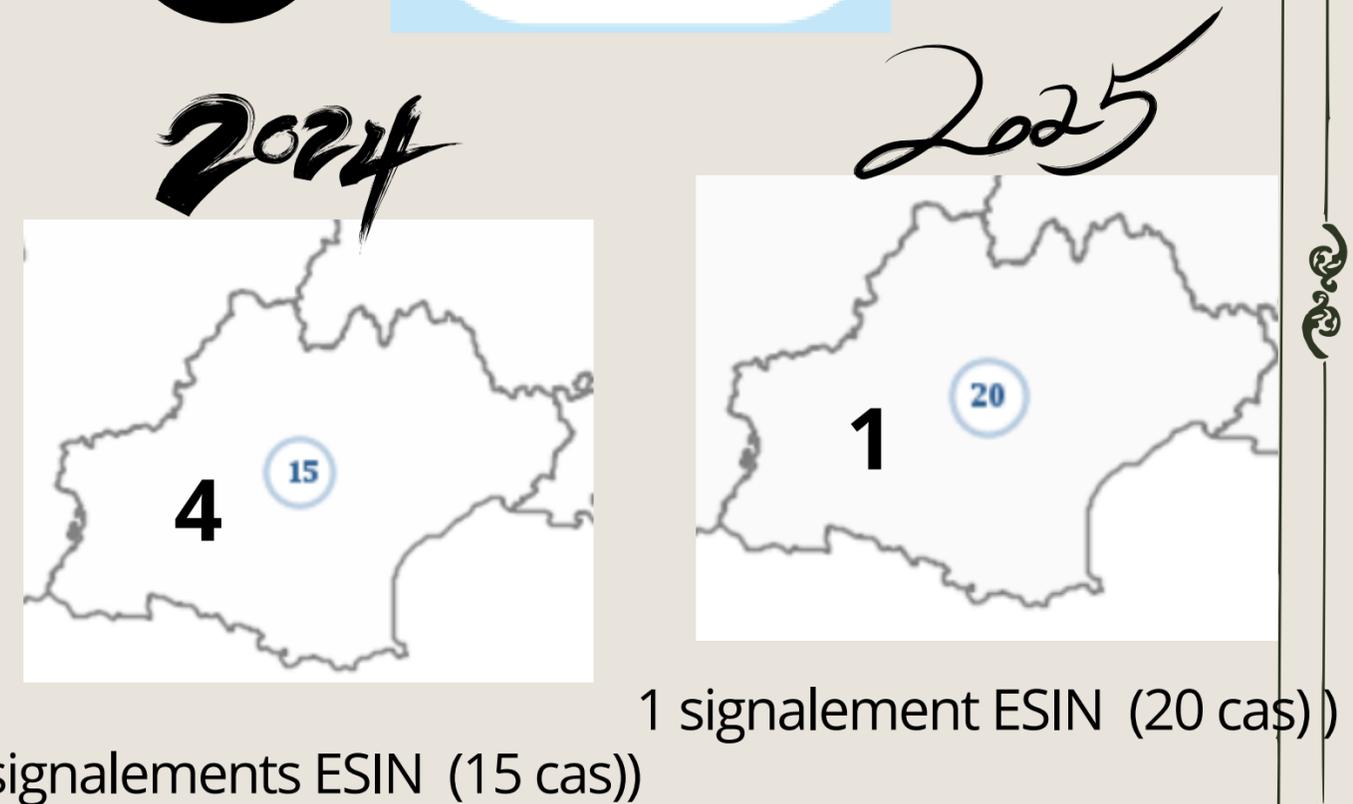
RECRUDESCENCE DE GALE EN OCCITANIE ?



Bal-alerte (ARS)



Nbre de signalements CVAGS : ESMS, ES et autres



Et les situations isolées non signalées

POUR UNE GESTION D'ÉPIDÉMIE REUSSIE

- Analyser systématiquement le risque de transmission

(type de gale, durée des symptômes, types de contact, cas secondaires, foyers communautaires...)

- Réunir une cellule de crise
- Communiquer



Stratégie adaptée à chaque situation



Points de vigilances :

- Identifier tous les contacts
- Traiter **le même jour** les cas et des contacts (professionnels et familiaux)
- S'assurer de la reconduction du TTT entre J8 et J14.
- Traiter le linge à J0 et entre J8-J14.
- Traiter les véhicules utilisés par les cas suspects
- Entretenir les sangles des lèves -malade
- Informer médecins traitant et des familles
- Suivre la délivrance du TTT (cas et contact)
- Assurer la continuité des soins en sécurité
- Rester vigilant => 6 s. après la 2ème dose

RETOURS DES AUTRES RÉGIONS

CPIAS BRETAGNE

- plusieurs foyers plutôt dans les ESSMS. La principale difficulté : l'accès au diagnostic spécialisé avec souvent une errance diagnostique. Prescription de corticoïdes.

CPias PACA : achat dermatoscopes financement régional et formation de médecins

CPIAS NORMANDIE

- épisodes ponctuels. ... La prise de corticoïdes en lien avec une errance diagnostique, puis ensuite à l'origine de cas de gale profuse, est également notée dans plusieurs épisodes.

CPias ARA

- régulièrement contactés pour des cas de gale, notamment en EMS, mais aussi en crèche ou pouponnière : 20 demandes recensées en 2024, 2 en 2025. Il y a 2 : cas en CAES (centre d'accueil et d'évaluation des situations) => CAT Croix-rouge/ARS/CPias



LES OUTILS ?

