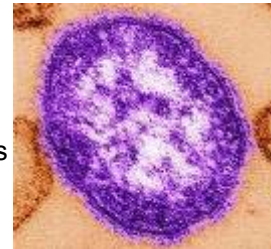


Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de rougeole en établissement de santé

Epidémiologie

Carte d'identité du virus

Morbillivirus, virus à ARN enveloppé, de la famille des *Paramyxoviridae*.



Réservoir et vecteur

- réservoir : strictement humain
- principale source : sécrétion des voies aériennes supérieures, salive, larmes

Viabilité

- persistance de l'infectiosité des aérosols : peut dépasser 30 minutes
- survie \leq 2h sur les surfaces inertes
- inactivé par : la chaleur (56°C pendant 30 minutes) et la lumière
- sensible aux désinfectants habituellement utilisés en milieu de soin dont hypochlorite de sodium à 1%, éthanol à 70%

Transmission

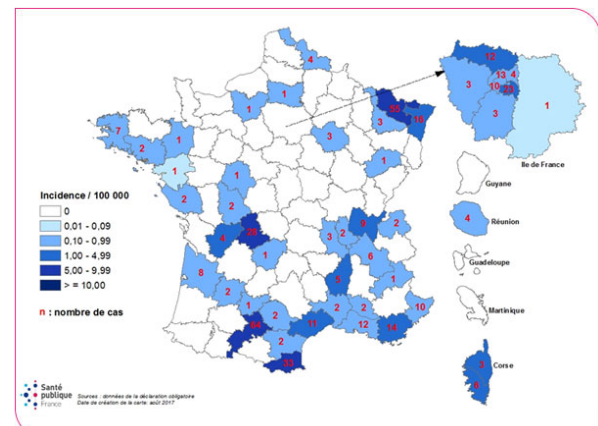
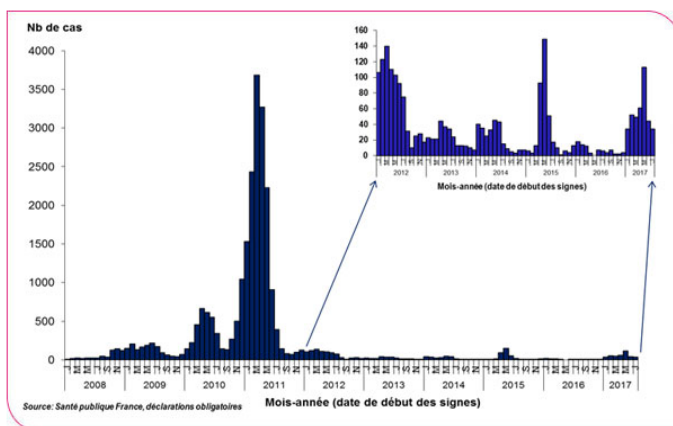
- aérienne, jusqu'à 2h après le départ du patient source
- gouttelettes
- contact direct ou indirect plus rarement

Contexte épidémiologique

- maladie virale éruptive hautement contagieuse et immunisante (confère une immunité « à vie »)
- dans les pays développés, bénigne dans plus de 90% des cas mais tableau clinique lourd, complications graves non rares (20 décès en France en 10 ans)
- pathologie de l'enfant dans les populations non vaccinées, de l'adolescent et de l'adulte jeune dans les populations mal vaccinées
- recrudescence épidémique cyclique à la fin de l'hiver et au printemps
- entre 2008 et 2016, plus de 24 000 cas déclarés dans la quasi-totalité des régions. Cette situation ne met pas les départements indemnes de rougeole aujourd'hui à l'abri d'une extension de la circulation virale dans un avenir proche. Aucun département n'atteint actuellement les 95% de couverture vaccinale à 2 ans pour les 2 doses de vaccin, taux requis pour permettre l'élimination de la maladie.

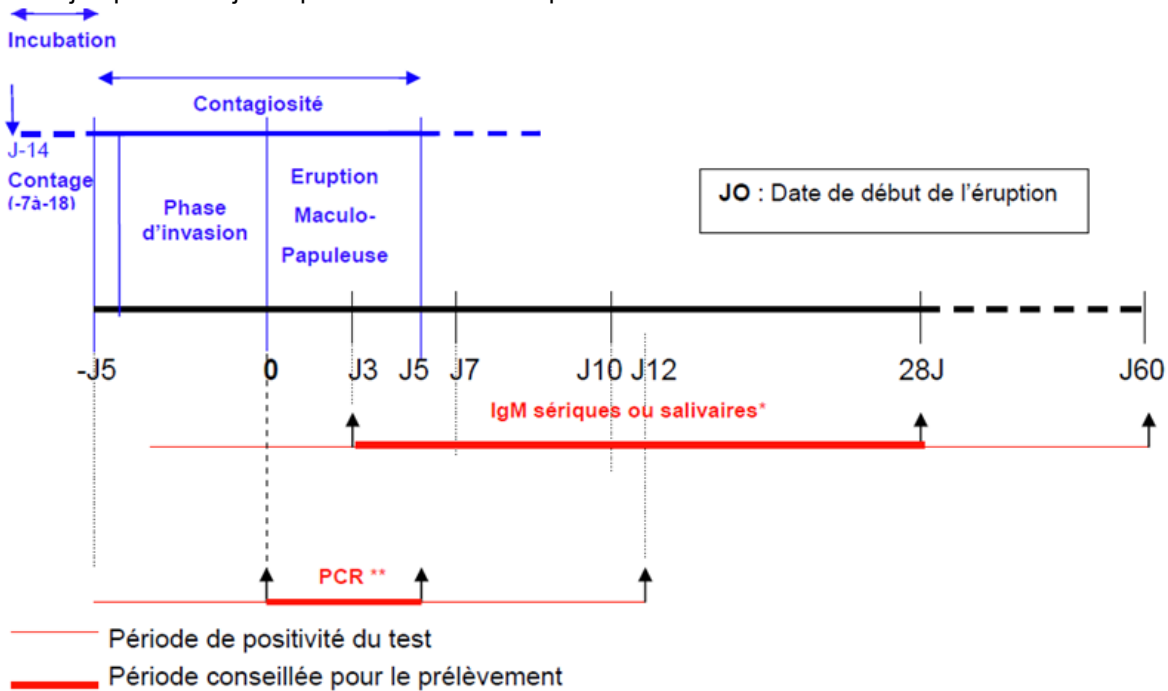
Cas de rougeole par mois. DO France, janvier 2008- février 2018 (source : données de déclaration obligatoire, SpF)

