

Traitement des situations sanitaires collectives en milieu scolaire

Protocole d'intervention

Juin 2023

Agence Régionale de Santé (ARS)

Education Nationale (EN)



SOMMAIRE

Glossaire	2
Contexte et objectifs	3
Présentation des services impliqués	3
1. En cas de survenue d'un évènement infectieux en milieu scolaire	4
2. En cas de survenue d'un évènement sanitaire collectif inexpliqué en milieu scolaire	4
3. Situation de crise ou médiatiquement sensible	5
PROCEDURES SPECIFIQUES	
1. Coqueluche	7
2. Gale	17
3. Hépatite A	33
4. Infection invasive à méningocoque	43
5. Infections respiratoires aiguës d'origine virale	53
6. Infections à streptocoques A – Angine, Scarlatine.....	59
7. Oreillons	67
8. Pédiculose du cuir chevelu.....	75
9. Rougeole	79
10. Rubéole.....	89
11. Teigne	97
12. Toxiinfection alimentaire collective	107
13. Tuberculose	113
14. Evènement sanitaire collectif inexpliqué	117

Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé

CAPTIV : Centre AntiPoison et de Toxicovigilance

DPSE : Département Prévention Santé Environnement

DSDEN : Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale

DVSS : Département Veille et Sécurité Sanitaire

EN : Education Nationale

PFR : Point Focal Régional

RGDP : Règlement Général sur la Protection des Données

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SIDPC : Service Interministériel de Défense et de Protection Civile

SPF : Santé Publique France

TIAC : Toxi Infection Alimentaire Collective

UTSE : Unité Territoriale Santé Environnement

Protocole d'intervention entre ARS et Education Nationale pour le traitement des situations sanitaires collectives en milieu scolaire

Contexte et objectif

Depuis 2016, il a été décidé d'établir un protocole régional d'intervention entre l'ARS et l'éducation nationale afin de traiter conjointement les situations sanitaires collectives en milieu scolaire concernant des élèves avec suspicion de cause environnementale ou infectieuse. Cette version, actualisée en 2023, tient compte des nouvelles recommandations, des apports de la crise Covid-19 et intègre des outils permettant une meilleure sécurisation des échanges, conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

L'ARS est responsable de la gestion sanitaire : elle décide des mesures sanitaires et l'EN contribue à leur mise en œuvre.

Présentation des services impliqués

ARS

Les ARS sont chargées du pilotage régional du système de santé : la régulation de l'offre de santé en région et le pilotage de la politique de santé publique.

Les services impliqués dans les alertes sanitaires sont positionnés au sein de la Direction de la Santé Publique :

- Point Focal Régional (PFR) : qui réceptionne l'alerte.
- Département Veille et Sécurité Sanitaire (DVSS) avec une équipe composée de médecins et d'infirmières qui gèrent l'alerte sur le volet médical/infectieux.
- Département Prévention Santé Environnement (DPSE) qui gère l'alerte si suspicion de cause environnementale, avec l'intervention de l'Unité Territoriale Santé Environnement (UTSE) du département concerné.

Leurs missions sont :

- Vérification et validation des signaux sanitaires
- Décision des mesures de gestion de ces signaux et coordination de leur mise en œuvre
- Préparation des outils de gestion
- Animation du réseau partenarial

Personnels de santé de l'Education nationale

Les médecins et infirmiers éducation nationale ont pour mission de renforcer la promotion de la santé à l'école tant au niveau individuel que collectif :

- sur le plan individuel, ils assurent les visites médicales et de dépistage systématiques ainsi que le suivi personnalisé des élèves à besoins spécifiques (élèves malades, handicapés, porteurs de troubles d'apprentissage...).
- sur le plan collectif, ils s'impliquent dans les projets de prévention (éducation à la santé notamment) et participent aux enquêtes épidémiologiques. Ils interviennent dans le cadre des cellules d'écoute lorsqu'un événement grave survient dans la communauté scolaire, ainsi que dans la mise en œuvre des mesures prophylactiques en cas de maladies transmissibles.

Les médecins éducation nationale sont placés sous l'autorité hiérarchique de l'inspecteur/trice d'académie. Les infirmiers/ères scolaires sont placé(e)s sous l'autorité du chef de l'établissement auquel ils (elles) sont rattaché(e)s, sachant que les infirmiers/ères scolaires rattaché(e)s à un collège exercent en partie leurs missions sur les écoles de ce secteur collège.

Le conseil technique tant médical qu'infirmier est assuré à chacun des niveaux départemental et rectoral, sans lien hiérarchique entre ces deux niveaux, ni entre les médecins et les infirmières.

1. En cas de survenue d'un évènement infectieux en milieu scolaire

En premier lieu, il convient de joindre le conseiller technique (médecin, infirmier) départemental de l'éducation nationale.

1.1 Fiches procédures spécifiques

Se reporter aux fiches procédures spécifiques (à partir de la page 7 de ce document) pour les pathologies suivantes : coqueluche, gale, hépatite A, infection invasive à méningocoque (IIM), infections respiratoires aiguës d'origine virale (dont grippe et Covid-19), infections à streptocoques A, oreillons, rougeole, teigne, suspicion de Toxi-Infection Alimentaire Collective (TIAC) et tuberculose.

En cas de difficulté dans la mise en œuvre de la procédure, l'équipe de médecins et infirmières du DVSS de l'ARS peut être contactée via le PFR : 0.809.404.900.

1.2. Autres pathologies

Se reporter au guide du HCSP : Survenue de maladies infectieuses dans une collectivité, septembre 2012.

Si appui à la gestion nécessaire, l'équipe de médecins et infirmières du DVSS de l'ARS peut être contactée via le PFR : 0.809.404.900.

1.3. Situation de crise ou médiatiquement sensible

Voir paragraphe 3.

2. En cas de survenue d'un évènement sanitaire collectif inexpliqué en milieu scolaire

2.1 Fiche procédure spécifique

Que ce soit une alerte résultant d'une situation chronique (symptômes diffus sans gravité a priori) ou d'une situation d'urgence (symptômes aigus avec intervention des secours), il est nécessaire que l'EN transmette des informations précises de type « Lieux Temps Personnes ».

Ces informations permettront à l'ARS de disposer des données « à la source » afin de pouvoir orienter au mieux les investigations tant épidémiologiques qu'environnementales et de proposer des mesures de gestion adaptées.

La procédure spécifique est disponible page 103 de ce document.

2.2. Situation de crise ou médiatiquement sensible

Voir paragraphe 3.

3. Transmission de données à caractère sensible / données médicales

Pour toute transmission de données nominatives ou données de santé relatives à un évènement sanitaire en milieu scolaire, il sera désormais nécessaire de transmettre les documents à l'ARS via la page de dépôt sécurisée Bluefiles prévue à cet effet : <https://bluefiles.orange-business.com/arsbfc/page-de-depot-ars-bfc-veille-et-securite-sanitaire-infectieux> de façon à respecter le RGPD.

Le QR Code suivant permet également d'accéder à la page de dépôt :



Une fois sur la page de dépôt, une adresse mail doit être communiquée pour accéder au formulaire, via un lien transmis par courriel.

La page de dépôt sécurisée est également accessible sur smartphone.

4. Situation de crise ou médiatiquement sensible

4.1. Gestion d'une situation de crise

Devant tout signalement, l'ARS évalue le degré d'urgence / de crise et la nécessité d'une réunion de concertation avec les différents protagonistes avant de décider des mesures à prendre.

En situation de crise, il est important que les informations détenues par les différents protagonistes soient partagées au plus vite. Pour ce faire, l'ARS peut organiser une réunion téléphonique à chaud avec le responsable d'établissement, médecin et/ou infirmier d'établissement, médecins conseillers techniques de la DSDEN et/ou du rectorat, SDIS et/ou SAMU selon le cas, Préfecture (SIDPC), Cellule régionale de Santé publique France (SpF). Si nécessaire, l'ARS fait un retour d'information au gestionnaire du bâtiment : maire (si école), conseil départemental (si collège), conseil régional (si lycée) ou autre +/- au CAPTV si concerné.

Une information des parents d'élèves et du personnel de l'établissement peut être envisagée pour bien exposer la situation. Elle est assurée par le responsable d'établissement. La stratégie de communication (contenu du message et modalités d'information) est arrêtée conjointement entre l'ARS, la Cellule régionale de SpF et les personnels de santé et de direction de l'EN, et le cas échéant l'IA-DASEN.

4.2. Communication – relation avec les médias

Que la sollicitation parvienne à l'ARS ou à l'EN (DSDEN/rectorat), l'ARS et l'EN se concertent préalablement à toute communication. La voie de communication privilégiée est le communiqué de presse, établi en concertation entre les deux institutions en lien avec la préfecture.

La communication portant sur les décisions sanitaires est assurée par l'ARS et la communication portant sur les modalités de mise en œuvre des mesures sanitaires est assurée par l'EN.

Procédure Coqueluche ARS – EN

Procédure Coqueluche ARS - EN

Mise à jour février 2023

Agent pathogène	<i>Bordetella pertussis</i> ou <i>parapertussis</i>
Source et mode de contamination	Souvent intra familiale ou intra collectivité. Contamination par contact direct (de personne à personne), à partir des sécrétions respiratoires (transmission aérienne et gouttelettes émises lors de la toux en particulier).
Période d'incubation	7 à 21 jours.
Contagiosité	Forte. Maximale pendant la phase catarrhale puis diminution avec le temps. Elle peut être considérée comme nulle après 3 semaines d'évolution sans traitement antibiotique ou après 3 à 5 jours selon l'antibiotique choisi.
Populations présentant un risque de gravité	Nourrissons non protégés par la vaccination. Personnes souffrant de pathologie respiratoire chronique (asthme, broncho-pneumopathies chroniques obstructives...) Personnes immunodéprimées. Femmes enceintes. Personnes en contact avec ces sujets fragiles : parents ou fratrie de nourrissons non vaccinés, personnels de santé.

DEFINITION DE CAS ET POPULATION EXPOSEE

L'**expression clinique** de la coqueluche est variable selon les personnes et leur âge. Elle peut se présenter sous forme de coqueluche maligne chez les nourrissons de moins de 3 mois avec détresse respiratoire et défaillance multi-viscérale ou encore sous forme de coqueluche typique avec une toux à recrudescence nocturne, émétisante, en quintes. Une coqueluche devrait être évoquée devant toute toux sans cause évidente, persistante ou s'aggravant au-delà d'une semaine (notamment si contagé identifié et/ou si vaccination datant de plus de 10 ans).

Le **diagnostic biologique** s'effectue par prélèvement pour culture et/ou PCR, par aspiration ou écouvillonnage nasopharyngé selon les modalités suivantes :

- durée de la **toux < 15 jours** : diagnostic direct par culture et PCR en temps réel (PCR-TR) ;
- **15 jours ≤ durée de la toux < 21 jours** : diagnostic direct par PCR-TR ;
- **durée de la toux ≥ 21 jours** : diagnostic clinique avant tout. Réaliser des PCR-TR chez les cas secondaires éventuels.

PCR et culture sont remboursées par l'Assurance maladie.

La sérologie n'est pas un examen de diagnostic aigu et n'est pas remboursée.

Classification des cas :

- **Cas suspect** : présence > 7 jours d'une toux persistante, d'autant plus évocatrice qu'il y a des quintes de toux, en l'absence d'une autre étiologie.
- **Cas confirmé cliniquement** : toux avec quintes évocatrices > 14 jours en l'absence d'autre étiologie.
- **Cas confirmé biologiquement** : toux avec une culture ou une PCR positive.
- **Cas confirmé épidémiologiquement** : toux avec quintes évocatrices et si un de ses contacts dans les 3 semaines avant le début de sa toux (contaminateur potentiel) a été confirmé biologiquement ou si une personne en contact avec lui pendant sa période de contagiosité (cas secondaire potentiel) a été confirmée au laboratoire.
- **Cas groupés** : au moins **2 cas confirmés** (clinique, biologique ou épidémiologique) **contemporains ou successifs** (séparés par une période d'incubation compatible de 7 à 21 jours), **et survenant dans une même unité géographique** → les mesures de contrôle sont identiques à celles autour d'un cas.

Population exposée :

Toutes les personnes en contact avec le cas pendant sa phase contagieuse, à savoir : jusqu'à 3 semaines après le début des signes en l'absence de traitement antibiotique adapté ou jusqu'à 5 jours après le début du traitement par un antibiotique adapté (ou 3 jours après le début de l'antibiothérapie si le malade est traité par azithromycine).

On distingue deux catégories de contact parmi la population exposée.

- **Contacts proches** : en milieu scolaire : chambrée d'internat, flirt essentiellement.
- **Contacts occasionnels** : autres sujets ayant eu un contact face à face à moins de 1 mètre ou pendant plus d'une heure avec le cas. En milieu scolaire : enfants et adultes partageant la même classe, amis et personnes partageant plusieurs fois par semaine les mêmes activités (incluant cantine et péri- ou extra-scolaire).

MESURES A PRENDRE AUTOUR D'UN CAS CONFIRME

Les mesures d'éviction et de recensement des contacts sont les mêmes pour les infections à B. Pertussis et B. parapertussis.

Synthèse des recommandations pour les personnes exposées :

- Renforcement des mesures barrières : lavage des mains, port de masque (si âge \geq 6 ans).
- Recherche de Bordetella par test PCR chez les sujets contacts symptomatiques.
- Antibioprophylaxie : évite aux personnes contacts non ou insuffisamment protégés par la vaccination de développer la maladie. Elle est prescrite dans les 3 premières semaines d'évolution. Les indications dépendent de la catégorie de contact, du statut vaccinal, du risque de forme grave (à évaluer par le médecin traitant).

En premier lieu, il convient de joindre le conseiller technique (médecin, infirmier) départemental de l'éducation nationale.

1. Affichage et information écrite des familles et du personnel

L'affichage se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 1**.

L'information aux parents se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 2**.

L'information du personnel se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 3**.

L'information écrite aux parents et à la communauté scolaire est assurée par le chef d'établissement ou le directeur d'école qui au préalable prend l'attache du conseiller technique départemental (médecin ou infirmier).

2. S'assurer de la bonne application des mesures d'hygiène au sein de l'école (lavage des mains +++)

Cf. Guide du HCSP relatif aux conduites à tenir en cas de maladies infectieuses dans une collectivité d'enfants ou d'adultes.

3. Enquête dans la classe du cas confirmé et pour les enfants/adultes qui partagent des activités plusieurs fois par semaine, à la recherche de tousseurs (par le personnel de santé de l'éducation nationale - si possible recherche active en rappelant les familles des élèves absents)

→ Orientation des tousseurs vers le médecin traitant + éviction recommandée jusqu'à infirmation du diagnostic ou traitement efficace (3 à 5 jours selon traitement).

→ Identification de sujets non tousseurs mais contacts proches ou contacts occasionnels « à risque de forme grave » => ils seront avisés par le personnel de santé de l'éducation nationale des mesures à prendre : si cas de coqueluche datant de moins de 3 semaines, conseil de consulter son médecin traitant pour prescription d'une antibiothérapie préventive.

4. Dans la mesure du possible, vérification du statut vaccinal des élèves et des personnels partageant des activités plusieurs fois par semaine avec le cas confirmé sur carnet de santé, par le personnel de santé de l'éducation nationale.
5. Pour un cas isolé : transmettre les coordonnées des parents à l'ARS.
6. En situation de cas groupés : le personnel de santé de l'éducation nationale renseigne et envoie à l'ARS le tableau des cas le plus complet possible (**Annexe 4**).
L'ARS se charge de rappeler les familles et médecins des cas confirmés (à partir des numéros de téléphone transmis via le tableau) afin de s'assurer que toutes les mesures soient prises concernant leur traitement.
7. En situation de cas groupés, l'ARS évalue la nécessité de prévenir les médecins libéraux et les centres hospitaliers du secteur et se charge de cette information le cas échéant.

Références / Bibliographie :

- Calendrier vaccinal en vigueur
- Site Vaccination Info Service de Santé Publique France : <https://vaccination-info-service.fr>
- [Avis du HCSP 18 novembre 2022](#) relatif à la conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas de coqueluche
- INSTRUCTION N° DGS/RI1/2014/310 du 7 novembre 2014 relative à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/38940>

Un cas de **COQUELUCHE** a été signalé dans l'établissement.



La coqueluche est une maladie respiratoire très contagieuse, due à une bactérie, qui peut être grave chez le nourrisson, les personnes souffrant de pathologies respiratoires et les personnes immunodéprimées.

En cas de doute, il est recommandé de consulter votre médecin traitant, en particulier pour contrôler que votre enfant est bien à jour de sa vaccination anti-coqueluche.

Pour les cas avérés, une éviction scolaire jusqu'à 3 à 5 jours après la mise sous traitement est nécessaire.

Information aux parents d'élèves

Un cas de **coqueluche** a été signalé au sein de l'établissement.

Cette affection respiratoire bactérienne est très contagieuse et susceptible d'entraîner des complications, notamment chez les personnes les plus fragiles (nourrissons, personnes souffrant de pathologies respiratoires ou immunodéprimées). Elle nécessite la mise en place de mesures pour éviter sa propagation.

Par mesure de précaution, nous vous recommandons de consulter votre médecin traitant afin de vérifier votre statut vaccinal, d'évaluer la nécessité de pratiquer un test et/ou de recevoir un traitement. Les indications de traitement dépendent de la proximité du contact avec le cas, du statut vaccinal, du risque de forme grave.

Information aux parents d'élèves

Un cas de **coqueluche** a été signalé au sein de l'établissement.

Cette affection respiratoire bactérienne est très contagieuse et susceptible d'entraîner des complications, notamment chez les personnes les plus fragiles (nourrissons, personnes souffrant de pathologies respiratoires ou immunodéprimées). Elle nécessite la mise en place de mesures pour éviter sa propagation.

Par mesure de précaution, nous vous recommandons de consulter votre médecin traitant afin de vérifier votre statut vaccinal, d'évaluer la nécessité de pratiquer un test et/ou de recevoir un traitement. Les indications de traitement dépendent de la proximité du contact avec le cas, du statut vaccinal, du risque de forme grave.

Information aux parents d'élèves

Un cas de **coqueluche** a été signalé au sein de l'établissement.

Cette affection respiratoire bactérienne est très contagieuse et susceptible d'entraîner des complications, notamment chez les personnes les plus fragiles (nourrissons, personnes souffrant de pathologies respiratoires ou immunodéprimées). Elle nécessite la mise en place de mesures pour éviter sa propagation.

Par mesure de précaution, nous vous recommandons de consulter votre médecin traitant afin de vérifier votre statut vaccinal, d'évaluer la nécessité de pratiquer un test et/ou de recevoir un traitement. Les indications de traitement dépendent de la proximité du contact avec le cas, du statut vaccinal, du risque de forme grave.



Information aux personnels



RÉGION ACADÉMIQUE
BOURGOGNE
FRANCHE-COMTÉ

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Un cas de **coqueluche** a été signalé au sein de l'établissement scolaire.

Cette affection respiratoire bactérienne est très contagieuse et susceptible d'entraîner des complications, notamment chez les personnes les plus fragiles (nourrissons, personnes souffrant de pathologies respiratoires ou immunodéprimées). Elle nécessite la mise en place de mesures pour éviter sa propagation.

Par mesure de précaution, nous vous recommandons de consulter votre médecin traitant afin de vérifier votre statut vaccinal, d'évaluer la nécessité de pratiquer un test et/ou de recevoir un traitement. Les indications de traitement dépendent de la proximité du contact avec le cas, du statut vaccinal, du risque de forme grave.



Information aux personnels



RÉGION ACADÉMIQUE
BOURGOGNE
FRANCHE-COMTÉ

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Un cas de **coqueluche** a été signalé au sein de l'établissement scolaire.

Cette affection respiratoire bactérienne est très contagieuse et susceptible d'entraîner des complications, notamment chez les personnes les plus fragiles (nourrissons, personnes souffrant de pathologies respiratoires ou immunodéprimées). Elle nécessite la mise en place de mesures pour éviter sa propagation.

Par mesure de précaution, nous vous recommandons de consulter votre médecin traitant afin de vérifier votre statut vaccinal, d'évaluer la nécessité de pratiquer un test et/ou de recevoir un traitement. Les indications de traitement dépendent de la proximité du contact avec le cas, du statut vaccinal, du risque de forme grave.



Information aux personnels



RÉGION ACADÉMIQUE
BOURGOGNE
FRANCHE-COMTÉ

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Un cas de **coqueluche** a été signalé au sein de l'établissement scolaire.

Cette affection respiratoire bactérienne est très contagieuse et susceptible d'entraîner des complications, notamment chez les personnes les plus fragiles (nourrissons, personnes souffrant de pathologies respiratoires ou immunodéprimées). Elle nécessite la mise en place de mesures pour éviter sa propagation.

Par mesure de précaution, nous vous recommandons de consulter votre médecin traitant afin de vérifier votre statut vaccinal, d'évaluer la nécessité de pratiquer un test et/ou de recevoir un traitement. Les indications de traitement dépendent de la proximité du contact avec le cas, du statut vaccinal, du risque de forme grave.

TABLEAU RECAPITULATIF CAS GROUPES DE COQUELUCHE

Etablissement scolaire concerné :

Responsable de l'établissement (nom et téléphone) :

Médecin et/ou infirmière scolaire (nom(s) et téléphone) :

Mettre une croix dans la partie grisée.

	1	2	3	4	5	6	7	8
NOM- Prénom *								
Classe*								
Téléphone parents *								
Commune domicile								
Age								
Sexe								
Non malade								
Cas confirmé au laboratoire								
Cas probable								
Début de toux								
Toux évocatrice (O/N)								
Origine de la contamination								

Nombre de dose de vaccin contre la coqueluche								
Date du dernier rappel coqueluche								
Traitement et date mise en route								
Nom – coordonnées médecin traitant								

*information indispensable

Si les carnets de santé ont été vérifiés par le médecin ou l’infirmière scolaire, merci d’indiquer ci-dessous le taux de vaccination pour chaque classe concernée (nombre d’élèves correctement vaccinés / nombre total d’élèves) :

Classe de	Taux de vaccination :/.....
Classe de	Taux de vaccination :/.....
Classe de	Taux de vaccination :/.....