LA GALE
Précautions à prendre

Reconnaître la gale
La gale est une infection cutanée contagieuse de la peau, causée par un parasite, le sarcopte. Les symptômes sont liés aux sillons creusés dans la couche cornée de l'épiderme par la femelle pour y pondre ses œufs. Elle doit être associée à un prurit (à recrudescence nocturne) et la présence de lésions cutanées (eczématiforme).

- Gale commune** : les lésions concernent les espaces interdigitaux, poignets, aisselles, organes génitaux et du dos. En cas de localisations multiples, on parle de **gale profuse**. Le risque de transmission clinique et de la durée du contact ($R0^* < 2$ en cas de situations « simples » et hors milieu de soins, $R0^* > 2$ de promiscuité/précarité, soins de nursing)
- Gale hyperkératosique** (ou norvégienne) : forme rare très contagieuse, atteinte généralisée avec Sujets immunodéprimés ou avec comorbidités. $R0^* > 10$
Le diagnostic doit être systématiquement confirmé par un médecin par le repérage des sillons au di. demander la réalisation d'un **prélèvement cutané (laboratoire de biologie)**. En cas de résultat négatif signes cliniques, ne pas exclure la gale.

La contamination est interhumaine :

- Directe** : par contact cutané étroit, prolongé ou répété
- Indirecte** : par l'intermédiaire des tissus (linge, literie ou vêtements ...) plus rare sauf pour les formes ou profuses. L'incubation est de **1 à 6 semaines** (3 semaines en moyenne) et de 1 à 3 jours lors d'une

Définition des contacts

- 1^{er} cercle** : personnes ayant eu un contact cutané prolongé avec la personne atteinte (entourage familial, soins rapprochés, soins de nursing ...)
- 2^{ème} cercle** : personnes vivant ou travaillant dans la même collectivité
- 3^{ème} cercle** : personnes visitant occasionnellement et entourage familial des personnes fréquentant la collectivité.

* $R0^*$: nombre de reproduction de base, nombre moyen attendu de cas directement générés par un cas en l'absence de mesures de prévention.

a. Cas isolé de gale

Précautions complémentaires CONTACT GALE dès la suspicion du cas

Signalisation des précautions complémentaires dans le respect de la confidentialité
Application des mesures jusqu'à 48 h après le traitement ou infirmation

Organisation

- Privilégier le matériel à usage unique et individualiser le matériel réutilisable.
- Prévoir des dotations suffisantes en équipement de protection individuelle (surblouse à manches, produit acaricide (ex. : Envirocab, Ascaflash, Ront, A-Par (risque de résistance), Ethos 30 EC).
- Limitier le stock de matériel à usage unique dans la chambre aux besoins d'une journée.
- Surveillance active : recensement de l'apparition de nouveaux cas chez les résidents et le personnel interne (médi. Co et l'IDEC, méd. traitant)

CPias Occitanie
Santé publique France

LA GALE (cas groupés)
Précautions à prendre

b. Cas groupés de gale Pour chaque cas, appliquer les précautions complémentaires contact Gale (Cf. paragraphes : organisation, résident, personnel, environnement, matériel)

Gestion des cas groupés

En complément de ces mesures :

1. Signaler dès l'apparition du premier cas : le signalement en interne le plus précocement possible au médecin et à l'infirmier coordonnateur, à la direction. Informer l'ensemble des généralistes et des intervenants extérieurs, pour une recherche active d'autres cas et pour limiter le risque de transmission.
2. Prévenir votre **Equipe Mobile en Hygiène** et le cas échéant, le **CPias**.
3. Constituer une **cellule de crise** réunissant les instances de l'établissement : direction, med-co et IDE lingerie, du service d'entretien, du service administratif et Equipe Mobile en Hygiène.
4. Comptabiliser et identifier les cas certains et probables de gale (résidents et professionnels) aux contacts. Ce recensement inclut les professionnels occasionnels et les visiteurs des résidents.
5. Identifier le cas échéant le secteur géographique atteint pour adapter la conduite à tenir à l'épidémie. Instaurer des mesures d'hygiène générales :
 - o Renforcer l'hygiène des mains : lavage obligatoire au savon doux, ongles coupés courts
 - o Limiter les contacts à risques : arrêter les activités, limiter les visites et les déplacements des contacts.
 - o Pour les déplacements indispensables : toilette et port de linge propre pour le résident ambulancier et services d'aval
 - o Eviction des personnels touchés jusqu'à 48h après la prise du traitement.
6. Organiser une **large communication** : personnels, médecins généralistes, visiteurs, familles, conseil de familles, afin de rassurer et déculpabiliser : « la gale n'est pas une maladie honteuse ». Voir modèles de support d'information document INVS 2008, pages 20 à 22 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations_HCSP_gale_conduite_a_tenir_nov_2012.pdf

Traitement : importance de traiter les personnes, le linge et l'environnement dans un même traitement

Traitement médicamenteux : toutes les personnes (résidents et professionnels y compris de nuit) de la collectivité ou non malades mais potentiellement exposées (contact : 1^{er}, 2^{ème} cercle), pour les visiteurs occasionnels et les personnes contacts à traiter (3^{ème} cercle) (cf. paragraphe traitement médicamenteux)

7. Fixer la **date de traitement collectif** après s'être doté de moyens humains et matériels suffisants d'entretien et acaricide...) et du stock de médicament nécessaire pour traiter l'ensemble des personnes
8. Informer l'ensemble des professionnels (présents et absents) et visiteurs.
9. Réaliser la prise du **traitement médicamenteux pour tous, le même jour, y compris les professionnels** faire une fiche d'émargement)
10. Réaliser l'entretien de l'environnement et du linge 12h après (préciser le champ)
11. Effectuer une surveillance sur 6 semaines après le dernier cas recensé avant de déclarer l'épisode terminé
12. Effectuer un bilan de l'épidémie et un RETEX afin de tirer les enseignements de l'épidémie et définir un

Signalement externe à l'ARS

- Signalement dès 2 cas diagnostiqués en moins de 6 semaines d'intervalle chez les résidents et/ou les personnels
- Signaler sans délai à l'ARS → [Signaler sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables](#) (Rubrique : Evénement indésirable associé à des soins/infection associée aux soins)

Coordonnées CVAGS (Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire de l'ARS Occitanie)
Mail : ars-oc-alerte@ars.sante.fr / Fax : 05 34 30 25 86 / Tél : 0800 301 301 (gratuit)

Vous pouvez contacter l'Equipe Mobile d'Hygiène de votre territoire ou le cas échéant le CPias.

CPias Occitanie, Montpellier
cpias-occitanie@chu-montpellier.fr / 04 67 33 74 69

CPias Occitanie, Toulouse
cpias-occitanie@chu-toulouse.fr / 05 61 77 20 20

MAI, Octobre 2023

Les incontournables de la prise en charge d'un cas de gale

A FAIRE

Dès la suspicion (association d'un prurit (à recrudescence nocturne) et présence de lésions cutanées (eczématiformes et de grattage).)

Mettre en place les Précautions complémentaires contact « gale » :

- Réaliser une hygiène des mains par lavage simple (eau + savon) et si nécessaire FHA à distance sur des mains parfaitement sèches
- Porter les EPI dès la prise en charge du patient (surblouse à manches longues et gants à UU)
- Prendre en charge les textiles pour un traitement adapté
- Arrêter les activités extérieures pour le cas
- Demander une confirmation par un dermatologue de la pathologie

Repérage des contacts

Définir les contacts :

- 1^{er} cercle : personnes ayant eu un contact cutané prolongé avec la personne atteinte
- 2^{ème} cercle : personnes vivant ou travaillant dans la même collectivité
- 3^{ème} cercle : personnes visitant occasionnellement et entourage familial des personnes fréquentant régulièrement la collectivité.

NE PAS FAIRE

Il ne faut pas :

- Attendre le diagnostic de gale pour mettre en place les mesures
- Utiliser exclusivement la solution hydro alcoolique
- Ne pas se protéger avec des EPI dès la prise en charge de la personne

Il ne faut pas oublier :

- La famille
- Les autres professionnels

Traitement médicamenteux

Le jour pour le cas et les contacts à traiter entre J8 et J14 (idéalement J10) : commune : traitement des contacts du 1^{er} cercle. Profuse, hyperkératosique ou épidémique : traitement de tous les contacts du 1^{er} et 2^{ème} cercle, le 3^{ème} cercle

Traitement du linge et de l'environnement :

Le linge utilisé (vêtements, linge de literie) : porté dans les 3 derniers jours (8 jours si gale profuse ou éczématiforme)

T du linge :

- à 60°
- utiliser un produit acaricide ou mettre l'ensemble dans un sac fermé pendant 3

Il ne faut pas oublier :

- Traiter uniquement le cas
- Réaliser qu'une seule prise de traitement médicamenteux
- Réaliser un traitement collectif non simultané (cas + contact)

Il ne faut pas oublier :

- Les chaussons
- Les objets et les surfaces en tissu non lavables

CPias Occitanie
Mise à jour Octobre 2023

CHECK LIST GALE
A remplir dès la confirmation du premier cas et en cas d'épidémie

EMS :
Check-list remplie le :

LES MESURES	FAIT	COMMENTAIRES
Pour les personnes symptomatiques (dès l'apparition du cas)		
Mise en place des précautions complémentaires Contact Gale (blouses manches longues, gants, savon doux)		
Eviction des activités collectives jusqu'à 48 h après la prise du traitement		
Maintien en chambre y compris pour les repas et réduction des déplacements au strict minimum jusqu'à 48 h après la prise du traitement		
Renforcement de l'hygiène des mains (résidents, personnel, intervenants, visiteurs...) avec lavage à l'eau et au savon doux		
Traitement du linge personnel et du linge de lit selon protocole spécifique Fiche gale		
Traitement de l'environnement : objets et matériel en tissus non lavables selon protocole spécifique Fiche gale		
Information des proches et limitation des visites pendant les 48h qui suivent le traitement		
Recherche étiologique		
Diagnostic par médecin traitant ou dermatologue		
Recherche du sarcopte par prélèvement cutané ou repérage des sillons (dermatoscope)		



PERSPECTIVES

- Flyers d'information pour les professionnels libéraux (ARS, SpF, CPias)
- Sensibilisation des professionnels de la PCI
- Outil d'aide à la décision ?
- Autres actions ???