➔ **Document à renvoyer à l’ARS via la page de dépôt sécurisée** accessible via ce lien : <https://bluefiles.orange-business.com/arsbfc/page-de-depot-ars-bfc-veille-et-securite-sanitaire-infectieux> ou ce QR code :



Procédure Gale ARS – EN

Procédure gale ARS – EN

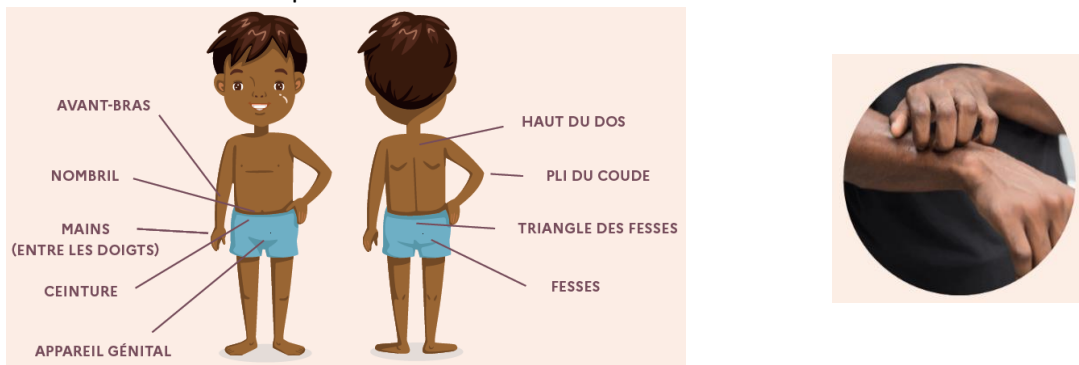
Mise à jour février 2023

Agent pathogène	Parasite de la famille des acariens : <i>Sarcoptes scabiei var. hominis</i>
Source et mode de contamination	La contamination se fait par : <ul style="list-style-type: none">- Contacts directs prolongés peau à peau avec une personne atteinte- Contacts indirects avec des tissus contaminés (linge de corps, draps)
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none">- 3 à 4 semaines après le contact infectant (jusqu'à 6 semaines)- En cas de réinfestation, la durée d'incubation est plus courte (quelques jours)
Contagiosité	<ul style="list-style-type: none">- Faible pour les gales communes- Elevée pour les gales profuses (hyperkératosiques) En l'absence de traitement, la contagiosité dure tant que le parasite est présent sous la peau des patients sources.
Population exposée/situations à risque de contamination	<ul style="list-style-type: none">- Cercle familial (famille, amis intimes)- Promiscuité- Relations sexuelles
Populations présentant un risque de gravité	<ol style="list-style-type: none">1. Sujets immunodéprimés2. Personnes vivant en milieu précaire

DEFINITION DE CAS

- 1.** La gale commune, la plus fréquente, se manifeste par des démangeaisons intenses qui surviennent surtout la nuit. La gale profuse (qui se caractérise par l'étendue des signes cutanés sur l'ensemble du corps) s'observe plus particulièrement chez les personnes immunodéprimées et est souvent la conséquence d'un diagnostic tardif.

Localisations préférentielles des lésions



- 2.** Les lésions cutanées spécifiques de la gale, inconstamment retrouvées, se présentent sous forme de :
 - ✓ Fins sillons dont une extrémité est surélevée en papule où siège le sarcopte
 - ✓ Vésicules perlées qui se dessèchent en 48h

Le diagnostic n'est pas facilité par les manifestations cutanées qui peuvent être atypiques et modifiées par le grattage. Elles peuvent être confondues avec un eczéma.

- 3.** Notion de contact avec une personne atteinte ou de démangeaisons récentes parmi les membres de la famille (les premiers signes apparaissent environ 6 semaines après la contamination).

Classification de cas :

- 3. Cas certain :** tout sujet présentant un tableau de prurit cutané associé à des lésions de gale diagnostiqué par un médecin ou identification du sarcoptes scabiei à l'examen direct avec dermatoscope.

- 4. Cas probable :** tout sujet présentant soit un prurit, soit des lésions et qui a été en contact avec un cas certain.

- 5. Cas groupés :** 2 cas survenant à moins de 6 semaines d'intervalle au sein d'une même collectivité.

Remarque : si plusieurs cas au sein d'une même fratrie, considérer ces cas comme « cas isolé » car contamination extra scolaire donc les mesures à prendre dans le milieu scolaire sont les mêmes que pour un cas isolé.

MESURES A PRENDRE AUTOUR D'UN CAS

En premier lieu, il convient de joindre le conseiller technique (médecin, infirmier) départemental de l'éducation nationale.

1. Se concerter en équipe avec la direction et le service municipal en charge de l'école et du périscolaire si 1^{er} degré. La **fiche réflexe (Annexe 1)** peut être diffusée pour favoriser le partage d'information sur la pathologie et son traitement.
2. Mener des investigations autour du/des cas afin de :
 - S'assurer du diagnostic en contactant le médecin qui l'a posé.
 - Vérifier la prescription du traitement médicamenteux (cutané/oral) et les préconisations données pour la réalisation du traitement environnemental (désinfections des vêtements et du linge) par la famille.
3. Identifier dans la communauté scolaire les contacts proches constituant le premier cercle (toute personne ayant eu un contact cutané direct et prolongé avec le cas : voisins de chambre, sports de contact, partenaires sexuels) et leur demander de consulter leur médecin pour une mise sous traitement préventif :
 - médicamenteux (par voie cutanée ou orale) ;
 - environnemental : lavage à plus de 60°C (avec si possible repassage) ou stockage dans un sac plastique fermé (au moins 3 jours) des vêtements, chaussures, linge de toilette, draps et taies d'oreillers, objets textiles ... utilisés dans les 3 jours précédents.

⇒ L'information des parents des enfants contacts proches se fait sur la base de **Annexes 2 et 3**.
4. Informer le personnel, les internes et les autres élèves en contact moins rapproché (2^{ème} cercle).
L'affichage se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 4**. L'information des parents et du personnel se fait sur la base des modèles régionaux fournis en **Annexe 5 et Annexe 6**.
L'information écrite aux parents et à la communauté scolaire est assurée par le chef d'établissement ou le directeur d'école qui au préalable prend l'attache du conseiller technique départemental (médecin ou infirmier).
5. Renforcer les mesures d'hygiène (lavage soigneux et fréquent des mains).
6. Pour le ménage de l'internat et la décontamination, demander au personnel de se protéger avec des gants jetables et une blouse lavable à 60°C (ou à usage unique) : la chambre est nettoyée comme d'ordinaire, les draps mis en sac pour le transport et lavés à plus de 60°C, la literie désinsectisée avec un acaricide (par exemple A-par, pendant 4 heures, sans utilisation dans les 12 heures suivantes). Les vêtements de travail utilisés par les agents sont soit jetés (quand ils sont à usage unique), soit traités (lavage à plus de 60°C).
7. **Tous les traitements doivent être faits dans le même temps** : celui des personnes atteintes et de leurs contacts identifiés, et celui des textiles de l'environnement de tous les sujets traités.
8. La personne atteinte et traitée pourra réintégrer la collectivité 72h après la réalisation du traitement.
9. **Important** : le **traitement médicamenteux curatif (pour les cas) doit être renouvelé 8 jours plus tard.**
10. Si survenue de plusieurs cas, transmettre l'**Annexe 7** (tableau récapitulatif de l'épisode) à l'ARS. Une épidémie est considérée comme terminée lorsqu'il n'y a pas eu de nouveau cas pendant les six semaines suivant le traitement

NB : en cas de difficultés, prendre l'attache de l'ARS à n'importe quelle étape de la procédure via le PFR au 0809.404.900/ars-bfc-alerte@ars.sante.fr

Références / Bibliographie :

Avis et rapport du HCSP sur la conduite à tenir en cas de survenue d'un ou plusieurs cas de gale, 2013, consultable à l'adresse <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=312>" [consulté le 03/02/2023]

Fiche Réflexe sur la lutte contre la gale

A l'attention des responsables des collectivités / accueils collectifs de mineurs.

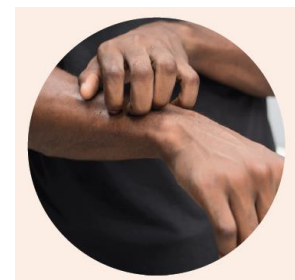
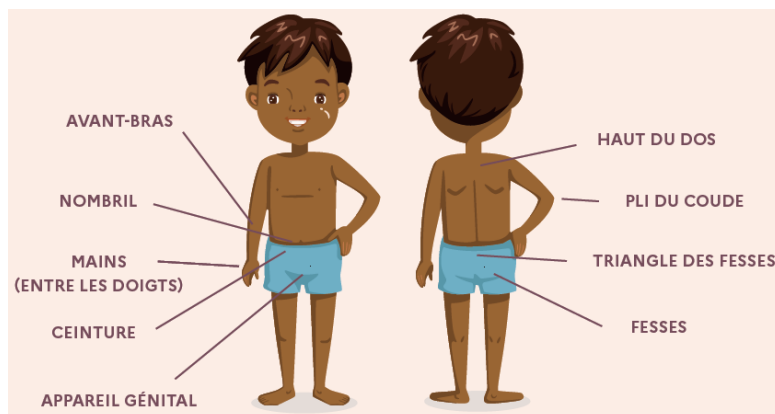
L'affection gale



La gale est une infection cutanée, sans gravité, due à un parasite de la famille des acariens, invisible à l'œil nu, appelé « sarcopte ». Ce parasite se loge et circule sous la peau en creusant de petits tunnels appelés sillons.

La gale est une maladie infectieuse dont ils existent des formes communes et des formes plus sévères.

- La **gale commune** se manifeste par des démangeaisons intenses qui surviennent surtout la nuit, au niveau de certaines parties du corps, en particulier les plis (entre les doigts et les poignets pour l'essentiel. Le visage, le cou et le cuir chevelu ne sont en général pas touchés...)
 - o Contrairement à une idée répandue, la gale commune est peu contagieuse. La contamination se fait par contacts directs et prolongés peau à peau avec une personne atteinte ou, exceptionnellement, par contacts indirects avec des tissus très contaminés (linge de corps, draps).
- La **gale avec des lésions plus sévères** (profuses, surinfectées, hyperkératosiques)
 - o La gale profuse a une contagiosité plus importante



Les premiers signes apparaissent une à six semaines après la contamination (le risque de transmission, bien que faible, existe pendant la phase d'incubation).

Le lavage des mains avec savon est essentiel pour éliminer le parasite sur la peau et ainsi limiter la contamination. Attention ! Les solutions hydro alcooliques ne sont pas efficaces contre le sarcopte.

La gale est une **maladie dermatologique bénigne mais qui nécessite un traitement** rigoureux et coordonné, car elle ne se guérit pas sans traitement.

Compte tenu de la connotation sociale négative de la gale et de la crainte que suscite le risque de contagion, il importe de veiller à une **information claire et complète** à l'aide d'outils illustrés et/ou traduits en plusieurs langues.

Le diagnostic

Le diagnostic clinique de la gale est évoqué sur un triptyque :

- Une envie impérieuse de se gratter (sans le vouloir ou sans pouvoir se contrôler) entre les plis (doigts, poignets...) très pénible à supporter, et pouvant également provoquer des insomnies,
- Des lésions cutanées,
- Un ou plusieurs cas de gale dans l'environnement proche de la personne.

Le diagnostic de la gale doit être établi par un médecin.

Le traitement

Le traitement de la gale est prescrit par un médecin généraliste ou dermatologue / parasitologue.

Sa réussite repose sur le traitement simultané de la personne atteinte, de ses vêtements, du linge, de son environnement de vie (couverture, tente, sac de couchage...) **et de ses contacts proches** (à savoir des personnes ayant eu des contacts cutanés avec elle ou ayant partagé son environnement (ex. même matelas).

Noter qu'il n'y a pas de « personne contact de personne contact qui soit à risque ».

Le traitement des personnes :

Il existe deux grandes familles de traitement :

- traitement oral (en comprimés), pour les adultes et les enfants de plus de 15 Kg
- traitement local (crème ou lotion), à utiliser préférentiellement pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 15 kgs

Le médecin peut prescrire l'un ou l'autre, voire les deux.

Il est nécessaire de renouveler le traitement une semaine plus tard.

Quel que soit le traitement préconisé par le médecin, celui-ci est à compléter par une désinfection de tout le linge utilisé depuis les 3 jours précédant le diagnostic et par un nettoyage classique de l'environnement.

Une personne atteinte peut réintégrer la collectivité 72 heures après la réalisation du 1er traitement.

ATTENTION: Après le traitement, les démangeaisons régressent le plus souvent en 2 à 3 jours, mais elles peuvent persister quelques semaines sans pour autant être un signe d'échec de celui-ci : il s'agit donc de surveiller sans retraiter itérativement la personne.

Le traitement de l'entourage (sujets contacts) :

Ceci dépend de la proximité avec la personne malade et du type de gale.

En cas de gale commune, le traitement peut être limité au 1^{er} cercle des personnes ayant eu un contact cutané prolongé avec le cas (entourage familial proche, partenaires sexuels, personnes qui partagent la même chambre...)

En cas de gale profuse, il peut être nécessaire de traiter les personnes vivant dans la même collectivité voire les personnes fréquentant la même collectivité (en fonction des activités).

Le traitement des vêtements et du linge :

Un simple lavage en machine à 60° permet de décontaminer les vêtements, le linge de toilette et le linge de lit utilisés au cours des 3 derniers jours.

Dans le cas où le linge ne peut être lavé en machine à cette température, il est nécessaire :

- soit d'enfermer le linge dans un sac plastique hermétique et de le traiter avec un acaricide fourni en pharmacie (EX. A-PAR ou ENVIROSCAB) pendant 8 heures minimum, puis de laver ensuite selon un cycle normal à 30 degrés.

- soit d'enfermer le linge dans un sac plastique hermétique sans traitement acaricide mais pendant au moins 3 jours (si gale commune) voir 8 jours (si gale profuse).

En collectivité, le même traitement peut être appliqué par précaution à tous les objets en tissus (doudous, couvertures pour la sieste, serviettes...).

Le personnel portera une blouse jetable (ou lavable à 60°C) et des gants pour manipuler le linge.

Le traitement des locaux :

Il est nécessaire de **pulvériser un acaricide sur les fauteuils, chaises, coussins et canapés en tissus non lavable s'ils ont été souvent utilisés par la personne atteinte dans les jours précédents.**

Les produits acaricides ne doivent pas être manipulés par ou en présence d'une personne asthmatique et sont à utiliser loin de toute flamme et dans une pièce aérée.

Il n'y a pas lieu de traiter l'ensemble des locaux et des surfaces avec un acaricide. Un nettoyage simple (aspirateur, lavage) des locaux et du mobilier est suffisant.

Mesures d'hygiène collective en école en cas de gale

- Réintégration de la personne atteinte dans la collectivité
72 heures après la réalisation du traitement
- Renforcement des mesures d'hygiène (lavage soigneux des mains et ongles coupés courts) et mise à disposition **d'essuie-mains jetables pendant au moins 6 semaines (solution hydro-alcoolique inefficace)**
- **Information des familles et des personnels** enseignants et municipaux de l'école et lavage soigneux des mains (eau et savon)
- **Désinsectisation des draps, taies d'oreillers, couvertures et literies, des sites (recouverts de tissus) de regroupement** des enfants et des objets d'usage collectif avec revêtement textile (**tapis**, coussins, canapés, peluches...) par l'une des techniques suivantes :
 - soit un lavage à plus de 60°C et si possible repassage
 - soit un séjour hors contact de tout phanère pendant au moins 3 jours (dans un sac en plastique)
 - soit, lorsque l'un des traitements cités ci-dessus ne peut pas être mis en œuvre, l'utilisation d'un acaricide (spray Apar* ou Baygon* Vert)
- **Limitation des échanges** d'objets mousse et de textiles entre les enfants (pas d'échanges de chaussons notamment).

Information aux parents d'élèves contacts proches du cas

Un cas de **gale** a été signalé au sein de l'établissement scolaire.

La gale est une infection cutanée sans gravité, due à un parasite de la famille des acariens, invisible à l'œil nu, appelé « sarcopte ». Elle se manifeste par des démangeaisons qui surviennent surtout la nuit, au niveau de certaines parties du corps, en particulier les plis (entre les doigts et les poignets pour l'essentiel).

La contamination se fait par contacts directs et prolongés peau à peau avec une personne atteinte ou, exceptionnellement, par contacts indirects avec des tissus très contaminés (linge de corps, draps).

La gale nécessite un traitement rigoureux et coordonné de la personne atteinte, des personnes proches, de leurs vêtements et du linge de lit.

Votre enfant faisant partie des sujets contacts proches, il est recommandé de consulter votre médecin traitant pour la mise en place d'un traitement anti-parasitaire associé à la désinfection de ses vêtements, de son linge de lit et de toilette et tout objet personnel en tissu utilisé au cours des 3 derniers jours.

Information aux parents d'élèves contacts proches du cas

Un cas de **gale** a été signalé au sein de l'établissement scolaire.

La gale est une infection cutanée sans gravité, due à un parasite de la famille des acariens, invisible à l'œil nu, appelé « sarcopte ». Elle se manifeste par des démangeaisons qui surviennent surtout la nuit, au niveau de certaines parties du corps, en particulier les plis (entre les doigts et les poignets pour l'essentiel).

La contamination se fait par contacts directs et prolongés peau à peau avec une personne atteinte ou, exceptionnellement, par contacts indirects avec des tissus très contaminés (linge de corps, draps).

La gale nécessite un traitement rigoureux et coordonné de la personne atteinte, des personnes proches, de leurs vêtements et du linge de lit.

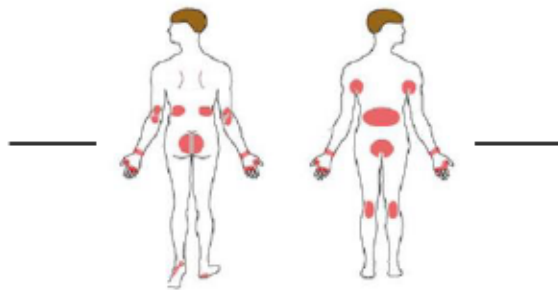
Votre enfant faisant partie des sujets contacts proches, il est recommandé de consulter votre médecin traitant pour la mise en place d'un traitement anti-parasitaire associé à la désinfection de ses vêtements, de son linge de lit et de toilette et tout objet personnel en tissu utilisé au cours des 3 derniers jours.

Qu'est ce que la gale ?

La Gale est une infection cutanée contagieuse, due à un parasite invisible à l'œil nu appelé « sarcopte », qui se loge sous la peau. Cette maladie est le plus souvent bénigne et n'a pas forcément de lien avec la propreté ni l'hygiène personnelle.

LA GALE

La gale est une maladie bénigne mais qui nécessite un traitement rigoureux et coordonné.



Quels sont les signes à reconnaître?

Il existe plusieurs formes de gale:

- La gale commune, la plus fréquente, se manifeste par des démangeaisons intenses qui surviennent surtout la nuit, au niveau de certaines parties du corps, en particulier les plis (entre les doigts, poignets, coudes...)
- La gale profuse se caractérise par l'étendue des signes cutanés sur l'ensemble du corps. Elle s'observe plus particulièrement chez les personnes immunodéprimées et les personnes âgées et est souvent la conséquence d'un diagnostic tardif. Si un de ces signes apparaît, consultez un médecin.

Comment se transmet-elle?

La contamination se fait par **contacts directs et prolongés peau à peau** avec une personne atteinte de la gale ou, exceptionnellement, par contacts indirects avec des tissus très contaminés (linge de corps, draps).

Les premiers signes apparaissent une à six semaines après la contamination. **Avant les démangeaisons, la contagiosité est considérée comme très faible.**

Comment éviter la transmission ?

Dans le cadre d'une fréquentation d'une collectivité, une éviction de 3 jours après la prise du traitement peut être demandée.

Attention ! Si vous êtes infesté et que vous travaillez en collectivité, il est recommandé d'en informer votre médecin de santé au travail.

Se laver les mains soigneusement.
Utiliser des essuie-mains à usage unique.
Ne pas échanger les vêtements.
Attention : les solutions hydro alcooliques ne sont pas efficaces contre le parasite de la gale.

Le traitement

Pour que le traitement de la gale soit efficace, il faut traiter simultanément : la personne atteinte de la gale , ses contacts proches*, leur linge et leur environnement.

1 LE PREMIER JOUR, traiter en même temps la personne atteinte et ses contacts proches*

Le diagnostic de gale doit être confirmé par un médecin qui prescrira le traitement adapté.

Il existe deux types de traitements contre le parasite de la gale :

- un traitement oral à prendre à jeun soit 2h avant, soit 2h après le repas
- un traitement cutané (crème, émulsion, spray)

Dans les 2 cas, **le traitement est à renouveler une semaine plus tard.**

Après le traitement, les démangeaisons peuvent persister une à deux semaines sur les zones déjà touchées, sans pour autant être un signe d'échec du traitement. Au-delà, il est conseillé de revoir son médecin.

Attention: la période de surveillance clinique est de 6 semaines à dater du 1^{er} jour du traitement.

2 LE LENDEMAIN : traiter le linge de la personne atteinte et de ses contacts proches*

Le linge sera traité dès le lendemain du traitement médical. Il s'agit du linge de lit ,du linge de toilette ainsi que des vêtements portés dans les huit jours précédents.

1- **Linge lavable à 60°C** avec les produits de lavage habituels.

2- **Linge non lavable à 60°C** : 2 solutions:

- Désinfection avec un produit acaricide acheté en pharmacie.
- Mettre le linge dans des sacs plastiques fermés au moins trois jours (sans oublier les chaussures) et ne pas y retoucher.

3 LE LENDEMAIN : traiter l'environnement

Un nettoyage classique (aspiration, lavage) des locaux et du mobilier doit toujours être réalisé avec une aspiration minutieuse des matériaux en tissus ou absorbants (matelas, fauteuils, tapis, etc..)

La pulvérisation d'un acaricide n'est pas nécessaire en cas de gale commune. En revanche, il est indiqué en cas de nombre important de cas et/ou de répétition des épisodes.

L'usage d'un **nettoyeur vapeur** est une alternative efficace pour traiter l'environnement.

Il n'y a pas de risque de contamination par les surfaces lisses (vaisselle, couverts, tables, stylos, téléphones, etc.).

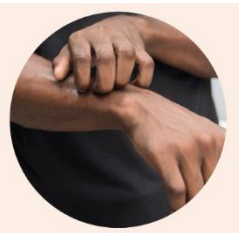
*Contacts proches : personnes ayant des contacts cutanés prolongés avec une autre personne atteinte de gale (vivant sous le même toit, ayant des relations sexuelles, apportant des soins, etc.)

Référence : Avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 9 novembre 2012 relatif à l'actualisation des recommandations sur la conduite à tenir en cas de gale

Un cas de **GALE** a été signalé



- La gale est une **infection cutanée sans gravité**, due à un parasite de la famille des acariens, invisible à l'œil nu, appelé « sarcopte ».
- Elle se manifeste par des **démangeaisons** qui surviennent **surtout la nuit**, au niveau de certaines parties du corps, en particulier les plis (entre les doigts et les poignets pour l'essentiel).
- La gale commune est **peu contagieuse**. La contamination se fait par **contacts directs et prolongés peau à peau** avec une personne atteinte ou, **exceptionnellement, par contacts indirects avec des tissus très contaminés** (linge de corps, draps).
- La gale **nécessite un traitement rigoureux et coordonné de la personne atteinte, des personnes proches (qui vivent avec elle), de leurs vêtements et du linge de lit.**
- **Si vous ou vos enfants présentez des signes évocateurs : consultez votre médecin sans tarder.** Une personne atteinte peut réintégrer la collectivité 72 heures après la réalisation du traitement.
- Le **lavage des mains à l'eau et au savon** est important pour éliminer le parasite sur la peau et limiter la contamination (solution hydro-alcoolique inefficace).



Un cas de **gale** a été signalé au sein de l'établissement scolaire.

La gale est une infection cutanée sans gravité, due à un parasite de la famille des acariens, invisible à l'œil nu, appelé « sarcopte ». Elle se manifeste par des démangeaisons qui surviennent surtout la nuit, au niveau de certaines parties du corps, en particulier les plis (entre les doigts et les poignets pour l'essentiel).

Elle est peu contagieuse. La contamination se fait par contacts directs et prolongés peau à peau avec une personne atteinte ou, exceptionnellement, par contacts indirects avec des tissus très contaminés (linge de corps, draps).

Dans ce contexte, nous vous recommandons de :

- Renforcer les mesures d'hygiène, notamment le lavage des mains (et ongles coupés courts),
- Consulter votre médecin traitant en cas d'apparition de démangeaisons en lui signalant ce cas de gale.

Si votre enfant devait déclarer la maladie, il devra être placé en éviction scolaire et revenir que 72 heures après la réalisation du traitement.

Un cas de **gale** a été signalé au sein de l'établissement scolaire.

La gale est une infection cutanée sans gravité, due à un parasite de la famille des acariens, invisible à l'œil nu, appelé « sarcopte ». Elle se manifeste par des démangeaisons qui surviennent surtout la nuit, au niveau de certaines parties du corps, en particulier les plis (entre les doigts et les poignets pour l'essentiel).

Elle est peu contagieuse. La contamination se fait par contacts directs et prolongés peau à peau avec une personne atteinte ou, exceptionnellement, par contacts indirects avec des tissus très contaminés (linge de corps, draps).

Dans ce contexte, nous vous recommandons de :

- Renforcer les mesures d'hygiène, notamment le lavage des mains (et ongles coupés courts),
- Consulter votre médecin traitant en cas d'apparition de démangeaisons en lui signalant ce cas de gale.

Si votre enfant devait déclarer la maladie, il devra être placé en éviction scolaire et revenir que 72 heures après la réalisation du traitement.

Un cas de **gale** a été signalé au sein de l'établissement scolaire.

La gale est une infection cutanée sans gravité, due à un parasite de la famille des acariens, invisible à l'œil nu, appelé « sarcopte ». Elle se manifeste par des démangeaisons qui surviennent surtout la nuit, au niveau de certaines parties du corps, en particulier les plis (entre les doigts et les poignets pour l'essentiel).

Elle est peu contagieuse. La contamination se fait par contacts directs et prolongés peau à peau avec une personne atteinte ou, exceptionnellement, par contacts indirects avec des tissus très contaminés (linge de corps, draps).

Dans ce contexte, nous vous recommandons de :

- Renforcer les mesures d'hygiène, notamment le lavage des mains (et ongles coupés courts),
- Consulter votre médecin traitant en cas d'apparition de démangeaisons en lui signalant ce cas de gale.

Si vous deviez déclarer la maladie, vous devrez respecter une éviction de la collectivité et revenir que 72 heures après la réalisation du traitement.

Un cas de **gale** a été signalé au sein de l'établissement scolaire.

La gale est une infection cutanée sans gravité, due à un parasite de la famille des acariens, invisible à l'œil nu, appelé « sarcopte ». Elle se manifeste par des démangeaisons qui surviennent surtout la nuit, au niveau de certaines parties du corps, en particulier les plis (entre les doigts et les poignets pour l'essentiel).

Elle est peu contagieuse. La contamination se fait par contacts directs et prolongés peau à peau avec une personne atteinte ou, exceptionnellement, par contacts indirects avec des tissus très contaminés (linge de corps, draps).

Dans ce contexte, nous vous recommandons de :

- Renforcer les mesures d'hygiène, notamment le lavage des mains (et ongles coupés courts),
- Consulter votre médecin traitant en cas d'apparition de démangeaisons en lui signalant ce cas de gale.

Si vous deviez déclarer la maladie, vous devrez respecter une éviction de la collectivité et revenir que 72 heures après la réalisation du traitement.

Signalement d'épisode de cas groupés de gale en milieu scolaire : tableau récapitulatif des sujets malades

Nom médecin et/ou IDE scolaire :

Coordonnées tél et courriel :

Nom et adresse de la structure :

Nombre total d'élèves : Nombre de classes : Nombre d'internes :

Si internat ou sieste, description précise des locaux (*Nb dortoirs, nb de lits/dortoirs, salle commune, salle de bain...*) :

*1 = cas certain (confirmé par un médecin) 2 = cas probable (non confirmé par médecin mais qui présente des signes évocateurs) 3 = cas contact (personne exposée à un cas certain - contact régulier, rapproché, même chambre en internat, échanges de vêtements, vivant sous le même toit...)

** Statut : élèves, résidents, personnels Interne, DP...

** *manifestations cliniques = indiquer la **date de début du prurit** ; localisations du prurit ; localisations et type des lésions...

Code couleurs : **Cas** si problème **Cas** si tout va bien **Restant à faire**

Nom – Prénom Age – Classe Statut* Lien entre les cas (chaîne de contamination)	Cas ** Date de diagnostic	Coordonnées (adresse et téléphone)	Manifestations cliniques *** Evolution clinique (récidive, guérison)	Médecin traitant (coordonnées et date de consultation) Eviction scolaire (date)	Traitement (Nom et date de la prise) Si curatif indiquer le nombre de doses	Mesures prises au sein de l'établissement : - Traitement de l'environnement - Information élèves/parents (joindre le document)	Localisation de l'élève (Préciser localisation de l'élève dans l'internat)	Traitement de l'entourage extrascolaire (description de la famille et des amis - Préciser si traitement préventif prescrit pour chacun et si consignes traitement de l'environnement données)

Document à renvoyer à l'ARS via la page de dépôt sécurisée accessible via ce lien : <https://bluefiles.orange-business.com/arsbfc/page-de-depot-ars-bfc-veille-et-securite-sanitaire-infectieux> ou ce QR code :



Procédure Hépatite A ARS – EN

Procédure Hépatite A ARS - EN

Mise à jour février 2023

Agent pathogène	<i>Virus de l'hépatite A</i>
Source et mode de contamination	6. Direct (de personne à personne) féco-oral 7. Indirect par consommation d'eau/aliments contaminés
Période d'incubation	15 à 50 jours, en moyenne 30 jours
Contagiosité	Forte. L'excrétion virale dans les selles débute 3 à 10 jours avant l'apparition des signes cliniques (particulièrement élevée dans les 15 jours avant l'ictère) et ne dépasse pas en moyenne 3 semaines après le début des signes cliniques
Populations présentant un risque de gravité	8. Toute personne, enfant ou adulte, en contact avec des selles 9. Personnes atteintes d'une hépatopathie chronique/mucoviscidose 10. Femmes enceintes et allaitantes

DEFINITION DE CAS

L'**expression clinique** de l'hépatite A se compose d'une **phase préictérique de 1-3 semaines** (fièvre, asthénie, nausées, douleurs abdominales, arthralgies, urticaires) suivie d'un ictère et d'un syndrome cholestatique (urines foncées et selles décolorées). La phase préictérique est souvent asymptomatique chez l'enfant.

L'évolution est en général favorable en 10-15 jours (le principal risque de complication étant l'évolution vers une hépatite fulminante pouvant entraîner le décès).

Le **diagnostic biologique** repose essentiellement sur la sérologie par la mise en évidence d'IgM anti-VHA.

Sérologie remboursée par l'Assurance maladie.

MESURES A PRENDRE DANS LA COLLECTIVITE

1. Eviction de 10 jours à compter du début de l'ictère ou des signes cliniques.

2. Affichage et information écrite des familles et du personnel.

L'affichage se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 1**.

L'information se fait:

- sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 2** pour les parents,
- sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 3** pour le personnel.

L'information écrite aux parents et à la communauté scolaire est assurée par le chef d'établissement ou le directeur d'école qui au préalable prend l'attache du conseiller technique départemental (médecin ou infirmier).

3. Application strictes des mesures d'hygiène au sein de l'établissement scolaire (lavage des mains +++).

La prévention de l'hépatite A repose sur l'hygiène personnelle et collective :

- **Hygiène des mains** : se laver les mains après être allé aux toilettes, après avoir fait le change, avant de préparer les repas, avant de manger, avant de donner à manger
- Utilisation de savon liquide et serviettes jetables.

- Augmentation de la fréquence de nettoyage des sanitaires (cuvette, bouton de chasse d'eau, poignées de porte, robinets) avec de l'eau de javel diluée.
- Utilisation de gants de ménage pour le personnel d'entretien.
- En maternelle/internat : lavage des draps de couchage une fois par semaine et rinçage à l'eau de javel (lessive à 90°C) ou remise des draps aux parents en cas de draps personnels.
- En maternelle : désinfecter les objets portés à la bouche tous les jours avec de l'eau javellisée, puis les rincer et les essuyer.
- Au niveau de la cantine : Laver la vaisselle au lave-vaisselle avec un programme à haute température. Si vaisselle faite à la main, laver avec un produit détergent habituel avec de l'eau chaude + ajout de javel dans la dernière eau de rinçage. Nettoyage des plans de travail et tables à l'eau javellisée.

Ces mesures d'hygiène sont à mettre en place **dès le début des symptômes du premier cas et à poursuivre pendant huit semaines après le dernier cas.**

Elles doivent être supervisées pour qu'elles soient appliquées. Les affichettes proposées en **Annexes 4 et 5** peuvent servir de support d'information.

- 4. Recommander la vaccination pour les personnels impliqués dans la préparation alimentaire en restauration collective.**

Références / Bibliographie :

- Calendrier vaccinal en vigueur
- Site Vaccination Info Service de Santé Publique France : <https://vaccination-info-service.fr>
- Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif aux recommandations de vaccination préventive ciblée contre l'hépatite A. 13 février 2009 Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20090213_HepARecomm.pdf
- Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la vaccination autour d'un ou de plusieurs cas d'hépatite A. 13 février 2009 Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20090213_HepACas.pdf
- Guide pour l'investigation, la prévention et l'appui à la gestion des d'hépatite aiguë A Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a/documents/guide/guide-pour-l-investigation-la-prevention-et-l-appui-a-la-gestion-des-cas-d-hepatite-aigue-a>

Un cas d'**HEPATITE A** a été signalé dans l'établissement

L'hépatite A est une maladie infectieuse contagieuse, due à un virus, qui peut être grave chez les personnes souffrant de pathologies du foie ou de mucoviscidose, chez la femme enceinte ou allaitante.

Si votre enfant présente une fièvre et/ou des douleurs abdominales, des vomissements, de la diarrhée... il est recommandé de consulter auprès de votre médecin traitant.

Pour les cas avérés, une éviction scolaire est recommandée jusqu'à 10 jours à compter de la date de début des signes cliniques.

Un cas d'hépatite A aiguë a été signalé au sein de l'établissement scolaire.

Cette affection est une infection virale contagieuse, la plupart du temps bénigne, qui se transmet de deux manières différentes :

- par contact direct de personne à personne (virus dans les selles et la salive),
- à partir de l'environnement, par contact indirect avec des aliments, des eaux ou des objets contaminés.

La plupart du temps, l'enfant ne présente aucun signe de la maladie mais certains symptômes peuvent se manifester : fièvre, asthénie, nausées, douleurs abdominales suivies d'un ictère (jaunisse).

Le malade est contagieux une semaine avant l'apparition de l'ictère et 10 jours après, raison pour laquelle l'hépatite A fait l'objet d'une déclaration obligatoire (par le médecin qui fait le diagnostic) auprès de l'Agence Régionale de Santé et amène des mesures particulières pour éviter qu'elle ne se propage.

Parmi ces mesures à mettre en place autour d'un cas d'hépatite A, nous vous recommandons de :

- Renforcer les **mesures d'hygiène à la maison, notamment le lavage des mains +++**,
- De consulter votre médecin traitant si votre enfant présentait les signes cliniques précités et/ou s'il présente une maladie du foie ou une mucoviscidose.

Si votre enfant devait déclarer la maladie, il devra être placé en éviction scolaire jusqu'à 10 jours après la date de début des signes.

Un cas d'hépatite A aiguë a été signalé au sein de l'établissement scolaire.

Cette affection est une infection virale contagieuse, la plupart du temps bénigne, qui se transmet de deux manières différentes :

- par contact direct de personne à personne (virus dans les selles et la salive),
- à partir de l'environnement, par contact indirect avec des aliments, des eaux ou des objets contaminés.

La plupart du temps, l'enfant ne présente aucun signe de la maladie mais certains symptômes peuvent se manifester : fièvre, asthénie, nausées, douleurs abdominales suivies d'un ictère (jaunisse).

Le malade est contagieux une semaine avant l'apparition de l'ictère et 10 jours après, raison pour laquelle l'hépatite A fait l'objet d'une déclaration obligatoire (par le médecin qui fait le diagnostic) auprès de l'Agence Régionale de Santé et amène des mesures particulières pour éviter qu'elle ne se propage.

Parmi ces mesures à mettre en place autour d'un cas d'hépatite A, nous vous recommandons de :

- Renforcer les **mesures d'hygiène à la maison, notamment le lavage des mains +++**,
- De consulter votre médecin traitant si votre enfant présentait les signes cliniques précités et/ou s'il présente une maladie du foie ou une mucoviscidose.

Si votre enfant devait déclarer la maladie, il devra être placé en éviction scolaire jusqu'à 10 jours après la date de début des signes.

Un cas d'hépatite A aiguë a été signalé au sein de l'établissement scolaire.

Cette affection est une infection virale contagieuse, la plupart du temps bénigne, qui se transmet de deux manières différentes :

- par contact direct de personne à personne (virus dans les selles et la salive),
- à partir de l'environnement, par contact indirect avec des aliments, des eaux ou des objets contaminés.

La plupart du temps, la personne atteinte ne présente aucun signe de la maladie mais certains symptômes peuvent se manifester : fièvre, asthénie, nausées, douleurs abdominales suivies d'un ictère (jaunisse).

Le malade est contagieux une semaine avant l'apparition de l'ictère et 10 jours après, raison pour laquelle l'hépatite A fait l'objet d'une déclaration obligatoire (par le médecin qui fait le diagnostic) auprès de l'Agence Régionale de Santé et amène des mesures particulières pour éviter qu'elle ne se propage.

Parmi ces mesures à mettre en place autour d'un cas d'hépatite A, nous vous recommandons de :

- Renforcer les **mesures d'hygiène à la maison, notamment le lavage des mains +++**,
- De consulter votre médecin traitant si vous présentez les signes cliniques précités et/ou si vous êtes atteint d'une maladie du foie ou une mucoviscidose.

Si vous deviez déclarer la maladie, vous devrez être tenu à l'écart de toute collectivité jusqu'à 10 jours après la date de début des signes.

Un cas d'hépatite A aiguë a été signalé au sein de l'établissement scolaire.

Cette affection est une infection virale contagieuse, la plupart du temps bénigne, qui se transmet de deux manières différentes :

- par contact direct de personne à personne (virus dans les selles et la salive),
- à partir de l'environnement, par contact indirect avec des aliments, des eaux ou des objets contaminés.

La plupart du temps, la personne atteinte ne présente aucun signe de la maladie mais certains symptômes peuvent se manifester : fièvre, asthénie, nausées, douleurs abdominales suivies d'un ictère (jaunisse).

Le malade est contagieux une semaine avant l'apparition de l'ictère et 10 jours après, raison pour laquelle l'hépatite A fait l'objet d'une déclaration obligatoire (par le médecin qui fait le diagnostic) auprès de l'Agence Régionale de Santé et amène des mesures particulières pour éviter qu'elle ne se propage.

Parmi ces mesures à mettre en place autour d'un cas d'hépatite A, nous vous recommandons de :

- Renforcer les **mesures d'hygiène à la maison, notamment le lavage des mains +++**,
- De consulter votre médecin traitant si vous présentez les signes cliniques précités et/ou si vous êtes atteint d'une maladie du foie ou une mucoviscidose.

Si vous deviez déclarer la maladie, vous devrez être tenu à l'écart de toute collectivité jusqu'à 10 jours après la date de début des signes.

PREVENTION DE L'HEPATITE A AIGUE : MESURES D'HYGIENE EN COLLECTIVITE

Comment se laver les mains ?


- 


Mouillez-vous les mains
avec de l'eau
- 

Versez du savon
dans le creux de votre main
- 

Frottez-vous les mains de 15 à 20 secondes :
les doigts, les paumes, le dessus des mains
et les poignets
- 

Entrelacez vos mains pour nettoyer
la zone entre les doigts
- 

Nettoyez également
les ongles
- 

Rincez-vous
les mains sous l'eau
- 

Séchez-vous les mains si possible
avec un **essuie-main** à usage unique
- 


Fermez le robinet avec l'essuie-main
puis jetez-le dans une poubelle


PREVENTION DE L'HEPATITE A AIGUE : MESURES D'HYGIENE EN COLLECTIVITE


Pour contacter l'ARS : 0809.404.900 ou ars-bfc-alerte@ars.sante.fr


La prévention de l'hépatite A repose sur l'hygiène personnelle et collective, en particulier **l'hygiène des mains** : se laver les mains après être allé aux toilettes, après avoir fait le change, avant de préparer les repas, avant de manger, avant de donner à manger.


Comment se laver les mains ?


- 


Mouillez-vous les mains
avec de l'eau
- 

Versez du savon
dans le creux de votre main
- 

Frottez-vous les mains de 15 à 20 secondes :
les doigts, les paumes, le dessus des mains
et les poignets
- 

Entrelacez vos mains pour nettoyer
la zone entre les doigts
- 

Nettoyez également
les ongles
- 

Rincez-vous
les mains sous l'eau
- 

Séchez-vous les mains si possible
avec un **essuie-main** à usage unique
- 

Fermez le robinet avec l'essuie-main
puis jetez-le dans une poubelle

- Lavage supervisé des mains après passage aux toilettes.
- Lavage supervisé des mains avant les repas.
- Utilisation de savon liquide et serviettes jetables.
- Augmentation de la fréquence de nettoyage des sanitaires (cuvette, bouton de chasse d'eau, poignées de porte, robinets) avec de l'eau de javel diluée.
- Utilisation de gants de ménage pour le personnel d'entretien.
- En maternelle/internat : lavage des draps de couchage une fois par semaine et rinçage à l'eau de javel (lessive à 90°C) ou remise des draps aux parents en cas de draps personnels.
- En maternelle : désinfecter les objets portés à la bouche tous les jours avec de l'eau javellisée, puis les rincer et les essuyer.
- Au niveau de la cantine : Laver la vaisselle au lave-vaisselle avec un programme à haute température. Si vaisselle faite à la main, laver avec un produit détergent habituel avec de l'eau chaude + ajout de javel dans la dernière eau de rinçage. Nettoyage des plans de travail et tables à l'eau javellisée.

Ces mesures d'hygiène sont à mettre en place **dès le début des symptômes du premier cas et à poursuivre pendant huit semaines après le dernier cas.**

RAPPEL

L'eau de Javel doit être **diluée correctement, utilisée dans l'eau froide et ne jamais être mélangée à un autre produit (détergent, détartrant...).**

Dosage à respecter pour une efficacité maximale :

- ✓ **A partir d'un berlingot à 9,6% de chlore actif : 1 berlingot pour 1 litre.**
- ✓ **A partir d'une solution déjà diluée (bidon à 2,6% de chlore actif) :**
 - **Plans de travail, machines, matériels = 2 verres pour 10 litres ; 5 minutes d'action**
 - **Poubelles = 3 litres pour 10 litres ; 15 minutes d'action**
 - **Sanitaires = 1,5 verres dans la chasse d'eau ; 15 minutes d'action**
 - **Vaisselle et ustensiles = 3/4 litre pour 50 litres ; 15 minutes d'action**
 - **Légumes = 3 cuillères à café pour 50 litres ; 5 minutes d'action**
 - **Planches à découper = sans autre dilution, par vaporisation sans noyade ; 5 à 10 minutes**

**Procédure Infections Invasives
à Méningocoques (IIM)
ARS - EN**

Procédure Infections Invasives à Méningocoques (IIM)

ARS - EN

Mise à jour février 2023

Les infections invasives à méningocoque sont des maladies à déclaration obligatoire

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/infections-invasives-a-meningocoque/la-maladie>

Agent pathogène	Neisseria meningitidis de séro groupe A, B, C, Y, W ou autre : bactérie (diplocoque gram négatif)
Source et mode de contamination	Contamination par contact direct (de personne à personne – à courte distance) répété et prolongé (plus d’une heure), à partir des sécrétions rhino-pharyngées. Une personne asymptomatique (« porteur sain ») peut transmettre la maladie.
Période d’incubation	2 à 10 jours
Contagiosité	Faible. De 7 jours avant le début de la maladie (en pratique 10 jours avant l’hospitalisation) jusqu’à 24 heures après le début du traitement par antibiotique efficace sur le portage.
Facteurs favorisants	<ul style="list-style-type: none">- Altération des défenses immunologiques- Altération de l’état de la muqueuse respiratoire- Cofacteurs infectieux (notamment la grippe)- Tabagisme- Promiscuité (milieu carcéral notamment)

DEFINITION DE CAS

Conformément à l’avis du Conseil supérieur d’hygiène public de France (CSHPF), est considéré comme IIM tout cas (bactériémies, méningites, arthrites, péricardites, etc.) remplissant **au moins un des critères** suivant :

1. **Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive** à partir d’un site normalement stérile ou à partir d’une lésion cutanée purpurique.
2. **Présence de diplocoques Gram négatif à l’examen microscopique du LCS.**
3. **LCS évocateur de méningite bactérienne purulente** (à l’exclusion de l’isolement d’une autre bactérie) **ET présence d’éléments purpuriques cutanés.**
4. **Présence d’un *purpura fulminans*.**

Tout cas répondant à au moins un de ces critères doit être signalé sans délai à l’ARS sans délai par téléphone, 24h/24.