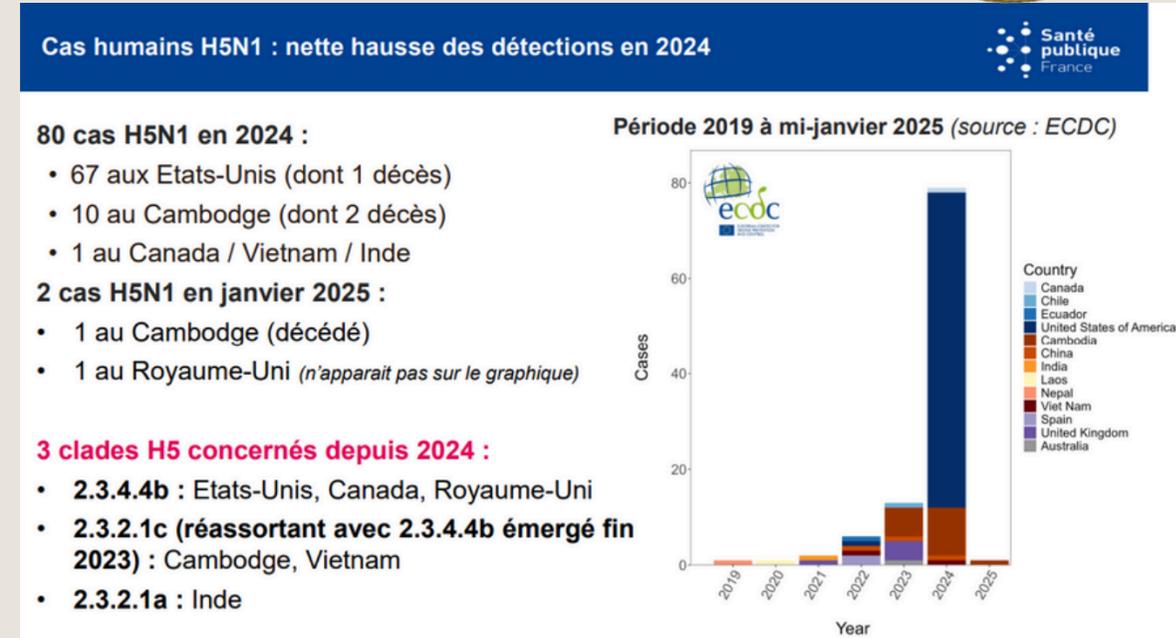
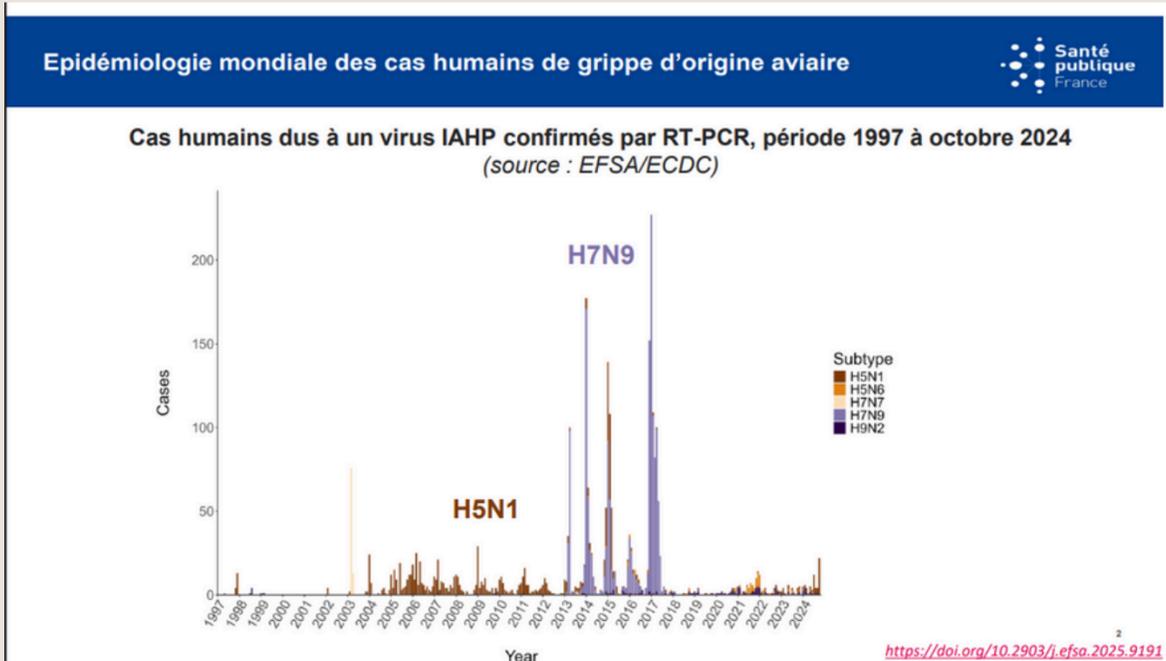


ALERTES

GRIPPE ZONOTIQUE ?

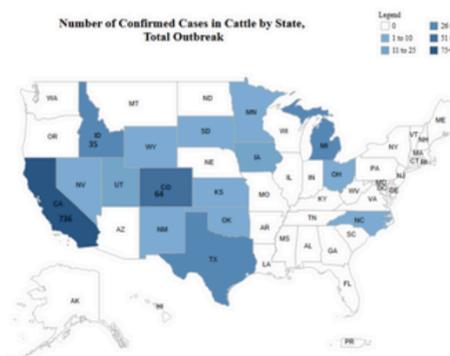


- humain infecté par un virus influenza d'origine animale, grippe aviaire ? virus IA
- grippe porcine ? virus IP



Virus IAHP A (H5N1) bovins & humains - États-Unis 2024 

- 20/03/2024- 02/2025 : 957 foyers / 16 États, Californie + touchée, Etat américain le plus grand producteur de lait (1,7 M vaches laitières, 17 M tonnes produites en 2023)
- génotype B3.13 => 1 seul évènement de franchissement de barrière espèce réassortant EA / NAm (PB2, PB1, NP, NS), séquence du 1^{er} virus humain : branche ancestrale / groupe de virus de la vache