MESURES A PRENDRE AUTOUR D’UN CAS CONFIRME

1. Diagnostic hospitalier : déclaration obligatoire par le clinicien ou biologiste, de façon immédiate, 24h/24, à l’ARS.
2. L’ARS prend contact avec le conseiller technique départemental (médecin ou infirmier), à défaut le médecin conseiller technique du recteur, pour informer du cas et définir les mesures à mettre en œuvre.

3. Identification des sujets contacts en milieu scolaire par le personnel de santé de l'éducation nationale de l'établissement, en lien avec l'ARS +/- le médecin de PMI en maternelle, pour recommandation d'une chimioprophylaxie :

Un sujet contact est une personne ayant été directement exposée aux sécrétions rhino-pharyngées d'un cas dans les dix jours précédant son hospitalisation.

L'évaluation du risque doit prendre en compte l'ensemble des critères suivants :

- La **proximité** : la transmission des sécrétions rhino-pharyngées est facilitée par une distance **de moins d'un mètre**.
- Le type de contact : il s'agit uniquement de contacts en **face à face**.
- La durée : le risque de contamination existe pour une durée dépassant **au moins une heure d'affilée**.
- Lors d'un contact « bouche à bouche », la durée importe peu.

Le partage d'un verre, faire la bise ne constitue pas un contact à risque.

INSTRUCTION N° DGS/SP/2018/163 du 27 juillet 2018 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque distingue différentes situations :

SITUATIONS	Antibioprophylaxie recommandée	Antibioprophylaxie NON recommandée sauf exceptions*
Ecole maternelle	Amis intimes	Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités
	Tous les enfants et personnels de la classe	Voisins du bus scolaire
	Enfants ayant fait la sieste dans la même chambre	Voisins du réfectoire
Ecole élémentaire, collège, lycée, internat	Amis intimes	Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités
	Voisins de classe (périmètre de 2 m)	Voisins du bus scolaire
	Personnes ayant dormi dans la même chambre	Voisins du réfectoire

**Parmi ces personnes pour lesquelles l'antibioprophylaxie n'est pas recommandée de principe, l'investigation peut toutefois identifier des individus répondant à la définition des sujets contacts devant bénéficier d'une prophylaxie (voir ci-dessus).*

Cas particuliers :

- 2 cas d'IIM dans une même classe : prophylaxie recommandée pour toute la classe.
- 2 cas d'IIM dans 2 classes différentes : considérer chaque malade comme un cas isolé et appliquer la prophylaxie pour les voisins de classe.
- 3 cas ou plus dans au moins deux classes différentes : cf. instruction du 27 juillet 2018, fiches 11-1 à -4 « Conduite à tenir devant une situation inhabituelle impliquant plus d'un cas d'IIM ».

Le schéma d'antibioprophylaxie de 1^{ère} intention est le suivant : Rifampicine par voie orale, pendant 2 jours. Voir fiche 8-2 de l'instruction du 27 juillet 2018. **L'antibioprophylaxie concerne tous les sujets-contacts, quel que soit leur statut vaccinal.**

4. Information des familles et professionnels :

a. Contact téléphonique + courrier pour les sujets (élèves et professionnels) identifiés comme contact :

Par le personnel de santé de l'éducation nationale, le médecin de PMI (en maternelle), aidés si besoin par l'ARS.

Lors de l'appel téléphonique, il s'agit :

- d'**informer** les parents/le personnel du cas d'IIM ;
- de donner des **explications sur le mode de contamination** (contagiosité faible, uniquement les contacts directs et prolongés, à partir des sécrétions rhino-pharyngées) ;

- d'**identifier le médecin traitant** (nom, commune, numéro de téléphone à renseigner dans le tableau à renvoyer à l'ARS -**Annexe 1**) ;
- de **recommander une consultation** auprès du médecin traitant (ou autre médecin disponible) **dans les plus brefs délais pour** prescription d'une **prophylaxie** adaptée au sujet contact ;
- de **préciser que le traitement prophylactique des contacts** (familiaux/amicaux,...) **du sujet contact n'est pas recommandé** (seuls les sujets en contact direct et prolongé avec le cas doivent bénéficier de la prophylaxie).

L'information écrite aux parents se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 2**.

L'information écrite du personnel se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 3**.

L'information écrite aux parents et à la communauté scolaire est assurée par le chef d'établissement ou le directeur d'école qui au préalable prend l'attache du conseiller technique départemental (médecin ou infirmier).

4.2. Affichage et information des élèves et personnels non contact :

L'information écrite aux parents se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 4**.

L'information écrite du personnel se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 5**.

L'affichage se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 6**.

5. Remplissage et envoi à l'ARS du tableau des contacts le plus complet possible, par le médecin et/ou l'infirmière scolaire (**Annexe 1**).

Ce tableau permettra à l'ARS de contacter les cabinets des médecins concernés et leur faire parvenir si besoin le schéma de prophylaxie recommandé et de contacter les pharmacies pour s'assurer des stocks disponibles en chimio-prophylaxie. Ultérieurement, il permettra, le cas échéant, de recontacter les familles pour recommander une vaccination et organiser la prise en charge financière du vaccin.

Références / Bibliographie :

- Calendrier vaccinal en vigueur.
- Site Vaccination Info Service de Santé Publique France : <https://vaccination-info-service.fr>
- INSTRUCTION N° DGS/SP/2018/163 du 27 juillet 2018 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/43909>
- HAS 30 janvier 2019 : Vaccination contre les infections invasives à méningocoques de séro groupe W avec un vaccin tétravalent - Situations d'hyperendémie : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2903219/fr/vaccination-contre-les-infections-invasives-a-meningocoques-de-serogroupe-w-avec-un-vaccin-tetraivalent-situations-d-hyperendemie
- HAS 11 mars 2021 : Recommandation vaccinale contre les méningocoques des sérogroupes A, C, W et Y : révision de la stratégie vaccinale et détermination de la place des vaccins méningococciques tétravalents : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3183910/fr/recommandation-vaccinale-contre-les-meningocoques-des-serogroupes-a-c-w-et-y-revision-de-la-strategie-vaccinale-et-determination-de-la-place-des-vaccins-meningococciques-tetraivalents
- HAS 22 juin 2021 : Stratégie de vaccination pour la prévention des infections invasives à méningocoques : Le séro groupe B et la place de TRUMENBA® / BEXSERO® : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3066921/fr/strategie-de-vaccination-pour-la-prevention-des-infections-invasives-a-meningocoques-le-serogroupe-b-et-la-place-de-bexsero

TABLEAU RECAPITULATIF SUJETS CONTACT AUTOUR D'UN CAS d'IIM

Etablissement scolaire concerné :

Responsable de l'établissement (nom et téléphone) :

Médecin et/ou infirmière scolaire (nom(s) et téléphone) :

	Nom	Prénom	Age	Classe	Période de contact	Téléphone des parents	Adresse	Médecin traitant + Téléphone	Pharmacie habituelle de la famille si connue
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Document à renvoyer à l'ARS via la page de dépôt sécurisée accessible via ce lien : <https://bluefiles.orange-business.com/arsbfc/page-de-depot-ars-bfc-veille-et-securite-sanitaire-infectieux> ou ce QR code



Dijon, le / /



Lettre d'information aux parents des élèves ayant été en contact avec un cas d'infection invasive à méningocoque (IIM)

Madame, Monsieur,

Une infection à méningocoque a été diagnostiquée au sein de l'établissement scolaire.

Le méningocoque est un germe fragile qui ne survit pas dans le milieu extérieur. Il se transmet à partir d'une personne infectée par les sécrétions oro-pharyngées (gouttelettes émises lors de la toux, d'un baiser...) lors d'un **contact proche et prolongé** avec le malade, dans les 10 jours qui ont précédé le diagnostic.

L'Agence Régionale de Santé (ARS), en lien avec le personnel de santé de l'éducation nationale, a dressé la liste des personnes qui doivent bénéficier d'un traitement préventif par antibiotique en fonction de ces critères de contact. Votre enfant fait partie de cette liste.

Nous vous invitons donc à consulter sans délai votre médecin traitant, auquel vous remettrez ce courrier pour qu'il prescrive le traitement adapté.

En cas de nécessité d'une vaccination complémentaire vous serez avertis dans les meilleurs délais. Toutefois, si dans les dix jours qui viennent, votre enfant présente de la fièvre accompagnée de maux de tête ou d'autres signes inhabituels, nous vous invitons par précaution à consulter à nouveau votre médecin traitant.

Par ailleurs, la fermeture ou la désinfection des locaux est inutile et les élèves peuvent continuer à fréquenter normalement l'établissement.

Avec nos remerciements pour votre collaboration, recevez, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

**Le médecin du Département Veille et Sécurité Sanitaire
ARS Bourgogne-Franche-Comté**

Dijon, le / /



Lettre d'information aux personnels ayant été en contact avec un cas d'infection invasive à méningocoque (IIM)

Madame, Monsieur,

Une infection à méningocoque a été diagnostiquée au sein de l'établissement scolaire.

Le méningocoque est un germe fragile qui ne survit pas dans le milieu extérieur. Il se transmet à partir d'une personne infectée par les sécrétions oro-pharyngées (gouttelettes émises lors de la toux, d'un baiser...) lors d'un **contact proche et prolongé** avec le malade, dans les 10 jours qui ont précédé le diagnostic.

L'Agence Régionale de Santé (ARS), en lien avec le personnel de santé de l'éducation nationale, a dressé la liste des personnes qui doivent bénéficier d'un traitement préventif par antibiotique en fonction de ce critère de contact. Vous faire partie de cette liste.

Nous vous invitons donc à consulter sans délai votre médecin traitant, auquel vous remettrez ce courrier pour qu'il prescrive le traitement adapté.

En cas de nécessité d'une vaccination complémentaire vous serez avertis dans les meilleurs délais. Toutefois, si dans les dix jours qui viennent, vous présentez de la fièvre accompagnée de maux de tête ou d'autres signes inhabituels, nous vous invitons par précaution à consulter à nouveau votre médecin traitant.

Par ailleurs, la fermeture ou la désinfection des locaux est inutile et les élèves et personnels peuvent continuer à fréquenter normalement l'établissement.

Avec nos remerciements pour votre collaboration, recevez, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

**Le médecin du Département Veille et Sécurité Sanitaire
ARS Bourgogne-Franche-Comté**

Lettre d'information aux parents des élèves suite à la survenue d'un cas d'infection invasive à méningocoque (IIM) dans l'établissement

Madame, Monsieur,

Une infection à méningocoque a été diagnostiquée au sein de l'établissement scolaire.

Le méningocoque est un germe fragile qui ne survit pas dans le milieu extérieur. Il se transmet à partir d'une personne infectée par les sécrétions oro-pharyngées (gouttelettes émises lors de la toux, d'un baiser...) lors d'un **contact proche** (moins d'un mètre) et **prolongé** (plus d'une heure) avec le malade, dans les 10 jours qui ont précédé le diagnostic. Il n'y a aucun risque de transmission du germe dans les situations suivantes : échanger une poignée de main, faire une bise sur la joue, partager un verre.

L'Agence Régionale de Santé (ARS), en lien avec le personnel de santé de l'éducation nationale, a dressé la liste des personnes qui doivent bénéficier d'un traitement préventif par antibiotique en fonction de ce critère de contact. **Votre enfant ne fait pas partie des personnes contacts identifiées.** Cependant, si vous êtes inquiet car vous estimez que votre enfant a pu être en contact à risque (sans être identifié par nos services) ou si dans les 10 jours qui viennent il souffre de fièvre accompagnée de maux de tête ou d'autres signes inhabituels, nous vous invitons par précaution à consulter votre médecin traitant.

Par ailleurs, la fermeture ou la désinfection des locaux est inutile et les élèves peuvent continuer à fréquenter normalement l'établissement.

Avec nos remerciements pour votre collaboration, recevez, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

**Le médecin du Département Veille et Sécurité Sanitaire
ARS Bourgogne-Franche-Comté**



Lettre d'information aux personnels suite à la survenue d'un cas d'infection invasive à méningocoque (IIM) dans l'établissement

Madame, Monsieur,

Une infection à méningocoque a été diagnostiquée au sein de l'établissement scolaire.

Le méningocoque est un germe fragile qui ne survit pas dans le milieu extérieur. Il se transmet à partir d'une personne infectée par les sécrétions oro-pharyngées (gouttelettes émises lors de la toux, d'un baiser...) lors d'un **contact proche** (moins d'un mètre) **et prolongé** (plus d'une heure) avec le malade, dans les 10 jours qui ont précédé le diagnostic. Il n'y a aucun risque de transmission du germe dans les situations suivantes : échanger une poignée de main, faire une bise sur la joue, partager un verre.

L'Agence Régionale de Santé (ARS), en lien avec le personnel de santé de l'éducation nationale, a dressé la liste des personnes qui doivent bénéficier d'un traitement préventif par antibiotique en fonction de ce critère de contact. **Vous ne faites pas partie des personnes contacts identifiées.** Cependant, si vous êtes inquiet car vous estimez que vous avez pu être en contact à risque (sans être identifié par nos services) ou si dans les 10 jours qui viennent vous souffrez de fièvre accompagnée de maux de tête ou d'autres signes inhabituels, nous vous invitons par précaution à consulter votre médecin traitant.

Par ailleurs, la fermeture ou la désinfection des locaux est inutile et les élèves et personnels peuvent continuer à fréquenter normalement l'établissement.

Avec nos remerciements pour votre collaboration, recevez, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

**Le médecin du Département Veille et Sécurité Sanitaire
ARS Bourgogne-Franche-Comté**



Un cas d'**INFECTION INVASIVE A MENINGOCOQUE (IIM)** a été signalé au sein de l'établissement scolaire

Le méningocoque est un germe qui se transmet à partir d'une personne infectée par les sécrétions oro-pharyngées (gouttelettes émises lors de la toux, d'un baiser...) lors d'un **contact proche et prolongé**.

L'ARS, en lien avec le personnel de santé de l'éducation nationale, identifie et informe les personnes qui doivent bénéficier d'un traitement préventif en fonction de ce critère de contact.

Etant donné la fragilité du germe, l'extension des traitements préventifs à une population plus large que celle qui vient d'être définie, ainsi que la désinfection des locaux, sont des mesures inutiles et injustifiées.

Procédure Infections Respiratoires Aigües d'origine virale ARS-EN

Procédure Infections respiratoires aiguës d'origine virale ARS - EN

Mise à jour février 2023

Agents pathogènes	Rhinovirus, virus grippal (Haemophilus influenza A et B), coronavirus (SARS-CoV-2 notamment), virus respiratoire syncytial (VRS) notamment.
Source et mode de contamination	Contamination de personne à personne par les sécrétions respiratoires et/ou aérosols, à l'occasion d'éternuements ou de toux. Contamination également possible par contact indirect, à partir d'une surface souillée ou des objets récemment contaminés. Les lieux confinés, mal ventilés et très fréquentés (transports en communs, collectivités, salles de spectacles...) sont propices à la transmission de ces virus.
Période d'incubation	1 à 3 jours selon le virus .
Contagiosité	Forte - dès l'apparition des signes cliniques et pendant 5 à 7 jours le plus souvent.
Populations présentant un risque de gravité	<ul style="list-style-type: none">• Nourrissons âgés de moins de 1 an.• Personnes âgées.• Personnes ciblées par les recommandations vaccinales (Cf. Calendrier vaccinal en vigueur).

DESCRIPTION CLINIQUE ET PRISE EN CHARGE DES CAS

Les **présentations cliniques** sont **variables** et peu spécifiques. L'infection respiratoire aiguë d'origine virale se traduit généralement par un écoulement nasal, une toux, une altération de l'état général, des maux de tête, des courbatures, de la fièvre. Parfois des signes digestifs sont associés chez l'enfant (diarrhée).

Le **diagnostic** est le plus souvent **clinique** et **facilité par le contexte épidémique**. Le diagnostic de certitude est rarement indiqué, essentiellement en présence de complications.

Un **traitement symptomatique** à base de repos, d'analgésiques/antipyrétiques et de désobstructions nasales répétées (sérum physiologique) est le plus souvent suffisant. Chez l'enfant, une kinésithérapie respiratoire est parfois nécessaire.

L'évolution est le plus souvent spontanément favorable, en une dizaine de jours. Toutefois, une fièvre supérieure ou égale à 38,5 °C persistant au-delà de 3 jours ou une aggravation rapide des signes généraux et respiratoire doivent faire reconsidérer le diagnostic ou suspecter une surinfection. La persistance de la toux au-delà de 10 jours est également un motif de consultation.

La fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas souhaitable.

MESURES A PRENDRE EN PRESENCE DE CAS AYANT DES SYMPTOMES D'INFECTION RESPIRATOIRE AIGÛE

La fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas souhaitable.

1. Renforcer les mesures barrière :

Certaines mesures d'hygiène simples peuvent contribuer à limiter significativement le risque de transmission de ces maladies. Il est vivement recommandé de les appliquer lors des périodes de circulation intense et d'épidémie.

- Le **port du masque** est **recommandé pour toutes les personnes dès 6 ans** présentant des symptômes d'infection respiratoire aiguë et pour les personnes ayant eu des contacts rapprochés avec ces personnes.

- **Aération/ventilation régulière des espaces clos** (permet de réduire très efficacement les risques de transmission et contribue, de manière générale, à l'amélioration de la qualité de l'air). Lorsque cela est possible, il convient de privilégier une ventilation de la pièce par deux points distincts (porte et fenêtre par exemple).
 - **Hygiène des mains régulière** avec un lavage régulier à l'eau et au savon pendant 30 secondes (mesure d'hygiène efficace pour prévenir la transmission de tous les virus). En l'absence d'eau et de savon, il convient d'effectuer les mêmes gestes par friction avec du gel hydro alcoolique.
 - **Tousser ou éternuer dans son coude**. Eviter de se toucher le visage, en particulier le nez, la bouche et les yeux.
 - Pour le mouchage : recourir à des **mouchoirs à usage unique** et les jeter après usage.
2. Affichage / information des élèves, des familles et du personnel.

Plusieurs modèles sont disponibles en **Annexes 1** (courrier d'information), **2** (affichage) et **3** (infographies). Ces modèles peuvent être utilisés en présence de cas dans l'établissement mais également à titre préventif dès le début des épidémies saisonnières.

Références / Bibliographie :

- Calendrier vaccinal en vigueur
- Site Vaccination Info Service de Santé Publique France : <https://vaccination-info-service.fr>
- Virus de l'hiver – site internet Santé Publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/l-info-accessible-a-tous/virus-de-l-hiver#:~:text=En%20hiver%2C%20de%20nombreux%20virus,gastro%2Dent%C3%A9rite%20et%20la%20bronchiolite.>

Information : les virus de l'hiver sont là !

Certaines mesures d'hygiène simples peuvent contribuer à limiter significativement la transmission :

- **Hygiène des mains régulière** avec un lavage régulier à l'eau et au savon pendant 30 secondes. En l'absence d'eau et de savon, il convient d'effectuer les mêmes gestes par friction avec du gel hydro alcoolique.
- **Tousser ou en éternuer dans son coude.** Eviter de se toucher le visage, en particulier le nez, la bouche et les yeux.
- Pour le mouchage : recourir à des **mouchoirs à usage unique** et les jeter après usage.
- Le **port du masque est recommandé dès l'âge de 6 ans** si vous présentez des symptômes respiratoires ou si vous avez eu des rapprochés avec des personnes symptomatiques.
- **Aération/ventilation régulière des espaces clos.**

La fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas souhaitable.

Information : les virus de l'hiver sont là !

Certaines mesures d'hygiène simples peuvent contribuer à limiter significativement la transmission :

- **Hygiène des mains régulière** avec un lavage régulier à l'eau et au savon pendant 30 secondes. En l'absence d'eau et de savon, il convient d'effectuer les mêmes gestes par friction avec du gel hydro alcoolique.
- **Tousser ou en éternuer dans son coude.** Eviter de se toucher le visage, en particulier le nez, la bouche et les yeux.
- Pour le mouchage : recourir à des **mouchoirs à usage unique** et les jeter après usage.
- Le **port du masque est recommandé dès l'âge de 6 ans** si vous présentez des symptômes respiratoires ou si vous avez eu des contacts avec des personnes symptomatiques.
- **Aération/ventilation régulière des espaces clos.**

La fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas souhaitable.



Grippe, bronchiolite, gastro-entérite, covid **Les maladies de l'hiver**

Comment se transmettent-elles ?



Les postillons



Les mains

Comment les éviter ?



Lavez-vous les mains



Aérez les pièces



Portez un masque
lorsqu'il y a du monde
ou si vous êtes malade



Vaccin
contre la grippe,
covid et certaines
gastro-entérites

**Pour les enfants ou personnes fragiles,
si vous êtes malade, il faut voir un médecin.**
S'il n'est pas disponible, appelez le **15**



+ d'infos et traductions sur :
www.santepubliquefrance.fr/accessible/virushiver



Procédure Infections à streptocoques A : angine, scarlatine ARS - EN

Procédure Infections à streptocoque A – angine, scarlatine ARS - EN

Mise à jour février 2023

Agents pathogènes	Streptocoque A (<i>Streptococcus pyogenes</i>)
Source et mode de contamination	Contamination de personne à personne par les sécrétions oropharyngées le plus souvent. Touche principalement les enfants de 3 à 12 ans sous forme de cas sporadiques ou de petites épidémies en milieu scolaire, surtout pendant l'hiver.
Période d'incubation	1 à 4 jours.
Contagiosité	Moyenne – jusqu'à 48 heures après le début d'une antibiothérapie efficace. Sans traitement une personne peut rester contagieuse 2 ou 3 semaines.
Populations présentant un risque de gravité	<ul style="list-style-type: none">• Personnes ayant des antécédents de rhumatisme articulaire aigu• Facteurs de risque de formes invasives :<ul style="list-style-type: none">✓ âge supérieur à 65 ans ;✓ varicelle évolutive ;✓ lésions cutanées étendues ;✓ toxicomanie intra-veineuse ;✓ pathologie évolutive (diabète, cancer, hémopathie, infection par le VIH, insuffisance cardiaque) ;✓ prise importante de corticoïdes par voie orale) ;✓ nouveau-nés de mères ayant une infection invasive.

DESCRIPTION CLINIQUE ET PRISE EN CHARGE

Le **diagnostic** est le plus souvent **clinique** et **facilité par le contexte épidémiologique**. Les signes cliniques sont principalement : une **fièvre élevée** (jusqu'à 40 °C), une **angine** avec une importante dysphagie et des adénopathies cervicales. Peuvent être associées des douleurs abdominales, vomissements, une tachycardie.

Un exanthème scarlatiniforme peut apparaître après la fièvre : coloration rouge diffuse de la peau, recouverte d'un fin granité. Elle débute souvent et prédomine au niveau des plis de flexion (genoux, coudes, aines), s'étend au thorax et à la racine des membres, puis s'étend progressivement à tout le corps sauf plante des pieds et paumes des mains. Elle est maximale en 2-3 jours, et disparaît en 6 jours.

On observe également un **éranthème de la langue** : saburrale sauf sur la pointe et sur les bords, l'enduit blanc disparaît laissant apparaître une langue rouge vif dépapillée donnant un aspect « framboisé » au 7ème jour.

Les formes atténuées sont fréquentes. La fièvre est moins importante. L'éruption est plus rose que rouge, souvent localisée aux plis de flexion.

Risque d'infection sévère en cas d'antécédents de rhumatisme articulaire aigu (RAA).

Le **traitement** repose sur la mise en place d'une **antibiothérapie**. **Eviction scolaire jusqu'à 48 heures après la mise en route d'une antibiothérapie efficace**. L'éviction scolaire de la fratrie n'est pas recommandée.

Dans de plus rares cas, en présence de facteurs de risque spécifiques, le streptocoque du groupe A (SGA) est responsable d'**infections invasives (IISGA)** potentiellement graves (bactériémies, infections cutanées nécrosantes, arthrites...), dont certaines peuvent se compliquer d'un syndrome de choc toxique streptococcique (SCTS), dû à la production d'une toxine. Ces infections invasives à streptocoque du groupe A (IISGA) **justifient une mise sous antibiothérapie en urgence et dans certains cas une prophylaxie de la famille**.

MESURES A PRENDRE AUTOUR D'UN CAS CONFIRME

En premier lieu, il convient de joindre le conseiller technique (médecin, infirmier) départemental de l'éducation nationale.

1. Affichage et information écrite des familles et du personnel.

L'affichage se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 1**.

L'information aux parents se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 2**.

L'information du personnel se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 3**.

L'information écrite aux parents et à la communauté scolaire est assurée par le chef d'établissement ou le directeur d'école qui au préalable prend l'attache du conseiller technique départemental (médecin ou infirmier).

2. S'assurer de la bonne application des mesures d'hygiène au sein de l'école (lavage des mains +++).
3. Enquête dans la classe du cas confirmé et pour les enfants/adultes qui partagent des activités plusieurs fois par semaine, à la recherche d'autres cas (par le personnel de santé de l'éducation nationale - si possible recherche active en rappelant les familles des élèves absents) → orientation des élèves présentant des signes évocateurs vers le médecin traitant pour confirmation diagnostique.
4. En situation de cas groupés ou de formes invasives d'infections à streptocoques : remplissage et envoi à l'ARS du tableau des cas le plus complet possible, par le personnel de santé de l'éducation nationale (**Annexe 4**).

L'ARS se charge de rappeler les familles et médecins des cas d'infections invasives (à partir des numéros de téléphone transmis via le tableau) afin de s'assurer que toutes les mesures soient prises concernant leur traitement et dans l'entourage familial. En dehors de certains cas particuliers (partage d'une chambre d'internat, activités ou situations impliquant des contacts physiques très rapprochés/prolongés), les camarades de classe ne sont pas considérés comme sujets contacts.

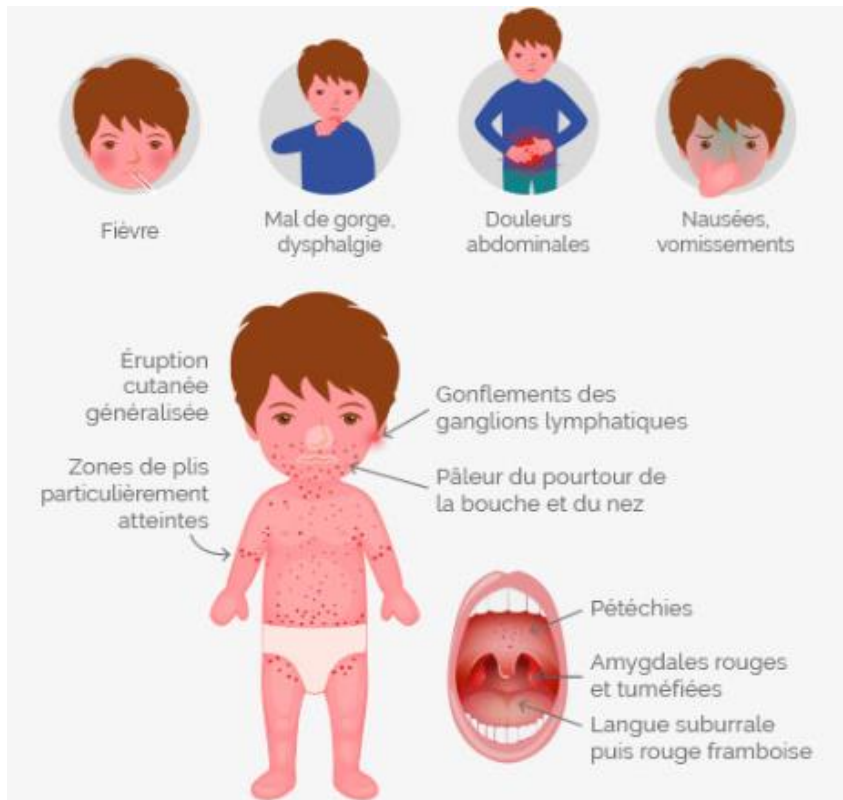
L'ARS évalue la nécessité de prévenir les médecins libéraux et les centres hospitaliers du secteur et se charge de cette information le cas échéant.

Références / Bibliographie :

- Haut Conseil de Santé Publique. Guide des conduites à tenir en cas de maladies infectieuses dans une collectivité d'enfants ou d'adultes. 28 septembre 2012 : https://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120928_maladieinfectieusecollectivite.pdf
- Avis du HCSP relatif à la conduite à tenir autour d'un ou de plusieurs cas, d'origine communautaire, d'infections invasives à Streptococcus pyogènes (ou streptocoques du groupe A) séance du 18 novembre 2005 : https://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_181105_streptococcus.pdf
- Santé publique France : Protocole d'investigation des cas d'IISGA communautaires pédiatriques sévères du 12/12/2022 : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/infection-invasive-a-streptocoque-du-groupe-a-iisga-point-au-20-decembre-2022-et-dispositif-de-surveillance>
- Conduite à tenir SPILF, SFP, GPIP et AFPA autour d'un cas d'Infection Invasive à Streptocoque du Groupe A du 15 décembre 2022 : <https://afpa.org/2022/12/15/conduite-a-tenir-autour-dun-cas-dinfection-invasive-a-streptocoque-du-groupe-a/>

Un cas d'infection à streptocoque A a été signalé

- Le streptocoque A est une bactérie responsable d'infections à type d'angine, d'impétigo ou de scarlatine.
- Dans de plus rares cas, le streptocoque du groupe A (SGA) est responsable d'infections plus graves (bactériémies, infections cutanées nécrosantes, arthrites...).
- Cette bactérie se transmet de personne à personne par les sécrétions oropharyngées.
- En cas de survenue chez votre enfant d'une angine douloureuse associée ou non à une éruption cutanée, consulter votre médecin traitant.
- Le traitement repose sur une antibiothérapie. L'éviction de la collectivité est nécessaire jusqu'à 2 jours après le début du traitement.





Information aux parents d'élèves



Un cas d'**infection à streptocoque A** a été signalé dans l'établissement.

Le streptocoque A est une bactérie responsable d'infections à type d'angine, d'impétigo ou de scarlatine. Dans de plus rares cas, le streptocoque du groupe A (SGA) est responsable d'infections plus graves (bactériémies, infections cutanées nécrosantes, arthrites...).

Cette bactérie se transmet de personne à personne par les sécrétions oropharyngées.

En cas de survenue chez votre enfant d'une angine douloureuse, d'une éruption cutanée ou d'autres signes cliniques évocateurs d'une infection, nous vous recommandons de consulter votre médecin traitant.

Le traitement repose sur une antibiothérapie. L'éviction de la collectivité est nécessaire jusqu'à 2 jours après le début du traitement.



Information aux parents d'élèves



Un cas d'**infection à streptocoque A** a été signalé dans l'établissement.

Le streptocoque A est une bactérie responsable d'infections à type d'angine, d'impétigo ou de scarlatine. Dans de plus rares cas, le streptocoque du groupe A (SGA) est responsable d'infections plus graves (bactériémies, infections cutanées nécrosantes, arthrites...).

Cette bactérie se transmet de personne à personne par les sécrétions oropharyngées.

En cas de survenue chez votre enfant d'une angine douloureuse, d'une éruption cutanée ou d'autres signes cliniques évocateurs d'une infection, nous vous recommandons de consulter votre médecin traitant.

Le traitement repose sur une antibiothérapie. L'éviction de la collectivité est nécessaire jusqu'à 2 jours après le début du traitement.

Information aux personnels

Un cas d'infection à streptocoque A a été signalé dans l'établissement.

Le streptocoque A est une bactérie responsable d'infections à type d'angine, d'impétigo ou de scarlatine. Dans de plus rares cas, le streptocoque du groupe A (SGA) est responsable d'infections plus graves (bactériémies, infections cutanées nécrosantes, arthrites...).

Cette bactérie se transmet de personne à personne par les sécrétions oropharyngées.

En cas de survenue d'une angine douloureuse, d'une éruption cutanée ou d'autres signes cliniques évocateurs d'une infection, nous vous recommandons de consulter votre médecin traitant.

Le traitement repose sur une antibiothérapie. L'éviction de la collectivité est nécessaire jusqu'à 2 jours après le début du traitement.

Information aux personnels

Un cas d'infection à streptocoque A a été signalé dans l'établissement.

Le streptocoque A est une bactérie responsable d'infections à type d'angine, d'impétigo ou de scarlatine. Dans de plus rares cas, le streptocoque du groupe A (SGA) est responsable d'infections plus graves (bactériémies, infections cutanées nécrosantes, arthrites...).

Cette bactérie se transmet de personne à personne par les sécrétions oropharyngées.

En cas de survenue d'une angine douloureuse, d'une éruption cutanée ou d'autres signes cliniques évocateurs d'une infection, nous vous recommandons de consulter votre médecin traitant.

Le traitement repose sur une antibiothérapie. L'éviction de la collectivité est nécessaire jusqu'à 2 jours après le début du traitement.

TABLEAU RECAPITULATIF CAS GROUPES D'INFECTION A STREPTOCOQUE A / FORME INVASIVE D'INFECTION A SGA

Etablissement scolaire concerné :

Responsable de l'établissement (nom et téléphone) :

Médecin et/ou infirmière scolaire (nom(s) et téléphone) :

	1	2	3	4	5
NOM- Prénom *					
Classe*					
Téléphone parents *					
Commune domicile					
Age					
Sexe					
Début des signes cliniques					
Signes cliniques					
Origine de la contamination					
Date de début du traitement antibiotique					
Nom – coordonnées médecin traitant					

*information indispensable

→ Document à renvoyer à l'ARS via la page de dépôt sécurisée accessible via ce lien : <https://bluefiles.orange-business.com/arsbfc/page-de-depot-ars-bfc-veille-et-securite-sanitaire-infectieux> ou ce QR code :



Procédure Oreillons ARS - EN

Procédure Oreillons ARS - EN

Mise à jour février 2023

Agent pathogène	Virus ourlien (Paramyxovirus)
Source et mode de contamination	Contamination de personne à personne (éventuellement à partir de l'environnement), par les sécrétions respiratoires ou par la salive. Les personnes asymptomatiques peuvent transmettre le virus.
Période d'incubation	12 à 25 jours.
Contagiosité	Forte. Contagiosité de 7 jours avant à 9 jours après le début de la parotidite clinique, maximale de 2 jours avant à 5 jours après le début de la parotidite.
Populations présentant un risque de gravité	<ul style="list-style-type: none">• Adultes de sexe masculin non immunisés (orchite).• Femmes enceintes non immunisées (risque de fausse couche dans le premier trimestre de grossesse).

DESCRIPTION CLINIQUE - DIAGNOSTIC

L'**expression clinique** des oreillons est le plus souvent une **parotidite uni ou bilatérale** en général **fébrile**. La maladie débute par une phase prodromique (fatigue, céphalées, myalgies dans un contexte fébrile). La survenue d'otalgies, d'une dysphagie précède souvent l'apparition de la parotidite. Initialement unilatérale, la parotidite se bilatéralise dans 70% des cas (« tête de hamster »). Après une à 2 semaines, les tuméfactions et la fièvre disparaissent.

Complications potentielles : orchio-épididymite (la plus fréquente – s'observe après la puberté – à suspecter devant des douleurs dans les bourses – risque de stérilité définitive), ovarites ou mastite, pancréatite, méningite, encéphalite, surdité (parfois définitive).

Le **diagnostic biologique** (non nécessaire si forme clinique typique) s'effectue par prélèvement de salive à l'aide de kits salivaires (les mêmes que pour la rougeole) pour recherche de l'ADN viral **par PCR**. Pour être optimal, le prélèvement doit être réalisé de façon très précoce, dans les 4-5 jours suivant le début des signes. Les prélèvements sont envoyés au Centre National de Référence (CNR).

Remarque : la sérologie est peu fiable chez les personnes vaccinées (IgM spécifiques souvent absentes).

Cas groupés : notification d'**au moins 3 cas (dont au moins un confirmé par PCR) contemporains (au cours d'un même mois), groupés géographiquement** (soit survenus dans la même collectivité ou dans des collectivités voisines, soit au sein de la consultation d'un même médecin ou de médecins proches géographiquement).

MESURES A PRENDRE AUTOUR D'UN CAS CONFIRME

En premier lieu, il convient de joindre le conseiller technique (médecin, infirmier) départemental de l'éducation nationale.

1. Affichage et information écrite des familles et du personnel.

L'affichage se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 1**.

L'information aux parents se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 2**.

L'information du personnel se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 3**.

L'information écrite aux parents et à la communauté scolaire est assurée par le chef d'établissement ou le directeur d'école qui au préalable prend l'attache du conseiller technique départemental (médecin ou infirmier).

2. S'assurer de la bonne application des mesures d'hygiène au sein de l'école (lavage des mains +++, désinfection des objets souillés par les sécrétions nasales ou buccales).

Cf. Guide du HCSP relatif aux conduites à tenir en cas de maladies infectieuses dans une collectivité d'enfants ou d'adultes.

3. Enquête dans la classe du cas confirmé et pour les enfants/adultes qui partagent des activités plusieurs fois par semaine, à la recherche d'autres cas (par le personnel de santé de l'éducation nationale - si possible recherche active en rappelant les familles des élèves absents) → orientation des élèves présentant des signes évocateurs (douleurs ou tuméfaction de la région parotidienne, hyperthermie, courbatures, sensation de malaise,...) vers le médecin traitant pour confirmation diagnostique.
4. Dans la mesure du possible, vérification du statut vaccinal des élèves et des personnels partageant des activités plusieurs fois par semaine avec le cas confirmé sur carnet de santé, par le personnel de santé de l'éducation nationale.

Remarque : L'efficacité de la vaccination contre les oreillons est moindre que celle contre la rubéole et la rougeole, et ce d'autant plus que la dernière dose reçue est ancienne et que le sujet n'a reçu qu'une dose. Toutefois, les personnes vaccinées à deux doses ont un risque de complications significativement diminué. Le vaccin est contre-indiqué chez les femmes enceintes et les personnes présentant certains déficits immunitaires.

5. En situation de cas groupés : remplissage et envoi à l'ARS du tableau des cas le plus complet possible, par le personnel de santé de l'éducation nationale (**Annexe 4**).

L'ARS se charge de rappeler les familles et médecins des cas confirmés (à partir des numéros de téléphone transmis via le tableau) afin de s'assurer que toutes les mesures soient prises concernant leur traitement et dans l'entourage familial.

En situation de cas groupés en collectivité, outre une mise à jour du statut vaccinal, une 3^{ème} dose de vaccin est proposée aux personnes déjà vaccinées à 2 doses et dont la seconde dose a été administrée depuis plus de 10 ans. Le périmètre d'application de cette mesure est à déterminer en lien avec l'ARS.

L'ARS évalue la nécessité de prévenir les médecins libéraux et les centres hospitaliers du secteur et se charge de cette information le cas échéant.

Références / Bibliographie :

- Calendrier vaccinal en vigueur.
- Site Vaccination Info Service de Santé Publique France : <https://vaccination-info-service.fr>
- Rapport du Haut Conseil de Santé Public relatif à la conduite à tenir en cas d'épisodes de cas groupés d'oreillons en collectivité. 11 juillet 2013 : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=364>
- Haut Conseil de Santé Publique. Guide des conduites à tenir en cas de maladies infectieuses dans une collectivité d'enfants ou d'adultes. 28 septembre 2012 : https://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120928_maladieinfectieusecollectivite.pdf
- Site de Santé Publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/oreillons>



Un cas d'**OREILLONS** a été signalé dans l'établissement.

Il s'agit d'une maladie très contagieuse, due à un virus, atteignant principalement les glandes salivaires (parotides) situées en avant des oreilles.

La transmission se fait par la salive.

Cette maladie peut être grave chez les femmes enceintes et les hommes adultes non immunisés.

En cas de doute, consultez votre médecin traitant, en particulier pour contrôler que votre enfant est bien à jour de sa vaccination anti-oreillons.



Un cas d'**oreillons** a été signalé au sein de l'établissement scolaire de votre enfant.

Cette affection atteint principalement les glandes salivaires (parotides) situées en avant des oreilles. Elle est très contagieuse et susceptible d'entraîner des complications, notamment chez les femmes enceintes (risque de fausse couche dans le 1^{er} trimestre) et chez les hommes adultes (risque d'orchite et d'infertilité). Elle nécessite la mise en place de mesures pour éviter sa propagation.

Par mesure de précaution, nous vous recommandons de :

- **Vérifier**, avec l'aide de votre médecin traitant, **que votre enfant est bien vacciné** contre les oreillons et **si nécessaire de faire mettre le vaccin à jour** par le médecin.
- **Consulter** auprès de votre médecin traitant en lui signalant ce cas d'oreillons en milieu scolaire **si votre enfant présente de la fièvre associée à des douleurs au niveau d'une oreille, des courbatures, une sensation de malaise et/ou un gonflement sous l'oreille, dans les trois semaines à venir.**



Un cas d'**oreillons** a été signalé au sein de l'établissement scolaire de votre enfant.

Cette affection atteint principalement les glandes salivaires (parotides) situées en avant des oreilles. Elle est très contagieuse et susceptible d'entraîner des complications, notamment chez les femmes enceintes (risque de fausse couche dans le 1^{er} trimestre) et chez les hommes adultes (risque d'orchite et d'infertilité). Elle nécessite la mise en place de mesures pour éviter sa propagation.

Par mesure de précaution, nous vous recommandons de :

- **Vérifier**, avec l'aide de votre médecin traitant, **que votre enfant est bien vacciné** contre les oreillons et **si nécessaire de faire mettre le vaccin à jour** par le médecin.
- **Consulter** auprès de votre médecin traitant en lui signalant ce cas d'oreillons en milieu scolaire **si votre enfant présente de la fièvre associée à des douleurs au niveau d'une oreille, des courbatures, une sensation de malaise et/ou un gonflement sous l'oreille, dans les trois semaines à venir.**

Information aux personnels

Un cas d'**oreillons** a été signalé au sein de l'établissement scolaire.

Cette affection atteint principalement les glandes salivaires (parotides) situées en avant des oreilles. Elle est très contagieuse et susceptible d'entraîner des complications, notamment chez les femmes enceintes (risque de fausse couche dans le 1^{er} trimestre) et chez les hommes adultes (risque d'orchite et d'infertilité). Elle nécessite la mise en place de mesures pour éviter sa propagation.

Par mesure de précaution, nous vous recommandons de :

- **Vérifier**, avec l'aide de votre médecin traitant, **que vous êtes bien vacciné** contre les oreillons et **si nécessaire faire mettre le vaccin à jour** par le médecin.
- **Consulter** auprès de votre médecin traitant en lui signalant ce cas d'oreillons en milieu scolaire **si vous présentez de la fièvre associée à des douleurs de la région parotidienne (« mal à une oreille »), des courbatures, une sensation de malaise et/ou un gonflement sous l'oreille, dans les trois semaines à venir.**

Information aux personnels

Un cas d'**oreillons** a été signalé au sein de l'établissement scolaire.