Nouvel évènement de franchissement de barrière espèce oiseaux/bovins génotype D1.1

- Cas de chats domestiques dans exploitations et liés à la consommation d'aliments contaminés virus présent dans lait à titre élevé
- Cas humains associés

Principalement conjonctivite & signes respiratoires 

<https://www.aphis.usda.gov/livestock-poultry-disease/avian/avian-influenza/hpai-detections/livestock>

<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc2405371>

GRIPPE ZONOTIQUE



DGS-URGENT

DATE : 24/02/25

RÉFÉRENCE : DGS-URGENT N°2025_04_REPLY

TITRE : VIGILANCE RENFORCEE VIS-A-VIS DU RISQUE DE TRANSMISSION A L'HOMME DES VIRUS INFLUENZA D'ORIGINE ZONOTIQUE – CONDUITE A TENIR



Critère clinique :
IRA (quel que soit le niveau de gravité)
ou symptômes oculaires (conjonctivite)

Critère épidémiologique :
exposition à risque

Critère virologique :
Grippe A+ (avec CT<32) ET H1/H3 –

Cas possible :

Critère clinique

+

Critère épidémiologique

Qui réalise le classement ?

Le professionnel de santé prenant en charge le patient lors d'une consultation médicale, avec l'appui si besoin d'un infectiologue référent

Cas probable :

Critère clinique

+

Critère épidémiologique

+

Critère virologique

OU

Critère clinique

+

Critère virologique

(Uniquement en cas de forme grave de grippe A)

OU

Critère épidémiologique

+

Critère virologique

(Investigation dans le cadre de la surveillance active de la grippe aviaire SAGA)

Qui réalise le classement ?

L'ARS conjointement avec Santé publique France, avec l'appui si besoin d'un infectiologue référent et du Samu/Centre 15

Cas confirmé :

Détection d'un virus influenza aviaire ou porcin dans un prélèvement respiratoire

Qui réalise le classement ?

Le Centre National de Référence Virus des infections respiratoires



GRIPPE ZONOTIQUE



Mission COREB Nationale – 20 février 2025

Vigilance grippe zoonotique Check-list - 1^{er} recours en soins primaires

1. DEPISTER
2. PROTEGER
3. ALERTER/ORIENTER



Protéger – Transmission respiratoire et contact = Précautions Air + Contact

- ▶ **Patient** : solution hydro-alcoolique (SHA), masque chirurgical, isolement en chambre/box individuel, séparé du flux des patients.
- ▶ **Soignant** : précautions standard + précautions complémentaires air et contact : SHA, masque FFP2 avec fit check, surblouse couvrante avec tablier plastique si soins mouillants, paire de gants non stériles, lunettes-masque ou visière ; habillage AVANT d'entrer dans la chambre et déshabillage à l'intérieur sauf pour le masque FFP2.

- ▶ **Organisation des soins** : équipe dédiée, travail en binôme, médecins et infirmier(e)s seniors (pas d'étudiant). Soins regroupés pour limiter le risque d'exposition.
- ▶ **Gestion de l'environnement et des déchets** : efficacité des désinfectants d'usage en établissement de santé (sols et surfaces : norme virucide EN 14476) et filière DASRI pour les déchets de soins.



Surveillance et investigation des cas de grippe humaine due à un virus influenza d'origine aviaire ou porcine

23/02/2022



FICHE DE RENSEIGNEMENTS GRIPPE ZONOTIQUE

A compléter par le médecin prescripteur et le laboratoire préleveur pour tout patient correspondant à la définition d'un cas possible ou probable de grippe zoonotique (cf. définitions indiquées dans [la conduite à tenir en cas de suspicion de grippe zoonotique de Santé publique France](#))

En cas de classement en cas probable ou de situation particulière (cf. page 2) : envoi du/des prélèvement(s) accompagné de cette fiche de renseignements au CNR Virus des infections respiratoires

RECOMMENDED

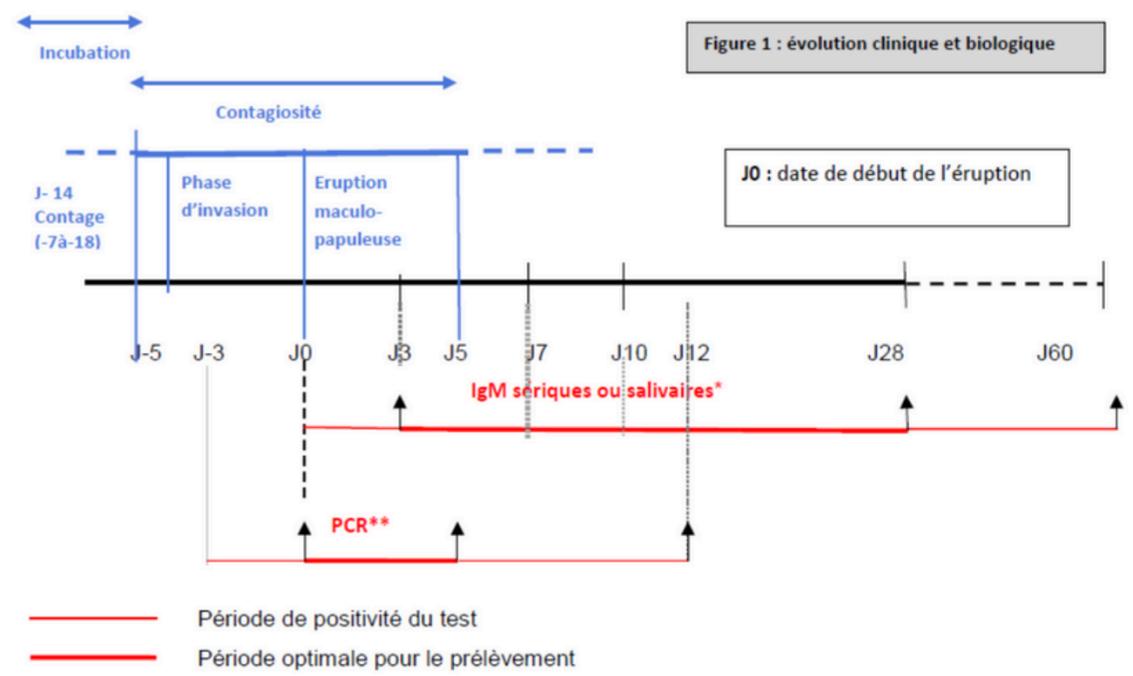
ROUGEOLE : LE RETOUR !