Cette affection atteint principalement les glandes salivaires (parotides) situées en avant des oreilles. Elle est très contagieuse et susceptible d'entraîner des complications, notamment chez les femmes enceintes (risque de fausse couche dans le 1^{er} trimestre) et chez les hommes adultes (risque d'orchite et d'infertilité). Elle nécessite la mise en place de mesures pour éviter sa propagation.

Par mesure de précaution, nous vous recommandons de :

- **Vérifier**, avec l'aide de votre médecin traitant, **que vous êtes bien vacciné** contre les oreillons et **si nécessaire faire mettre le vaccin à jour** par le médecin.
- **Consulter** auprès de votre médecin traitant en lui signalant ce cas d'oreillons en milieu scolaire **si vous présentez de la fièvre associée à des douleurs de la région parotidienne (« mal à une oreille »), des courbatures, une sensation de malaise et/ou un gonflement sous l'oreille, dans les trois semaines à venir.**

TABLEAU RECAPITULATIF CAS GROUPES D'OREILLONS

Etablissement scolaire concerné :

Responsable de l'établissement (nom et téléphone) :

Médecin et/ou infirmière scolaire (nom(s) et téléphone) :

Mettre une croix dans la partie grisée.

	1	2	3	4	5
NOM- Prénom *					
Classe*					
Téléphone parents*					
Commune domicile					
Age					
Sexe					
Cas confirmé au laboratoire (PCR) + date du prélèvement					
Cas probable					
Début des signes cliniques					
Signes cliniques					
Origine de la contamination					
Nombre de doses et nom + date des vaccins anti-oreillons réalisés					
Nom – coordonnées médecin traitant					

*information indispensable

Si les carnets de santé ont été vérifiés par le médecin ou l'infirmière scolaire, merci d'indiquer ci-dessous le taux de vaccination pour chaque classe concernée (nombre d'élèves correctement vaccinés / nombre total d'élèves) :

Classe de	Taux de vaccination :/.....
Classe de	Taux de vaccination :/.....
Classe de	Taux de vaccination :/.....

→ **Document à renvoyer à l'ARS via la page de dépôt sécurisée** accessible via ce lien : <https://bluefiles.orange-business.com/arsbfc/page-de-depot-ars-bfc-veille-et-securite-sanitaire-infectieux> ou ce QR code :



Procédure Pédiculose du cuir chevelu ARS - EN

Procédure Pédiculose du cuir chevelu ARS - EN

Mise à jour mai 2023

Agent pathogène	Pou de tête (Pediculus humanus capitis).
Source et mode de contamination	Contamination le plus souvent par contact direct de cheveu à cheveu (via un individu porteur de lentes ou de poux). Parfois par l'intermédiaire d'objets infectés (peigne, brosse, bonnet, peluche,...)
Période d'incubation	Le cycle d'un pou comprend trois stades : - Lente qui éclot en 7 à 10 jours. - Larve qui devient adulte en 2 semaines environ. - Pou adulte.
Contagiosité	Forte. Tant que sont présents lentes et /ou poux vivants. Le pou adulte peut survivre environ 1 mois sur le cuir chevelu et une femelle peut pondre une centaine d'oeufs). Survie de 20 à 48 h en dehors de la tête et de 24h dans l'eau.
Populations présentant un risque de gravité	Pas de population particulière.

DESCRIPTION CLINIQUE – DIAGNOSTIC

Expression clinique :

Prurit ou démangeaison et lésions de grattage, petites papules, puis suintement et croûtes.

Existence de formes asymptomatiques.

Localisation : frontière du cuir chevelu (surtout régions temporales et occipitale) en particulier au niveau de la nuque.

Le **diagnostic** est posé par simple observation clinique des cheveux, si besoin à l'aide d'un peigne à poux.

MESURES A PRENDRE AUTOUR D'UN CAS CONFIRME

1. Affichage et information écrite des familles et du personnel.

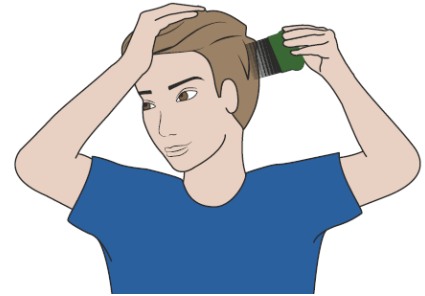
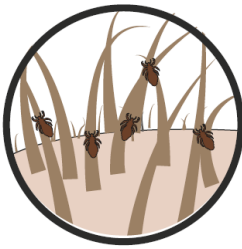
L'affichage et l'information aux parents et personnels peut se faire sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 1**.

L'objectif est de favoriser le dépistage pour tous les enfants et personnels afin que toutes les personnes porteuses de poux soient traitées.

2. Éviter les contacts rapprochés tête contre tête et les échanges de bonnets, écharpes, gilets, ...
3. Renforcer l'hygiène des mains des élèves et personnels : lavage plusieurs fois par jour au savon doux.
4. Éviter la présence d'objets en tissu au sein de l'école (draps de sieste, peluches, ...) ou le cas échéant les laver à 60°C ou les placer 48 heures dans un sac plastique hermétiquement fermé.

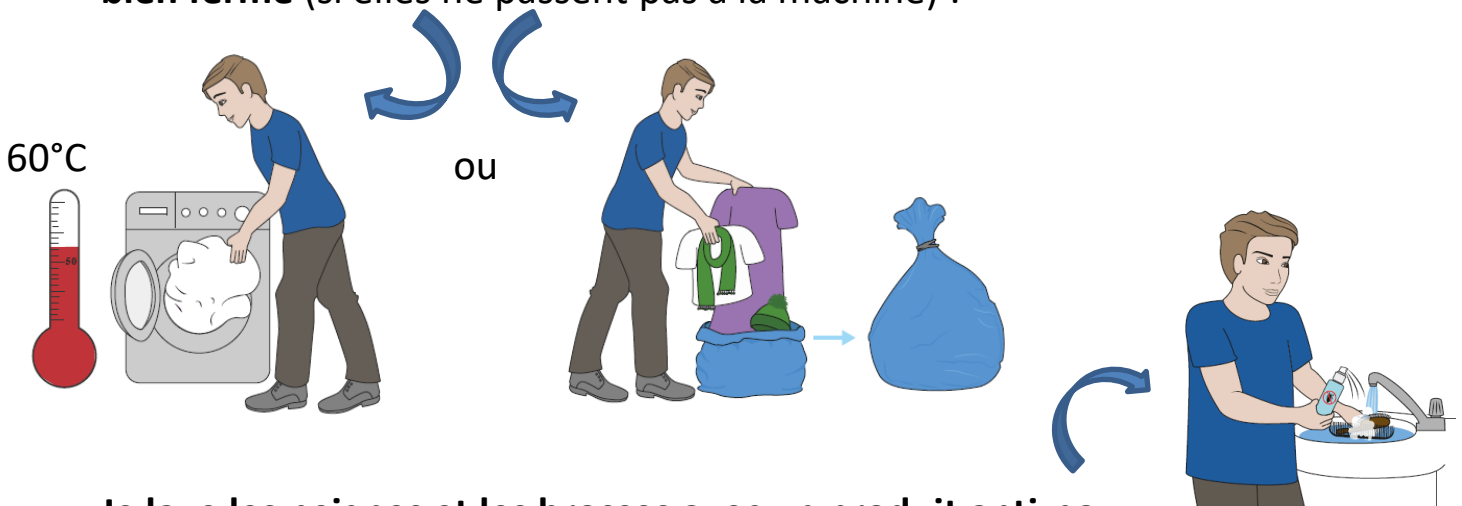
Présence de poux à l'école !

- Attention, les poux passent facilement d'une tête à l'autre !
- **Vérifiez si vos enfants et vous-même avez des poux** en examinant les cheveux à l'aide d'un peigne à poux :



Si j'ai des poux :

- Je vais à la pharmacie acheter un produit anti-poux et je l'applique selon le mode d'emploi sur mes cheveux.
- Si j'ai les cheveux longs, je les attache.
- Je lave toutes les affaires qui ont touché mes cheveux (draps, foulard, bonnet, oreiller, ...) à 60°C ou je les enferme 2 jours dans un sac plastique bien fermé (si elles ne passent pas à la machine) :



- Je lave les peignes et les brosses avec un produit anti-poux.
- Après une semaine, je vérifie avec un peigne à poux si les poux sont bien partis. Si j'ai encore des poux, je recommence tout avec un autre produit.

Toutes les personnes de la famille qui ont des poux doivent faire le traitement en même temps. En cas de persistance : consulter un médecin.

Procédure Rougeole ARS - EN

Procédure Rougeole ARS - EN

Mise à jour février 2023

La rougeole est une maladie à déclaration obligatoire

Fiche de notification : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-a-declaration-obligatoire/liste-des-maladies-a-declaration-obligatoire>

Agent pathogène	Paramyxovirus (virus de la rougeole)
Source et mode de contamination	Souvent intra familiale ou intra collectivité. Essentiellement par voie aérienne à partir des sécrétions naso-pharyngées, et plus rarement par des objets contaminés.
Période d'incubation	10 jours en moyenne (délai moyen d'apparition de l'éruption : 7 à 18 jours)
Contagiosité	Très forte (R0 de 15 à 20). De 5 jours avant l'éruption à 5 jours après le début de l'éruption.
Populations présentant un risque élevé de complications	Nourrissons âgés de moins de 12 mois. Personnes immunodéprimées. Femmes enceintes non vaccinées.

DEFINITION DE CAS

Critères cliniques

Association d'une fièvre $\geq 38,5$ °C, d'une éruption maculo-papuleuse **ET** d'au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Koplik.

Critères biologiques

- Détection (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédant le prélèvement) d'IgM spécifiques de la rougeole dans un prélèvement sanguin ou de liquide buccal, **ou**
- Séroconversion ou élévation (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédant le prélèvement) de quatre fois au moins du titre des IgG sériques entre la phase aiguë et la phase de convalescence, **ou**
- Détection du virus par PCR sur prélèvement sanguin, de liquide buccal, rhino-pharyngé ou urinaire, **ou**
- Culture positive sur prélèvement(s) sanguin, rhino-pharyngé, buccal ou urinaire.

Les cas retenus sont classés en :

- **Cas clinique** : cas présentant les critères cliniques pour lequel il n'y a pas eu d'analyse biologique et qui n'est pas lié épidémiologiquement à un autre cas de rougeole confirmé ou pour lequel les résultats biologiques ne permettent pas d'exclure le diagnostic (ex : prélèvement négatif réalisé en dehors des délais préconisés).
- **Cas confirmé biologiquement** : patient ayant présenté des signes cliniques évocateurs de rougeole et pour lequel un ou plusieurs critères de confirmation biologique sont présents.
- **Cas confirmé épidémiologiquement** : cas qui répond à la définition d'un cas clinique et qui a été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas de rougeole confirmé.
- **Cas groupés** : survenue de **trois cas ou plus** de rougeole **parmi lesquels au moins un cas a été confirmé biologiquement**, dans une même zone géographique (commune, arrondissement, département), sur une période de temps limitée (quelques jours voire quelque semaines). **Si les cas fréquentent une même collectivité** (école, colonie de vacances, crèche, lycée...) la survenue de **deux cas dont un au moins est confirmé** définit une situation de cas groupés.

Pour les cas confirmés : éviction de la collectivité jusqu'à 5 jours après l'éruption.

MESURES A PRENDRE AUTOUR D'UN CAS CONFIRME

En premier lieu, il convient de joindre le conseiller technique (médecin, infirmier) départemental de l'éducation nationale.

1. Affichage et information écrite des familles et du personnel.

L'affichage se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 1**.

L'information aux parents se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 2**.

L'information du personnel se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 3**.

L'information écrite aux parents et à la communauté scolaire est assurée par le chef d'établissement ou le directeur d'école qui au préalable prend l'attache du conseiller technique départemental (médecin ou infirmière).

2. S'assurer de la bonne application des mesures d'hygiène au sein de l'école (lavage des mains +++) et recommander le nettoyage des jouets.

Cf. Guide du HCSP relatif aux conduites à tenir en cas de maladies infectieuses dans une collectivité d'enfants ou d'adultes.

3. Enquête en milieu scolaire : recherche d'autres cas, identification des sujets contacts (en particulier ceux à risque de forme grave).

L'enquête est effectuée par le personnel de santé de l'éducation nationale - si possible en rappelant les familles des élèves absents.

DEFINITION DES SUJETS CONTACTS EN MILIEU SCOLAIRE :

Toute personne, enfant ou adulte, ayant fréquenté de manière concomitante les mêmes locaux (classe, cantine, dortoir, bureau...) que le malade pendant sa période de contagiosité (5 jours avant jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption), quelle que soit la durée du contact.

L'ARS se charge de rappeler les familles et médecins des cas confirmés (à partir des numéros de téléphone transmis via le tableau) afin de s'assurer que toutes les mesures soient prises dans l'entourage familial. Il est fondamental d'identifier les contacts à risque (femme enceintes, sujets immunodéprimés, nourrissons de moins de 12 mois) afin de mettre en place les mesures de prévention urgentes : vaccination +/- immunoglobulines pour les sujets contact à risque grave dans les 6 jours suivants le 1^{er} contact contaminant.

L'identification des personnes contacts doit être mise en œuvre dans les plus brefs délais, si possible dans les 24 heures qui suivent le signalement du cas.

4. Dans la mesure du possible, vérification du statut vaccinal des élèves et des personnels identifiés comme personnes contacts sur carnet de santé, par le personnel de santé de l'éducation nationale.
5. Le personnel de santé de l'éducation nationale complète et envoie à l'ARS le tableau de cas et de personnes contacts en milieu scolaire, le plus complet possible, dans les plus brefs délais (**Annexe 4**).
6. En situation de cas groupés, l'ARS se charge de prévenir les médecins libéraux et les centres hospitaliers du secteur. Une enquête épidémiologique plus poussée pourra également être mise en œuvre.

Références / Bibliographie :

- Calendrier vaccinal en vigueur
- Site Vaccination Info Service de Santé Publique France : <https://vaccination-info-service.fr>
- INSTRUCTION N° DGS/SP/SP1/2018/205 du 28 septembre 2018 relative à la conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas de rougeole : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/44038>
- Haut Conseil de Santé Publique. Évolution de la stratégie de gestion en cas d'épidémie de rougeole du 25 avril 2018. Disponible sur <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/info?clef=327>

Un cas de **ROUGEOLE** a été signalé dans l'établissement

- La rougeole est une maladie très contagieuse, due à un virus.
- Les mesures d'hygiène doivent être renforcées à l'école et à la maison : lavage des mains répété dans la journée et mouchage avec mouchoirs à usage unique, mis dans une poubelle avec un couvercle.
- Il est important de vérifier que votre enfant est bien à jour de sa vaccination anti-rougeoleuse.
- Si votre enfant présente des signes évocateurs (fièvre, fatigue importante, conjonctivite, rhinite, éruption cutanée...) dans les 2 semaines à venir, il est nécessaire de consulter votre médecin traitant.
- Si votre enfant a la rougeole, une éviction scolaire est recommandée jusqu'à 5 jours après l'éruption cutanée.

Un cas de **rougeole** a été signalé au sein de l'établissement scolaire de votre enfant.

Cette affection est très contagieuse et susceptible d'entraîner des complications, notamment chez les personnes les plus fragiles (jeunes enfants, jeunes adultes, femmes enceintes ...). C'est la raison pour laquelle la rougeole fait l'objet d'une déclaration obligatoire (par le médecin qui fait le diagnostic) auprès de l'Agence Régionale de Santé et amène des mesures particulières pour éviter qu'elle ne se propage.

Parmi ces mesures à mettre en place autour de cas de rougeole, nous vous recommandons de :

- Prendre des **mesures d'hygiène à l'école et à la maison** : **lavage des mains +++**, répété dans la journée et mouchage avec mouchoirs à usage unique, mis dans une poubelle avec un couvercle.
- Faire **mettre à jour la vaccination anti-rougeoleuse** pour les enfants et les jeunes adultes qui ne seraient pas protégés : il est donc important de vérifier la couverture vaccinale de vos enfants (2 doses de vaccin prévues) et de contacter votre médecin traitant si une mise à jour est nécessaire.

Si votre enfant présente des signes évocateurs (fièvre, fatigue importante, conjonctivite, rhinite, éruption cutanée...) dans les 2 semaines à venir, il est nécessaire de consulter votre médecin traitant en lui signalant ce cas de rougeole en milieu scolaire.

Si votre enfant devait déclarer la rougeole, il devra être tenu à l'écart des personnes non protégées par le vaccin et placé en éviction scolaire jusqu'à guérison clinique (environ 5 jours après le début de l'éruption).

Un cas de **rougeole** a été signalé au sein de l'établissement scolaire de votre enfant.

Cette affection est très contagieuse et susceptible d'entraîner des complications, notamment chez les personnes les plus fragiles (jeunes enfants, jeunes adultes, femmes enceintes ...). C'est la raison pour laquelle la rougeole fait l'objet d'une déclaration obligatoire (par le médecin qui fait le diagnostic) auprès de l'Agence Régionale de Santé et amène des mesures particulières pour éviter qu'elle ne se propage.

Parmi ces mesures à mettre en place autour de cas de rougeole, nous vous recommandons de :

- Prendre des **mesures d'hygiène à l'école et à la maison** : **lavage des mains +++**, répété dans la journée et mouchage avec mouchoirs à usage unique, mis dans une poubelle avec un couvercle.
- Faire **mettre à jour la vaccination anti-rougeoleuse** pour les enfants et les jeunes adultes qui ne seraient pas protégés : il est donc important de vérifier la couverture vaccinale de vos enfants (2 doses de vaccin prévues) et de contacter votre médecin traitant si une mise à jour est nécessaire.

Si votre enfant présente des signes évocateurs (fièvre, fatigue importante, conjonctivite, rhinite, éruption cutanée...) dans les 2 semaines à venir, il est nécessaire de consulter votre médecin traitant en lui signalant ce cas de rougeole en milieu scolaire.

Si votre enfant devait déclarer la rougeole, il devra être tenu à l'écart des personnes non protégées par le vaccin et placé en éviction scolaire jusqu'à guérison clinique (environ 5 jours après le début de l'éruption).

Un cas de **rougeole** a été signalé au sein de l'établissement scolaire.

Cette affection est très contagieuse et susceptible d'entraîner des complications, notamment chez les personnes les plus fragiles (jeunes enfants, personnes immunodéprimées, femmes enceintes ...). C'est la raison pour laquelle la rougeole fait l'objet d'une déclaration obligatoire (par le médecin qui fait le diagnostic) auprès de l'Agence Régionale de Santé et amène des mesures particulières pour éviter qu'elle ne se propage.

Parmi ces mesures à mettre en place autour de cas de rougeole, nous vous recommandons de :

- Prendre des **mesures d'hygiène à l'école et à la maison** : **lavage des mains +++**, répété dans la journée et mouchage avec mouchoirs à usage unique, mis dans une poubelle avec un couvercle.
- Faire **mettre à jour votre vaccination anti-rougeoleuse** si vous n'êtes pas protégé : il est donc important de vérifier votre couverture vaccinale (2 doses de vaccin prévues) et de contacter votre médecin traitant si une mise à jour est nécessaire.

Si votre enfant présente des signes évocateurs (fièvre, fatigue importante, conjonctivite, rhinite, éruption cutanée...) dans les 2 semaines à venir, il est nécessaire de consulter votre médecin traitant en lui signalant ce cas de rougeole en milieu scolaire.

Si vous deviez déclarer la rougeole, vous devrez être tenu à l'écart des personnes non protégées par le vaccin et être arrêté par votre médecin jusqu'à guérison clinique (environ 5 jours après le début de l'éruption).

Un cas de **rougeole** a été signalé au sein de l'établissement scolaire.

Cette affection est très contagieuse et susceptible d'entraîner des complications, notamment chez les personnes les plus fragiles (jeunes enfants, personnes immunodéprimées, femmes enceintes ...). C'est la raison pour laquelle la rougeole fait l'objet d'une déclaration obligatoire (par le médecin qui fait le diagnostic) auprès de l'Agence Régionale de Santé et amène des mesures particulières pour éviter qu'elle ne se propage.

Parmi ces mesures à mettre en place autour de cas de rougeole, nous vous recommandons de :

- Prendre des **mesures d'hygiène à l'école et à la maison** : **lavage des mains +++**, répété dans la journée et mouchage avec mouchoirs à usage unique, mis dans une poubelle avec un couvercle.
- Faire **mettre à jour votre vaccination anti-rougeoleuse** si vous n'êtes pas protégé : il est donc important de vérifier votre couverture vaccinale (2 doses de vaccin prévues) et de contacter votre médecin traitant si une mise à jour est nécessaire.

Si votre enfant présente des signes évocateurs (fièvre, fatigue importante, conjonctivite, rhinite, éruption cutanée...) dans les 2 semaines à venir, il est nécessaire de consulter votre médecin traitant en lui signalant ce cas de rougeole en milieu scolaire.

Si vous deviez déclarer la rougeole, vous devrez être tenu à l'écart des personnes non protégées par le vaccin et être arrêté par votre médecin jusqu'à guérison clinique (environ 5 jours après le début de l'éruption).

TABLEAU RECAPITULATIF CAS DE ROUGEOLE

Etablissement scolaire concerné :

Responsable de l'établissement (nom et téléphone) :

Médecin et/ou infirmière scolaire (nom(s) et téléphone) :

Tableau des cas

	Nom Prénom*	Date de naissance	Classe*	Commune de résidence Téléphone*	Date éruption Classement du cas (cas clinique, cas confirmé biologiquement, cas confirmé épidémiologiquement)	Médecin traitant (Nom, commune, téléphone)	Vaccination (nombre de doses et nom + date des vaccins anti-rougeoleux réalisés)
1							
2							
3							

Listing des personnes contacts à risque de forme grave (nourrissons âgés de moins de 12 mois, personnes immunodéprimées, femmes enceintes non vaccinées)

	Nom Prénom*	Date de naissance	Classe ou fonction exercée*	Commune de résidence Téléphone*	Médecin traitant (Nom, commune, téléphone)	Vaccination (nombre de doses et nom + date des vaccins anti-rougeoleux réalisés)	Motif risque de forme grave
1							
2							
3							
4							

5							
---	--	--	--	--	--	--	--

Si les carnets de santé ont été vérifiés par le médecin ou l’infirmière scolaire, merci d’indiquer ci-dessous le taux de vaccination pour chaque classe concernée (nombre d’élèves correctement vaccinés / nombre total d’élèves) :

Classe de	Taux de vaccination :/.....
Classe de	Taux de vaccination :/.....
Classe de	Taux de vaccination :/.....

→ Document à renvoyer à l’ARS via la page de dépôt sécurisée accessible via ce lien : <https://bluefiles.orange-business.com/arsbfc/page-de-depot-ars-bfc-veille-et-securite-sanitaire-infectieux> ou ce QR code :



Procédure Rubéole

ARS-EN

Procédure Rubéole ARS - EN

Mise à jour juin 2023

La rubéole est une maladie à déclaration obligatoire depuis 2018.

Agent pathogène	Virus de la rubéole (famille des Togavirus)
Source et mode de contamination	Transmission interhumaine directe par les sécrétions rhinopharyngées émises par la personne infectée.
Période d'incubation	Le virus se propage dans l'organisme en 5 à 7 jours et les symptômes apparaissent en général 2 à 3 semaines après l'exposition.
Contagiosité	La période de contagiosité s'étend approximativement de 7 jours avant l'éruption à 14 jours après mais la contagiosité est maximale 5 jours avant et jusqu'à 6 jours après. Les enfants atteints de rubéole congénitale excrètent du virus pendant plusieurs mois.
Populations présentant un risque de gravité	Femmes enceintes non immunisées (risque majeur pour le fœtus en cas de contamination dans les 1ers mois de grossesse : mort fœtale, rubéole congénitale malformative).

PREVENTION - DESCRIPTION CLINIQUE - DIAGNOSTIC

La rubéole est une maladie très généralement bénigne. **L'enjeu principal est de protéger les femmes enceintes**, en raison du risque majeur pour le fœtus (mort fœtale, rubéole congénitale malformative) en cas de contamination dans les premiers mois de grossesse.

La prévention repose essentiellement sur la vaccination :

- Pour les nourrissons nés à partir du 1er janvier 2018, la vaccination contre la rubéole est obligatoire avec une dose de vaccin ROR à l'âge de 12 mois et une dose de rappel de vaccin ROR entre 16 et 18 mois.
- Afin d'étendre la protection, toute personne née à partir de 1980 doit aussi avoir reçu 2 doses de vaccin.
- La vaccination contre la rubéole est particulièrement recommandée pour les jeunes femmes ayant un projet de grossesse, non vaccinées et nées avant 1980.

La maladie n'engendre des symptômes que dans 50% des cas.

L'**expression clinique** débute souvent par une **fièvre modérée** suivie d'une **éruption maculeuse ou maculo-papuleuse fugace morbilliforme** débutant au visage pour s'étendre en moins de 24 heures au tronc et aux membres supérieurs. Elle disparaît sans laisser de traces au troisième jour. L'apparition précoce d'**adénopathies** rétroauriculaires et cervicales postérieures persistantes est assez caractéristique.

L'immunité naturelle est définitive.

Diagnostic biologique : Le diagnostic de rubéole ne peut être confirmé que grâce aux examens biologiques.

En présence d'une éruption ou après contagion, la confirmation biologique repose sur :

- La mise en évidence de **l'ARN viral** par PCR (réalisable uniquement par des laboratoires spécialisés).
- La mise en évidence de **d'IgM spécifiques** (associés ou non à des IgG) et en cas de positivité la réalisation de l'**avidité*** des **IgG** (en raison de l'existence de nombreux faux positifs) .

- La séroconversion ou l'augmentation significative du titre des IgG ou totaux spécifiques de la rubéole dans 2 prélèvements réalisés à 10 jours d'intervalle confirmée par la réalisation de l'avidité des IgG.

** Le test d'avidité des IgG de la rubéole est particulièrement utile pour confirmer les infections aiguës par le virus de la rubéole chez les femmes enceintes.*

Il n'existe **pas de traitement spécifique** de la rubéole. Seuls des traitements symptomatiques peuvent être mis en place (antipyrétiques et antalgiques pour les céphalées et les arthralgies).

L'éviction scolaire n'est pas obligatoire, cependant, la fréquentation de la collectivité à la phase aigüe de la maladie n'est pas souhaitable.

MESURES A PRENDRE AUTOUR D'UN CAS CONFIRME

En premier lieu, il convient de joindre le conseiller technique (médecin, infirmier) départemental de l'éducation nationale.

6. Affichage et information écrite des familles et du personnel.

Définition d'un sujet contact : personne ayant été en contact direct et rapproché (1 à 2 mètres) avec une personne infectée, quelle qu'en soit la durée, depuis 7 jours avant son éruption et jusqu'à une semaine après.

L'information devra être diffusée à minima au sein des classes concernées (voire toute l'école si contacts en dehors des classes).

L'affichage se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 1**.

L'information aux parents se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 2**.

L'information du personnel se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 3**.

L'information écrite aux parents et à la communauté scolaire est assurée par le chef d'établissement ou le directeur d'école qui au préalable prend l'attache du conseiller technique départemental (médecin ou infirmier).

7. S'assurer de la bonne application des mesures d'hygiène au sein de l'école (lavage des mains +++, désinfection des objets souillés par les sécrétions nasales ou buccales).

Cf. Guide du HCSP relatif aux conduites à tenir en cas de maladies infectieuses dans une collectivité d'enfants ou d'adultes.

8. Enquête dans la classe du cas confirmé et pour les enfants/adultes qui partagent des activités plusieurs fois par semaine, à la recherche d'autres cas (par le personnel de santé de l'éducation nationale - si possible recherche active en rappelant les familles des élèves absents) → orientation des élèves présentant des signes évocateurs vers le médecin traitant pour confirmation diagnostique.

9. Dans la mesure du possible, vérification du statut vaccinal des élèves et des personnels partageant des activités plusieurs fois par semaine avec le cas confirmé sur carnet de santé, par le personnel de santé de l'éducation nationale. Sinon, renvoyer vers le médecin traitant pour vérification et mise à jour si besoin.

10. En situation de cas groupés : remplir et renvoyer à l'ARS le tableau des cas le plus complet possible, par le personnel de santé de l'éducation nationale (**Annexe 4**).

L'ARS se charge de rappeler les familles et médecins des cas confirmés (à partir des numéros de téléphone transmis via le tableau) afin de s'assurer que toutes les mesures soient prises.

L'ARS évalue la nécessité de prévenir les médecins libéraux et les centres hospitaliers du secteur et se charge de cette information le cas échéant.

Références / Bibliographie :

- Calendrier vaccinal en vigueur
- Site Vaccination Info Service de Santé Publique France : <https://vaccination-info-service.fr>
- Haut Conseil de Santé Publique. Guide des conduites à tenir en cas de maladies infectieuses dans une collectivité d'enfants ou d'adultes. 28 septembre 2012 : https://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120928_maladieinfectieusecollectivite.pdf
- Site de Santé Publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/rubeole>

Des cas de **RUBEOLE** ont été signalés dans l'établissement

Il s'agit d'une maladie très contagieuse, due à un virus.

La maladie débute souvent par une **fièvre modérée**, suivie d'une **éruption cutanée** débutant au visage qui s'étend rapidement au tronc et aux membres supérieurs. Elle disparaît sans laisser de traces en quelques jours. L'apparition de ganglions au niveau du cou/derrière les oreilles est fréquente.

La transmission se fait par les gouttelettes de salive.

Cette maladie, le plus souvent bénigne, **peut être grave chez les femmes enceintes non immunisées** (risque pour le fœtus).

En cas de doute, consultez votre médecin traitant, en particulier pour **contrôler que votre enfant est bien à jour de sa vaccination**.

Une éviction scolaire est recommandée à la phase aiguë de la maladie (3 à 5 jours).

Information aux parents d'élèves

Des **cas de rubéole** ont été signalés au sein de l'établissement scolaire de votre enfant.

Il s'agit d'une maladie très contagieuse, due à un virus. La maladie débute souvent par une fièvre modérée, suivie d'une éruption cutanée débutant au visage qui s'étend rapidement au tronc et aux membres supérieurs. Elle disparaît sans laisser de traces en quelques jours. L'apparition de ganglions au niveau du cou/derrière les oreilles est fréquente.

La transmission se fait par les gouttelettes de salive.

Cette maladie, généralement bénigne, peut être grave chez les femmes enceintes non immunisées (risque pour le fœtus).

En cas de doute, consultez votre médecin traitant, en particulier pour contrôler que votre enfant est bien à jour de sa vaccination.

Une éviction scolaire est recommandée à la phase aiguë de la maladie (3 à 5 jours).

Information aux parents d'élèves

Des **cas de rubéole** ont été signalés au sein de l'établissement scolaire de votre enfant.

Il s'agit d'une maladie très contagieuse, due à un virus. La maladie débute souvent par une fièvre modérée, suivie d'une éruption cutanée débutant au visage qui s'étend rapidement au tronc et aux membres supérieurs. Elle disparaît sans laisser de traces en quelques jours. L'apparition de ganglions au niveau du cou/derrière les oreilles est fréquente.

La transmission se fait par les gouttelettes de salive.

Cette maladie, généralement bénigne, peut être grave chez les femmes enceintes non immunisées (risque pour le fœtus).

En cas de doute, consultez votre médecin traitant, en particulier pour contrôler que votre enfant est bien à jour de sa vaccination.

Une éviction scolaire est recommandée à la phase aiguë de la maladie (3 à 5 jours).

Information aux personnels

Des **cas de rubéole** ont été signalés au sein de l'établissement scolaire.

Il s'agit d'une maladie très contagieuse, due à un virus. La maladie débute souvent par une fièvre modérée, suivie d'une éruption cutanée débutant au visage qui s'étend rapidement au tronc et aux membres supérieurs. Elle disparaît sans laisser de traces en quelques jours. L'apparition de ganglions au niveau du cou/derrière les oreilles est fréquente.

La transmission se fait par les gouttelettes de salive.

Cette maladie, généralement bénigne, peut être grave chez les femmes enceintes non immunisées (risque pour le fœtus).

En cas de doute, consultez votre médecin traitant. Une éviction est recommandée à la phase aiguë de la maladie (3 à 5 jours).

Information aux personnels

Des **cas de rubéole** ont été signalés au sein de l'établissement scolaire.

Il s'agit d'une maladie très contagieuse, due à un virus. La maladie débute souvent par une fièvre modérée, suivie d'une éruption cutanée débutant au visage qui s'étend rapidement au tronc et aux membres supérieurs. Elle disparaît sans laisser de traces en quelques jours. L'apparition de ganglions au niveau du cou/derrière les oreilles est fréquente.

La transmission se fait par les gouttelettes de salive.

Cette maladie, généralement bénigne, peut être grave chez les femmes enceintes non immunisées (risque pour le fœtus).

En cas de doute, consultez votre médecin traitant. Une éviction est recommandée à la phase aiguë de la maladie (3 à 5 jours)

TABLEAU RECAPITULATIF CAS DE RUBEOLE

Etablissement scolaire concerné :

Responsable de l'établissement (nom et téléphone) :

Médecin et/ou infirmière scolaire (nom(s) et téléphone) :

ID du cas	nom et prénom	DN	sexe	classe	commune domicile	coordonnées médecin traitant	critères de diagnostic si connus (clinique, biologique et/ou contagé)	date début signes	date d'éviction	nombre doses ROR et dates
1										
2										
3										
4										
5										

Si les carnets de santé ont été vérifiés par le médecin ou l'infirmière scolaire, merci d'indiquer ci-dessous le taux de vaccination pour chaque classe concernée (nombre d'élèves correctement vaccinés / nombre total d'élèves) :

Classe de	Taux de vaccination :/.....
Classe de	Taux de vaccination :/.....
Classe de	Taux de vaccination :/.....

➔ Document à renvoyer à l'ARS via la page de dépôt sécurisée accessible via ce lien :

<https://bluefiles.orange-business.com/arsbfc/page-de-depot-ars-bfc-veille-et-securite-sanitaire-infectieux> ou ce QR code :



Procédure Teigne

ARS - EN

Procédure Teigne

ARS - EN

Mise à jour février 2023

Agent pathogène	<i>Dermatophytes (Champignons)</i>
Réservoir	Personne/animal parasités, sol
Source et mode de contamination	Par contact direct avec une lésion cutanée et cheveux infectés de l'homme pour les teignes anthropophiles, par contact direct avec une lésion cutanée et poils infectés de l'animal pour les teignes zoophiles, ou par contact indirect avec des objets contaminés (peignes, brosse, vêtements, bonnets, etc...)
Période d'incubation	De quelques jours à quelques semaines après le contact infectant
Contagiosité	Faible
Durée de la contagiosité	Jusqu'à guérison des lésions cutanées
Population particulièrement exposée	Personnes contacts proches du sujet ayant une teigne

DEFINITION

Les dermatophytoses sont dues à des champignons filamenteux qui appartiennent à trois genres principaux : Epidermophyton, Microsporum et Trichophyton.

Ces champignons ont une affinité pour la kératine de la couche cornée de la peau, des poils, des cheveux et des ongles, et sont toujours pathogènes. Ils sont responsables d'infections cutanées superficielles de la peau et des phanères, mais respectent toujours les muqueuses.

On parle de « teigne » lorsque le champignon s'attaque aux cheveux. Il provoque des plaques arrondies de cheveux coupés très courts (alopécie). Ces plaques sont recouvertes de pellicules très fines. A mesure que l'infection progresse, les bords des plaques deviennent écailleux alors que la peau, au centre, paraît normale.

Classification des cas :

- **Cas certain** : examen mycologique positif (avec ou sans clinique évocatrice)
 - examen des lésions en lumière ultraviolette (lampe de Wood), qui montre une fluorescence variable selon l'agent pathogène et précise l'extension des lésions ;
 - prélèvement des lésions cutanées, squames, cheveux ou ongles atteints, qui se fait par grattage/écouvillonnage des lésions cutanées et unguéales, prélèvement des squames, poils et cheveux à la pince. Ce prélèvement est destiné à un examen direct et une mise en culture sur milieu gélosé de Sabouraud ;
 - pour les lésions du cuir chevelu, en cas d'enquête épidémiologique, un prélèvement peut être pratiqué à l'aide de brosses plastiques stériles ou d'une moquette stérile que l'on passe dans les cheveux pour recueillir des squames, qui sont ensuite mises en culture.
- **Cas probable** : clinique évocatrice (et/ou Wood+) ET lien épidémiologique avec un cas certain.

MESURES A PRENDRE DANS LA COLLECTIVITE

En premier lieu, il convient de joindre le conseiller technique (médecin, infirmier) départemental de l'éducation nationale.

1. Se concerter en équipe avec la direction et le service municipal en charge de l'école pour le 1^{er} degré

2. Mener des investigations autour du/des cas afin de :

- S'assurer du diagnostic en contactant le médecin qui l'a posé.
- Vérifier la prescription et la réalisation du traitement (traitement antifongique local et oral d'une durée de 6 semaines).
- Vérifier la bonne mise en œuvre des mesures environnementales : jeter les peignes et brosses dont le cas a pu se servir, laver tous les objets et habits qui ont été en contact avec la peau et les cheveux du cas, séparer le gant et la serviette de toilette du cas de ceux du reste de la famille, passer l'aspirateur dans tous les lieux de vie. Si la teigne a pu être transmise par un animal familier, le faire traiter le plus rapidement possible par un vétérinaire.
- Recommander aux personnes contact du cas (famille et entourage proche) de consulter pour un dépistage.

3. Affichage et information écrite des familles et du personnel.

L'affichage se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 1**.

L'information aux parents se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 2**.

L'information du personnel se fait sur la base du modèle régional fourni en **Annexe 3**.

L'information écrite aux parents et à la communauté scolaire est assurée par le chef d'établissement ou le directeur d'école qui au préalable prend l'attache du conseiller technique départemental (médecin ou infirmière).

**4. S'assurer de la bonne application des mesures d'hygiène au sein de l'établissement (lavage des mains +++)
et recommander le nettoyage des jouets.**

Cf. Guide du HCSP relatif aux conduites à tenir en cas de maladies infectieuses dans une collectivité d'enfants ou d'adultes.

5. Enquête en milieu scolaire à la recherche d'autres cas symptomatiques, dans la mesure du possible (par le personnel de santé de l'éducation nationale au sein de la classe ou de la section concerné) : orienter tout cas suspect de teigne vers un dermatologue ou à défaut vers son médecin traitant pour réalisation d'un prélèvement.

6. La personne atteinte pourra réintégrer la collectivité sur présentation d'un certificat médical attestant de la prescription d'un traitement adapté.

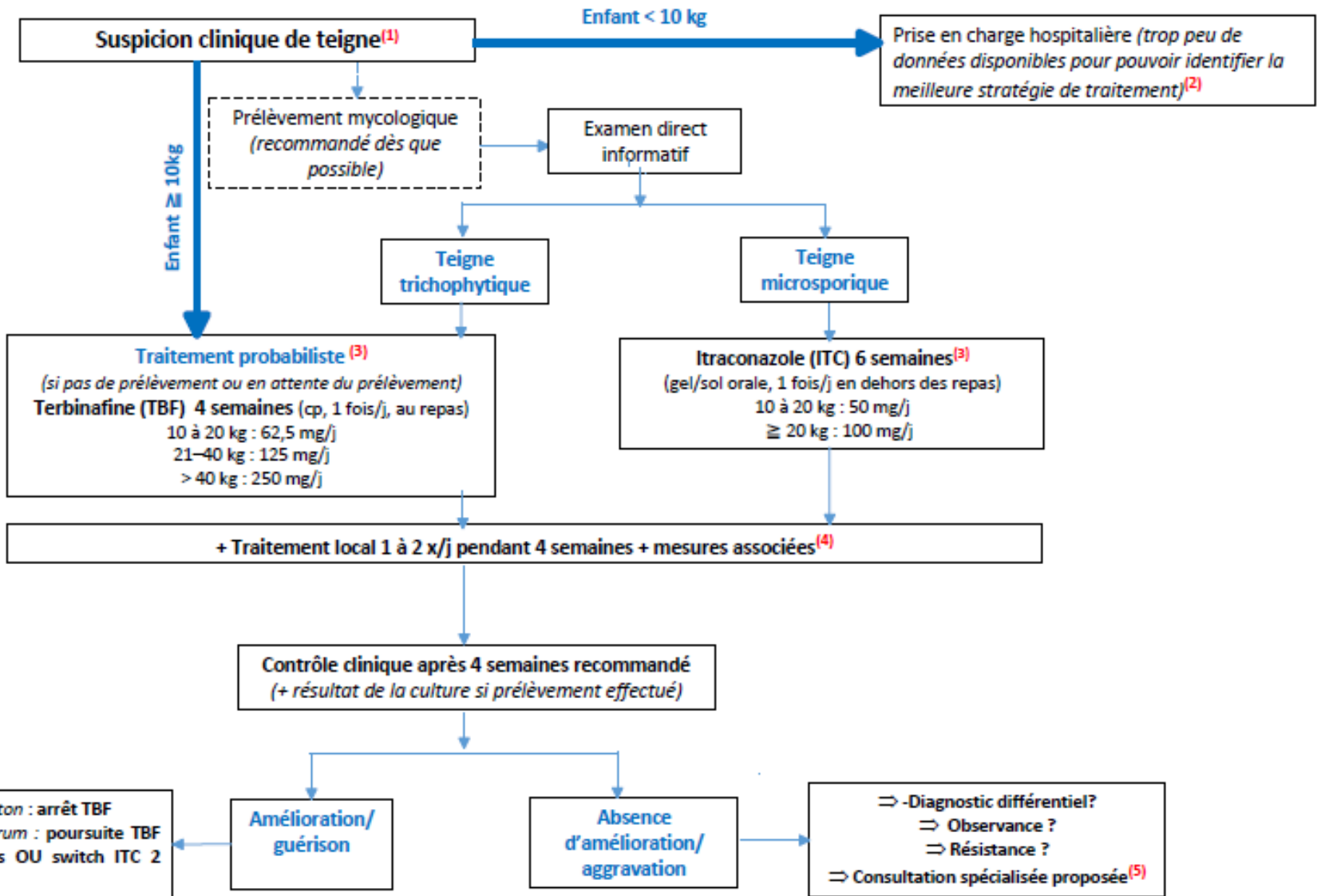
7. En situation de cas groupés, remplir l'Annexe 4** (tableau récapitulatif des sujets malades) et l'adresser dans les meilleurs délais à l'ARS à ars-bfc-dsp-infectieux@ars.sante.fr.**

**8. A réception du tableau, l'ARS prend contact, si besoin, avec le personnel de santé de l'éducation nationale et/ou le responsable de l'établissement pour investigations complémentaires.
L'ARS se charge de prévenir les médecins libéraux et les centres hospitaliers du secteur.**

9. Actualisation du tableau et transmission à l'ARS si survenue de nouveaux cas.

Références / Bibliographie :

- Haut Conseil de Santé Publique. Guide des conduites à tenir en cas de maladies infectieuses dans une collectivité d'enfants ou d'adultes. 28 septembre 2012. Disponible sur <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=306>
- Société Française de Dermatologie - https://document.sfdermato.org/groupe/centre-de-preuves/teigne/Algorithme_teignes_2021-06-22.pdf



Annexes

- (1) Caractéristiques cliniques des teignes
- (2) Conduite à tenir pour les enfants de moins de 10 kg
- (3) Guide pour le traitement par terbinafine et itraconazole
- (4) Mesures associées
- (5) Conduite à tenir en cas d'échec à 4 semaines

UN CAS DE TEIGNE / DERMATOPHYTOSE EST SURVENU DANS L'ÉCOLE

PARENTS : VOTRE VIGILANCE EST NECESSAIRE !

Il s'agit d'une maladie de la peau et des cheveux qui est due à un champignon. Cela donne des sortes de plaques rondes sur la peau et le cuir chevelu.

La maladie se transmet entre les personnes par contact direct avec une lésion ou au contact d'objet contaminé par la personne atteinte (peignes, brosses, bonnets, casquettes, doudous, vêtements...).