DGS-URGENT

DATE : 07/03/2025 RÉFÉRENCE : DGS-URGENT N°2025_08

TITRE : VIGILANCE RENFORCEE DANS LE CADRE DE LA RECRUESCENCE DE LA ROUGEOLE EN FRANCE



* Les anticorps IgM peuvent être détectés depuis l'apparition de l'éruption jusqu'à environ 60 jours après ; ils sont le plus souvent positifs entre +J3 et +J28 dans la salive et le sérum.
 ** L'ARN viral peut être détecté dans la salive, le nez, la gorge et l'urine de environ J-5 /J-3 à +J10/J12. La période de détection optimale dans le sang, la salive le nez ou la gorge s'étend de l'apparition de l'éruption à +J5.

Rougeole Avril 2024

Virus à ARN de la famille des Paramyxoviridae de genre Morbillivirus

Transmission par voie aérienne, +/- contact des muqueuses ORL avec des objets/mains contaminés
 Le virus peut rester présent dans l'air ou sur les surfaces jusque 2h après le départ du malade

Incubation 7 à 18 jours (8 à 12 jours en moyenne)
Contagiosité 5 jours avant et 5 jours après éruption

Phase d'invasion (2 à 4 j) = fièvre élevée, asthénie, anorexie, signes digestifs,...

- **Catarrhe oculo-respiratoire** : rhinite, toux, conjonctivite, photophobie,...
- **Signe de Köplik*** : inconstant, vers la 36ème heure, puis disparaît après le début de l'éruption.

Eruption maculo-papuleuse avec intervalle de peau saine qui débute au niveau de la tête et du visage, et son extension est descendante en 3 à 4 jours
 *petits points blanchâtres ou bleuâtres situés sur la face interne de la muqueuse jugale sur un fond érythémateux.

RT-PCR sur prélèvement oropharyngé à oropharynx (idéalement entre (0) et (12))

Signalement sans délai par tout moyen approprié (mail, téléphone) au point focal de FARS devant tout cas cliniquement évocateur*, sans attendre le diagnostic biologique

0800.301.301 05.34.30.25.84 ars-oc.alert@ars.occitane.fr

*voir critères de notification de la fiche de déclaration obligatoire

Traitement symptomatique

Sujet contact = toute personne ayant fréquenté de manière concomitante les mêmes locaux que le malade (face à face ou > 15m) ou jusqu'à 2h après son départ

Sujet à risque de forme grave* = femme enceinte non immunisée, sujet immunodéprimé (quel que soit statut vaccinal ou antécédent de rougeole), bébé < 12 mois
 *complications de type neurologique et respiratoire

Conduite à tenir pour les sujets contacts

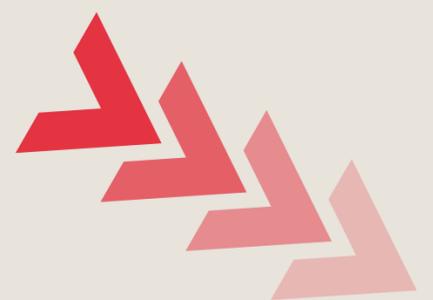
dans les 11 jours après exposition

- De 6 à 11 mois révolus → 1 dose vaccin
- femme enceinte non immunisée
- immunosupprimé

dans les 6 jours après exposition

- 6 à 11 mois révolus n'ayant pu recevoir dose vaccin dans les 72h
- < 6 mois dont mère non immunisée
- Ig polyvalentes

Rappel vaccinal pour tous les contacts non à jour de leur vaccination



Actions de sensibilisation menées par l'ARS

République française

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste	Maladie à déclaration obligatoire
Nom :	Nom du clinicien :	Rougeole
Hôpital/service :	Hôpital/service :	N° 12554*03
Adresse :	Adresse :	Important : tout cas de rougeole, clinique ou confirmé, doit être signalé immédiatement au moyen de cette fiche ou par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin de l'ARS sans attendre les résultats biologiques. Cette maladie vient à être éliminée en France, toute forme clinique devrait bénéficier d'un test biologique qui seul permettra d'affirmer le diagnostic.
Téléphone :	Téléphone :	
Télécopie :	Télécopie :	
Signature :		
Initiale du nom : [] Prénom : [] Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance : []		
Code d'anonymat : [] (A établir par l'ARS)	Date de la notification : []	