Si votre enfant présente une chute des cheveux, des lésions du cuir chevelu ou de la peau ressemblant aux photos, consultez votre médecin traitant sans attendre.

Pour les cas avérés, une éviction scolaire est nécessaire jusqu'à présentation d'un certificat médical attestant de la prescription d'un traitement adapté.



Un cas de teigne/dermatophytose a été signalé au sein de l'établissement scolaire de votre enfant.

Il s'agit d'une maladie de la peau et des cheveux qui est due à un champignon. La maladie se transmet entre les personnes par contact direct avec une lésion ou au contact d'objet contaminé par la personne atteinte (peignes, brosses, bonnets, casquettes, doudous, vêtements...).

Si votre enfant présente une ou des plaques rondes sur la peau et le cuir chevelu ou une chute des cheveux localisée, consultez votre médecin traitant sans attendre.

Dans ce contexte, nous vous recommandons également de renforcer les mesures d'hygiène à la maison, notamment le lavage des mains (et ongles coupés courts),

Pour les cas avérés, une éviction scolaire est nécessaire jusqu'à la présentation d'un certificat médical attestant de la prescription d'un traitement adapté.

Un cas de teigne/dermatophytose a été signalé au sein de l'établissement scolaire de votre enfant.

Il s'agit d'une maladie de la peau et des cheveux qui est due à un champignon. La maladie se transmet entre les personnes par contact direct avec une lésion ou au contact d'objet contaminé par la personne atteinte (peignes, brosses, bonnets, casquettes, doudous, vêtements...).

Si votre enfant présente une ou des plaques rondes sur la peau et le cuir chevelu ou une chute des cheveux localisée, consultez votre médecin traitant sans attendre.

Dans ce contexte, nous vous recommandons également de renforcer les mesures d'hygiène à la maison, notamment le lavage des mains (et ongles coupés courts),

Pour les cas avérés, une éviction scolaire est nécessaire jusqu'à la présentation d'un certificat médical attestant de la prescription d'un traitement adapté.



Information aux personnels

Un cas de teigne/dermatophytose a été signalé au sein de l'établissement scolaire.

Il s'agit d'une maladie de la peau et des cheveux qui est due à un champignon. La maladie se transmet entre les personnes par contact direct avec une lésion ou au contact d'objet contaminé par la personne atteinte (peignes, brosses, bonnets, casquettes, doudous, vêtements...).

Si vous présentez une ou des plaques rondes sur la peau et le cuir chevelu ou une chute des cheveux localisée, consultez votre médecin traitant sans attendre.

Dans ce contexte, nous vous recommandons également de renforcer les mesures d'hygiène à la maison, notamment le lavage des mains (et ongles coupés courts).



Information aux personnels

Un cas de teigne/dermatophytose a été signalé au sein de l'établissement scolaire.

Il s'agit d'une maladie de la peau et des cheveux qui est due à un champignon. La maladie se transmet entre les personnes par contact direct avec une lésion ou au contact d'objet contaminé par la personne atteinte (peignes, brosses, bonnets, casquettes, doudous, vêtements...).

Si vous présentez une ou des plaques rondes sur la peau et le cuir chevelu ou une chute des cheveux localisée, consultez votre médecin traitant sans attendre.

Dans ce contexte, nous vous recommandons également de renforcer les mesures d'hygiène à la maison, notamment le lavage des mains (et ongles coupés courts).

Cas de teigne en milieu scolaire : tableau récapitulatif des sujets malades

Nom IDE scolaire et coordonnées (tel + mail):

Nom et adresse et coordonnées (tel + mail) de l'établissement scolaire :

Nombre total d'élèves :

Nombre de classes :

Nombre d'internes :

Nombre de demi-pensionnaires :

N° Cas	- Nom et prénom - Classe/fonction - Statut (int/ DP/ ext/personnel)	Téléphone du sujet malade et/ou des parents	Ville / Code postal	Date de début des signes Description des lésions	Date du diagnostic Consultation dermato ?	Examen lumière de Wood (si oui, la teigne était-elle fluorescente?)	Examen mycologique (prélèvement réalisé ? résultats ED ? culture ?)	Animaux en contact ? Voyages en pays d'endémie ? (si oui, préciser le pays)	Lien avec autres cas ? Si frères et sœurs, préciser les classes	Dépistage famille : résultats

→ Document à renvoyer à l'ARS via la page de dépôt sécurisée accessible via ce lien : <https://bluefiles.orange-business.com/arsbfc/page-de-depot-ars-bfc-veille-et-securite-sanitaire-infectieux> ou ce QR code :



Procédure Toxi Infection Alimentaire Collective

ARS - EN

Procédure Toxi Infection alimentaire collective (TIAC)

ARS - EN

Mise à jour février 2023

Les foyers de TIAC sont à déclaration obligatoire.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-infectieuses-d-origine-alimentaire/toxi-infections-alimentaires-collectives/notre-action/#tabs>

Agent pathogène	<i>A déterminer</i>
Réservoir	Dépend de l'agent
Source et mode de contamination	Par contact direct avec des selles, par contact indirect avec des animaux porteurs, par ingestion d'aliments ou d'eau contaminés
Période d'incubation	Variable (dépend de l'agent)
Contagiosité	Variable (dépend de l'agent)
Durée de la contagiosité	Variable (dépend de l'agent)
Populations présentant un risque de gravité	Nourrissons et personnes âgées : risque de déshydratation importante

DEFINITION

Une TIAC est définie par la **survenue d'au moins 2 cas groupés** d'une **symptomatologie gastro-intestinale et/ou d'un syndrome infectieux** dont on peut rapporter la cause à une **même origine alimentaire**.

Les **germes** souvent en cause sont : salmonelles, staphylocoques, campylobacters... et virus entériques (notamment norovirus).

Les **symptômes les plus rencontrés** sont : nausées, vomissements, diarrhées, fièvre, douleurs abdominales, manifestations neurologiques, flush, urticaire... il existe des formes sévères en fonction du germe (shigelles, staphylocoques, salmonelles...) ou du terrain (nouveau-nés, personnes âgées, cardiaques, immunodéprimés).

CONDUITE A TENIR EN CAS DE SUSPICION DE TIAC

- 1.** Si nécessaire, appeler le 15 pour prise en charge médicale des cas.
- 2.** Après échange avec le conseiller technique (médecin, infirmier) départemental de l'éducation nationale, compléter une fiche de signalement (Annexe 1) et l'adresser le jour-même à l'ARS : ars-bfc-alerte@ars.sante.fr
- 3.** A réception du signalement, l'ARS prend contact avec le personnel de santé de l'éducation nationale et/ou le responsable de l'établissement pour mettre en œuvre les investigations.
 - ⇒ L'ARS pourra demander la diffusion d'un questionnaire à toutes les personnes ayant partagé le ou les repas suspects (malades et non malades). L'outil e-TIAC permet de générer des questionnaires en ligne : le lien vers le questionnaire est alors diffusé aux participants du(des) repas suspect(s).
 - ⇒ A défaut, si élèves trop jeunes par exemple, la complétude d'un tableau récapitulatif des sujets malades (Annexe 2) pourra être sollicité.
 - ⇒ La stratégie de communication et les remontées d'informations aux collectivités territoriales concernées seront définies en concertation.
- 4.** Un point de situation devra être transmis à l'ARS si survenue de nouveaux cas, doublé d'un appel au point focal régional (0.809.404.900) en cas d'hospitalisation / critères de gravité.

Références / Bibliographie :

- Haut Conseil de Santé Publique. Guide des conduites à tenir en cas de maladies infectieuses dans une collectivité d'enfants ou d'adultes. 28 septembre 2012.
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=306>
- Dossier Santé publique France relatif aux TIAC : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-infectieuses-d-origine-alimentaire/toxi-infections-alimentaires-collectives/la-maladie>

Signalement de suspicion de TIAC en milieu scolaire

Nom de l'IDE scolaire et coordonnées (tel + mail) :

Nom et adresse et coordonnées (tel + mail) de l'établissement scolaire :

Nom et coordonnées de la structure responsable des cuisines, si connus :

Nombre total d'élèves	
Nombre de classes	
Nombre d'internes	
Nombre de demi-pensionnaires	
Nombre de cas malades	
Date et heure du 1 ^{er} cas malade	
Date et heure du dernier cas malade	
Signes cliniques majoritairement présents	
Nombre d'examen biologique réalisé	
Notion de cas de gastro-entérite dans l'établissement les jours précédents (oui/non)	

Merci de joindre si possible à ce tableau la [liste des menus pris en commun par les malades](#).

→ Fiche à adresser à l'ARS : ars-bfc-alerte@ars.sante.fr

10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

→ Document à renvoyer à l'ARS via la page de dépôt sécurisée accessible via ce lien : <https://bluefiles.orange-business.com/arsbfc/page-de-depot-ars-bfc-veille-et-securite-sanitaire-infectieux> ou ce QR code :



Procédure Tuberculose ARS - EN

Procédure Tuberculose

ARS - EN

Mise à jour Février 2023

Les cas probables et les cas confirmés de tuberculose maladie sont à déclaration obligatoire, de même que les infections tuberculeuses latentes chez les enfants de moins de 18 ans.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-a-declaration-obligatoire/e-do-declaration-obligatoire-en-ligne-de-l-infection-par-le-vih-et-du-sida-et-de-la-tuberculose>

Agent pathogène	Mycobactérie du complexe tuberculosis.
Source et mode de contamination	Contamination de personne à personne – par les sécrétions respiratoires, surtout en cas de toux.
Période d'incubation	De quelques semaines à toute la vie.
Contagiosité	Contagiosité uniquement en cas de forme pulmonaire ou laryngée. Majorée si examen direct ou culture des produits respiratoires positive ainsi qu'en présence d'une toux ou d'une cavité à l'imagerie. Le risque de contamination augmente avec la durée du contact et sa proximité. Durée : tant que le sujet est bacillifère (ED ou culture +).
Populations particulièrement exposées	<ul style="list-style-type: none"> - Populations précaires - Populations venant de zones d'endémie - Professionnels de santé exposés - Population âgée (réactivation d'infections anciennes) - Personnes immunodéprimées
Population présentant des facteurs de risque de gravité	<ul style="list-style-type: none"> - Nourrissons - Enfants âgés de moins de 15 ans - Personnes immunodéprimées

DEFINITIONS

Tuberculose maladie

- Cas confirmé : maladie due à une mycobactérie du complexe Tuberculosis prouvée par la culture.
- Cas probable : (1) signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose, **et** (2) décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard.

Infection tuberculeuse latente chez un enfant de moins de 18 ans

IDR à 5U positive sans signes cliniques ni paracliniques (induration >15 mm si BCG ou >10 mm sans BCG ou augmentation de 10 mm par rapport à une IDR datant de moins de 2 ans).

MESURES A PRENDRE DANS LA COLLECTIVITE

L'enquête autour du cas est menée par le **Centre de lutte antituberculeuse (CLAT)** en lien avec :

- le personnel de santé de l'éducation nationale pour les élèves ;
- le médecin de prévention ou à défaut le médecin conseiller technique rectoral pour le personnel EN ;
- le médecin du travail/de prévention de la collectivité territoriale pour le personnel de la collectivité territoriale concernée.

Coordonnées des CLAT de la région :

• CLAT 21	03.80.28.14.62	Clat21@chu-dijon.fr
• CLAT 25	03.81.65.44.58	Clat25@ahs-fc.fr
• CLAT 39	03.84.65.44.58	Clat.jura@ahs-fc.fr
• CLAT 58	03.86.59.24.14	Clat58@nievre.fr
• CLAT 70	03.84.95.72.88	angelique.poirot@haute-saone.fr
• CLAT 71	03.85.91.01.74	sante.publique@ch-chalon71.fr
• CLAT 89 (Sens)	03.86.86.18.89	eoleckowski@ch-sens.fr / sante-publique@ch-sens.fr
• CLAT 89 (Auxerre)	03.86.48.48.62	scdag@ch-auxerre.fr / clat@ch-auxerre.fr
• CLAT 90	03.84.28.69.66	maud.ricklin@territoiredebelfort.fr

Références / Bibliographie :

- Calendrier vaccinal en vigueur
- Site Vaccination Info Service de Santé Publique France : <https://vaccination-info-service.fr>
- Âge optimal de vaccination par le BCG chez les nourrissons et pertinence de pratiquer une intradermoréaction préalable. HCSP, février 2017.
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=597>
- Vaccin BCG : optimisation de l'utilisation en situation de pénurie. HCSP, avril 2016.
<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=549>
- Enquête autour d'un cas de tuberculose. Recommandations pratiques. HCSP, octobre 2013.
<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=391>
- Page dédiée du site internet SpF : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/tuberculose/notre-action/#tabs>

Procédure Evènement sanitaire collectif inexpliqué en milieu scolaire

Procédure Evènement sanitaire collectif inexpliqué en milieu scolaire

MAJ février 2023

DEFINITION DE CAS

L'appellation syndrome collectif inexpliqué sert à définir l'ensemble des épidémies de symptômes non spécifiques survenant en collectivité et **dont l'origine n'est pas établie**, les causes infectieuses et toxiques ayant été écartées. Dans tous les cas, la fièvre est absente (sauf infection intercurrente).

Le bâtiment qui héberge la collectivité est très généralement incriminé (« syndrome des bâtiments malsains »). Tant que l'origine des symptômes reste indéterminée, on peut assister à de nombreuses récurrences de leur survenue.

Les symptômes peuvent être assez variables d'une personne à l'autre, se combinant parmi les 5 catégories de symptômes suivantes :

- 1- Symptômes affectant les muqueuses et les voies respiratoires supérieures
 - irritation, sécheresse des yeux, du nez, de la gorge
 - picotements des yeux, larmoiements, congestions nasales
 - toux, éternuements, saignements du nez
 - voix enrrouée ou modifiée
- 2- Symptômes affectant le système respiratoire profond : oppression thoracique, respiration sifflante, asthme, essoufflements
- 3- Symptômes affectant la peau : sécheresse, démangeaisons, éruptions (disparaissent en général pendant les congés mais non pendant les périodes plus courtes comme les week-ends)
- 4- Symptômes affectant le système nerveux central
 - fatigue, difficultés de concentration, somnolence
 - maux de tête
 - étourdissements, vertiges, nausées
- 5- Symptômes de gêne extérieure : odeurs déplaisantes, modification du goût

Les symptômes se disséminent dans la collectivité par « le son et la vue », et l'épidémie progresse à la vitesse de la rumeur (mais cette dynamique est souvent difficile à mettre en évidence). Le ou les premiers cas touchés peuvent occuper une situation de leader au sein du groupe.

L'étiologie est complexe et repose sur la combinaison des éléments suivants :

- a- Élément déclenchant : perception d'une odeur particulière / perturbation de l'environnement (travaux)
- b- Contexte favorisant : environnement perçu comme dégradé, contexte sociologique tendu, communauté soumise au stress ou présence d'un stress physique ou psychique inhabituel, rumeurs d'expositions à des toxiques

c- Pathologie multifactorielle

Facteurs environnementaux : présence de polluants de l'air intérieur, problèmes de ventilation, température inconfortable, hygrométrie trop faible, éclairage inadapté, sur occupation des locaux

Facteurs de risques individuels : atopie, sécheresse cutanée préexistante, port de lentilles de contact

Facteurs psychosociaux : management trop distant ou à l'inverse, manque d'intimité, travail ennuyeux ou surcharge

Facteurs psychologiques

MESURES DE GESTION

En premier lieu, il convient de joindre le conseiller technique (médecin, infirmier) départemental de l'éducation nationale pour l'informer de la situation et qu'un suivi hiérarchique soit intégré à la gestion.

1. Traitement du signalement par l'ARS

Les investigations d'un tel syndrome sont menées sous le pilotage du Département VSS de l'ARS, en lien avec l'Unité Territoriale Santé Environnementale (UTSE), la cellule régionale de SpF et les acteurs de terrain.

A réception du signalement (**Annexe 1**), l'ARS prend contact avec les interlocuteurs de l'EN (responsable d'établissement, personnel de santé), le gestionnaire du bâtiment (maire si école, conseil départemental si collège, conseil régional si lycée ou autre), et si besoin avec les intervenants extérieurs (urgentistes, centre antipoison) pour orienter les premières investigations.

2. Investigations

i. Investigations cliniques individuelles

Le personnel de santé de l'EN oriente la prise en charge médicale des cas en fonction des symptômes observés.

Cette première étape permet également d'éliminer les diagnostics différentiels : cause toxique (CO) / cause infectieuse ou parasitaire (chenilles processionnaires, infestation de puces, TIAC) / pathologies liées au bâtiment. A noter que la nette prédominance dans une catégorie d'élèves et l'apparente transmission par le son et/ou la vue vont à l'encontre des diagnostics différentiels.

Des antécédents type HRB / sensibilisation ancienne à des allergènes ou encore peau sèche sont à rechercher pour expliquer une intolérance à l'environnement.

ii. Enquête épidémiologique

Systématique sauf si diagnostic différentiel établi.

Les outils de recueil des données épidémiologiques sont élaborés par la cellule régionale SpF et l'ARS. La collecte des données est prioritairement assurée par le personnel de santé de l'EN et, si nécessaire, avec l'appui de la cellule régionale SpF et de l'ARS.

iii. Enquête psychosociale

Par des entretiens individuels semi-structurés : non systématique, et potentiellement délégué à un spécialiste des sciences sociales.

iv. Enquête environnementale

Non systématique.

Lorsqu'une enquête environnementale est indiquée, elle est réalisée par l'UTSE du Département Prévention Santé Environnement de l'ARS, sur place si besoin, et avec l'aide des services techniques du gestionnaire du bâtiment.

L'enquête doit porter notamment sur le système de chauffage et de ventilation, les matériaux de construction ou d'aménagement, les produits d'entretien utilisés ou les produits utilisés lors des travaux pratiques, la qualité de l'eau au robinet...

Pour ce faire, l'ARS peut s'appuyer sur l'expertise de SpF pour l'évaluation des risques, et pour la validation de la liste des facteurs à rechercher en cas de besoin.

HYPOTHESES EXPLICATIVES ET RESTITUTION

La mise en commun des différents types d'informations recueillies par les différentes investigations permet de dégager collégalement les principaux facteurs susceptibles d'expliquer les phénomènes observés, et donc la **formulation d'hypothèses explicatives**.

Les services de l'ARS impliqués dans les investigations précisent à l'issue les mesures de gestion au responsable d'établissement, en lien avec le gestionnaire du bâtiment.

Une réunion de restitution pour les parents d'élèves, avec le responsable d'établissement, le personnel de santé de l'EN, les services techniques du gestionnaire du bâtiment, les services de l'ARS impliqués dans les investigations, la cellule régionale SpF et la préfecture, peut être organisée pour partager les résultats de l'enquête et faire connaître les mesures de gestion.

Même si les investigations n'ont pas permis de déterminer la cause, les résultats doivent être restitués en toute transparence et toutes les hypothèses doivent être avancées.

L'établissement doit ensuite assurer une veille afin de déterminer si les symptômes persistent et rassurer en indiquant que l'ARS reste à la disposition de l'EN pour mener toute enquête complémentaire que la veille aurait rendu nécessaire.

Références / Bibliographie

Guide pour le diagnostic et la prise en charge des syndromes collectifs inexpliqués. Institut de veille sanitaire, août 2010. Mis à jour le 5 juin 2019 :

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/diagnostic-et-prise-en-charge-des-syndromes-collectifs-inexpliques.-guide-technique>



Fiche de signalement d'un syndrome collectif inexplicé



A renvoyer par mail à ars-bfc-alerte@ars.sante.fr

Date et heure du signalement :

Informations générales

Personne responsable du signalement (interlocuteur privilégié de l'ARS):

Nom: _____ Fonction: _____

Tel: _____ E-mail: _____

Nom de l'établissement :

Adresse:

Noms et coordonnées :

	Nom	Téléphone	E-mail
Responsable de l'établissement			
Médecin établissement			
Infirmier établissement			
Autre			

Description du signalement

Nature de l'évènement :

Date et heure de survenue :

Y a-t-il récurrence de l'évènement ? oui non

Y a-t-il une augmentation du taux absentéisme ? oui non

Y a-t-il une augmentation du nombre de sollicitations du médecin du travail / du nombre de visites à l'infirmier, ou, à défaut, à la vie scolaire ? oui non

Lieu précis de survenue de l'évènement (préciser si l'évènement concerne un bâtiment, une salle, un étage, un lieu en particulier) :

Personnes concernées par l'évènement (nombre, description) :

Description des signes présentés par les malades :

Cause(s) suspectée(s) :

Impact et conséquences

Le SAMU/SMUR est-il intervenu ? oui non - Si oui, date et heure :

Les pompiers sont-ils intervenus ? oui non - Si oui, date et heure :

Y a-t-il des personnes hospitalisées ? oui non - Si oui, nombre :

Les médias sont-ils déjà informés ? oui non - Si oui, quand :

Les médias ont-ils diffusé l'information ? oui non - Si oui, quand :

Mesures de gestion prises au sein de l'établissement

Préciser : fermeture de l'établissement, information des salariés etc...

Mesures effectuées :

Mesures envisagées :

Acteurs informés

Liste des acteurs informés par l'établissement :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Education Nationale | <input type="checkbox"/> Pompiers | <input type="checkbox"/> Maire |
| <input type="checkbox"/> médecin établissement | <input type="checkbox"/> SAMU | <input type="checkbox"/> Conseil Départemental |
| <input type="checkbox"/> infirmier établissement | <input type="checkbox"/> CAPTV (Centre antipoison) | <input type="checkbox"/> Conseil Régional |
| <input type="checkbox"/> IA-DASEN | <input type="checkbox"/> Gendarmerie | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> IEN de circonscription | <input type="checkbox"/> Préfet | |
| <input type="checkbox"/> médecin DSDEN | | |
| <input type="checkbox"/> infirmier DSDEN | | |
| <input type="checkbox"/> médecin rectorat | | |
| <input type="checkbox"/> infirmier rectorat | | |

académies
Besançon
Dijon



RÉGION ACADÉMIQUE
BOURGOGNE
FRANCHE-COMTÉ

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION




**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

ars
Agence Régionale de Santé
Bourgogne-
Franche-Comté