INFECTIONS INVASIVES À MENINGOCOQUE



- **2024-2025** : recrudescence de cas
- **Janvier 2025**: 90 cas (6 en Occitanie)
- **Depuis juillet 2024**, 50 décès soit une létalité de 13,7% -> 19,8 % (W)

<p>RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Liberté Égalité Fraternité</p>	<h2>DGS-URGENT</h2>
<p>DATE : 03/03/2025</p>	<p>RÉFÉRENCE : DGS-URGENT N°2025_07</p>
<p>TITRE : REGROUPEMENT DE CAS D'INFECTIONS INVASIVES A MENINGOCOQUE B ET CAMPAGNE DE VACCINATION DANS LA METROPOLE DE RENNES (35)</p>	

Infection invasive à Méningocoque

juillet 2024

Bactérie *Neisseria meningitidis* (sérogroupes B et C les plus fréquents en France)

Transmission par les sécrétions nasopharyngées lors d'exposition < 1m, en face à face
Portage nasopharyngé asymptomatique temporaire chez 5 à 50% de la population, qui ne nécessite pas de CAT particulière

Incubation en moyenne 5 jours (de 2 à 10 jours)

Contagiosité 10 jours avant et 24h après administration d'un ATB efficace sur le portage

Méningite : début brutal, céphalées violentes, diffuses, en casque, photophobie, phonophobie, nausées, vomissements, raideur méningée, fièvre, frissons

Purpura fulminans (≥ 1 élément nécrotique ou ecchymotique Ø > 3 mm, ne s'effaçant pas à la vitropression)

Ponction lombaire : LCR en faveur méningite bactérienne si leucocytes > 1000/mm3, dont plus de 50 % de PNN, glycorachie ≤ 2 mmol/l et protéinorachie > 1g/l. Examen direct positif dans 70% des cas en l'absence d'antibiothérapie préalable : diplocoques gram négatif.

Hémocultures

Déclaration obligatoire sans délai auprès de l'ARS en mentionnant le sérotype : par téléphone puis envoi de la fiche Cerfa complétée par mail ou par fax

0800 301 301
05 34 30 25 86
ars-oc-alerte@sante.fr

Traitement
C3G injectables : ceftriaxone de préférence ou céfotaxime

Sujet contact = toute personne ayant été en contact direct (face à face), proche (< 1m) et pendant au moins 1h d'affilée (ou moins si toux/éternuements du cas) avec les sécrétions oropharyngées d'un sujet infecté dans les 10 jours précédant le début de l'ATB

Pour les soignants = est contact toute personne ayant réalisé le bouche à bouche, une intubation ou une aspiration endotrachéale sans masque de protection

Conduite à tenir pour les sujets contacts

Antibioprophylaxie
Sans délai : autant que possible dans les 24h suivant le diagnostic et jusque 10j après le dernier contact

1ère intention : Rifampicine 600 mg/12h PO pendant 2 jours
Interactions médicamenteuses (ex: pilule oestro-progestative chez la femme en âge de procréer)
Avril 2024 : alerte rupture Rifampicine, ne plus utiliser dans cette indication, privilégier une seconde intention

2ème intention si CI : Ceftriaxone 250 mg 1 injection IV OU Ciprofloxacine 500 mg PO en dose unique

Vaccination
Vaccination des personnes-contacts, en plus de l'antibioprophylaxie, s'il s'agit d'un sérotype concerné par la vaccination (A, C, Y, W) (non recommandé si un seul cas d'infection à méningocoque du groupe B)
Pour les personnes déjà vaccinées, selon le type de vaccin conjugué ou non, ou si dernière vaccination > 3 ou 5 ans, une nouvelle vaccination est préconisée

dans les 10j suivant l'apparition du cas

Rappel vaccinal pour tous les contacts éligibles à la vaccination

République française	
<p>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</p> <p>Nom : _____</p> <p>Hôpital/service : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Téléphone : _____</p> <p>Télécopie : _____</p> <p>Signature : _____</p>	<p>Si notification par un biologiste</p> <p>Nom du clinicien : _____</p> <p>Hôpital/service : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Téléphone : _____</p> <p>Télécopie : _____</p>
<p>Maladie à déclaration obligatoire </p> <p>Infection invasive à méningocoque</p> <p>Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin de l'ARS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.</p>	
<p>Initiale du nom : <input type="checkbox"/> Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance : _____</p> <p>Code d'anonymat : _____ (A établir par l'ARS) Date de la notification : _____</p>	



APPEL A UN AMI
24H/24H ?

BUG CONTROL



Téléchargez dès maintenant Bug.Control



Télécharger Bug.Control



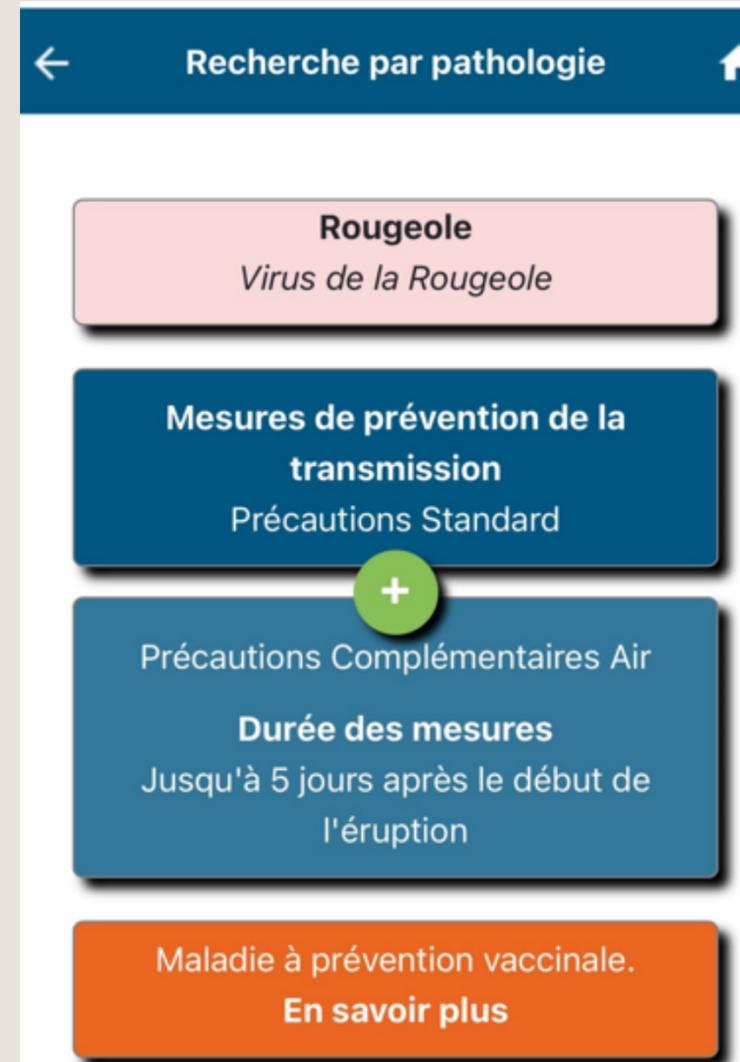
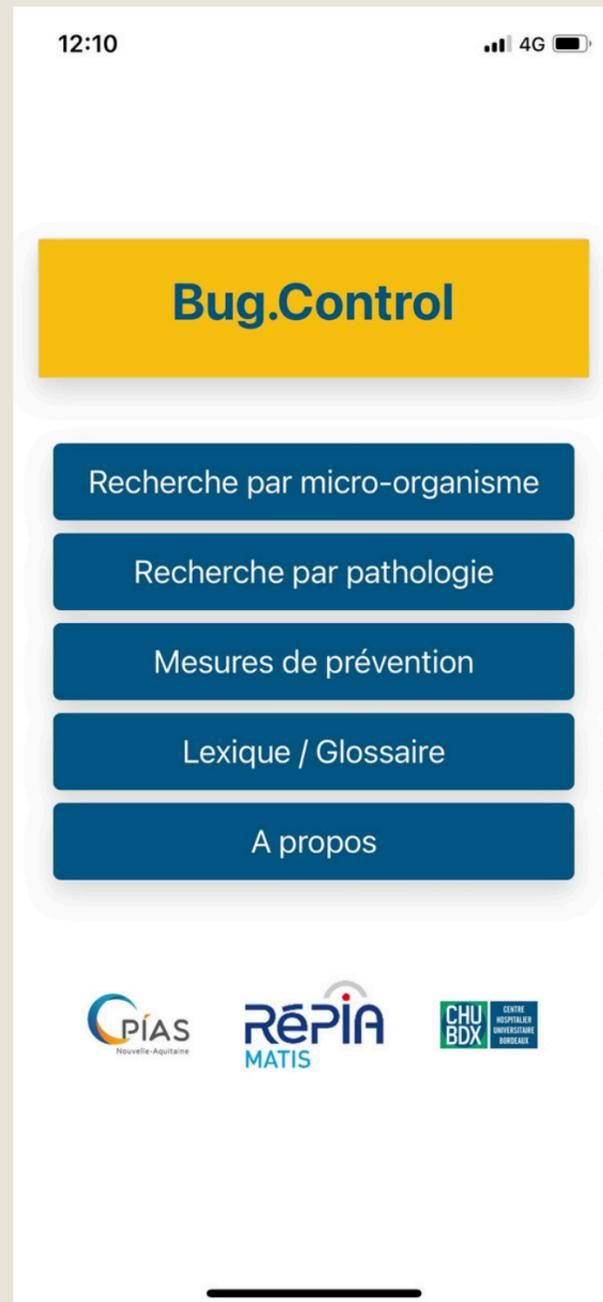
Télécharger Bug.Control



Accéder à l'application Bug.Control



BUG CONTROL



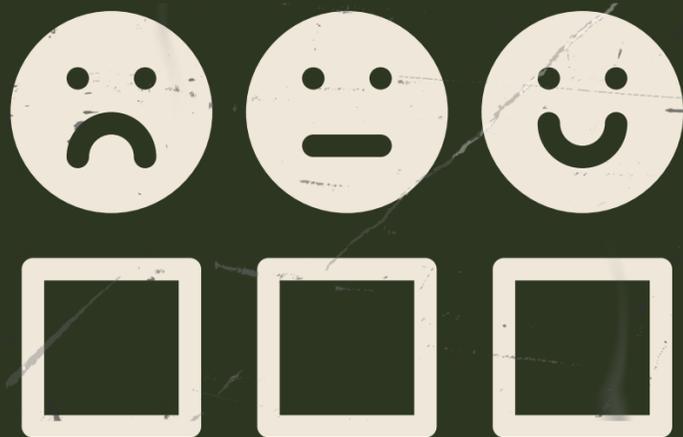


Merci pour votre présence



Mais avant de partir n'oubliez pas...

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION



Laissez-nous votre avis !