Répartition géographique des cas survenus du 17/02/17 au 16/02/18 (n= 885) (source : SpF)



Histoire naturelle de la maladie

- incubation : 10 à 12 jours en général (extrêmes de 7 à 18 jours)
- premiers signes : fièvre, asthénie, catarrhe oculo-respiratoire
- éruption 2 à 4 jours après les premiers signes
- période de contagiosité : de la veille de l'apparition des 1^{ers} symptômes, soit 3 à 5 jours avant l'éruption, jusqu'au 5^{ème} jour après le début de l'éruption.



* Les anticorps IgM peuvent être détectés depuis l'apparition de l'éruption jusqu'à environ 60 jours après ; ils sont le plus souvent positifs entre +J3 et +J28 dans la salive et le sérum.

** L'ARN viral peut être détecté dans la salive, le nez, la gorge et l'urine de environ -J5 à +J12. La période de détection optimale dans le sang, la salive le nez ou la gorge s'étend de l'apparition de l'éruption à +J5.

Diagnostic et traitement

Le diagnostic est essentiellement clinique. L'absence de vaccination préalable ou la notion d'une seule injection est un élément important à recueillir lors de l'anamnèse.

Signes cliniques

- fièvre jusqu'à 39,5-40°C, altération de l'état général, catarrhe oculo-respiratoire pendant 2 à 4 jours (conjonctivite, larmolement, rhinite, toux)
- signe de Köplik, inconstant, pathognomonique, présent entre la 36^{ème} heure et l'éruption
- éruption cutanée fébrile, non prurigineuse, maculo-papuleuse, descendante en 3-4 jours, confluyente en placards avec intervalles de peau saine, disparaissant au bout d'1 semaine, avec fines desquamations parfois.



Complications

- surinfection virale ou bactérienne : otite moyenne aiguë, pneumopathie
- atteinte respiratoire mécanique (atélectasie, emphysème)
- encéphalite aiguë précoce, leucoencéphalite (panencéphalite subaiguë sclérosante) tardive
- diarrhée
- autres : thrombopénie, hépatite, péricardite, myocardite, laryngite.

Personnes à risque de formes graves

- sujets immunodéprimés ou atteints de malnutrition
- nourrisson de moins de 1 an
- femme enceinte: forme grave pour la mère, interruption précoce de grossesse, rougeole congénitale.

Formes aussi plus sévères et complications plus fréquentes chez les adultes et adolescents non immuns.

Biologie

Les cas de rougeole doivent être confirmés :

- soit biologiquement
- soit épidémiologiquement (lien avec un cas confirmé)



Diagnostic virologique de la rougeole

Il s'appuie soit sur le diagnostic direct : recherche du virus ou de ses constituants (ARN, antigènes), soit sur la recherche des anticorps : diagnostic indirect ou sérodiagnostic.

Les prélèvements :

Le prélèvement salivaire est réalisé par le médecin à l'aide d'un kit salivaire fourni par les ARS, comprenant les systèmes de prélèvement ("salivette"), de transport (boîte et enveloppe), et de renseignements (identité clinique). Le prélèvement permet la recherche du génome ARN viral et des anticorps anti-virus en cas d'ARN négatif. Il est transmis par voie postale au CNR.

En milieu hospitalier un prélèvement nasal ou naso-pharyngé sur milieu de transport virologique est recommandé. Il permet de rechercher l'ARN viral.

Le prélèvement sanguin est destiné le plus souvent à la recherche des anticorps anti-virus de la rougeole (sérologie). C'est aujourd'hui l'approche recommandée en médecine communautaire.

La prise de sang périphérique est réalisée sur un tube sec. Il n'est pas nécessaire si un prélèvement salivaire a été réalisé. La présence du virus dans le sang (virémie) peut être recherchée sur un tube de sang EDTA.

Dans certaines complications, **d'autres prélèvements** sont utiles : sécrétions trachéo-bronchiques, urines, liquide céphalo-rachidien...

Les techniques :

La technique de base utilisée pour la détection du virus est la **recherche de l'ARN viral** par une technique moléculaire : RT-PCR (reverse-transcription, polymérase-chain-reaction) en temps réel. En cas de détection positive, l'identification du génotype viral est effectuée par séquençage d'une partie du génome viral.

L'isolement des souches de virus de la rougeole est réalisé au CNR sur des cultures de cellules Vero Slam. Il est indiqué pour l'étude de certaines souches virales.

La détection des anticorps anti-virus de la rougeole, des classes IgG et IgM, est réalisée en routine à l'aide de troupes immunoenzymatiques (ELISA) commerciales. La recherche des anticorps neutralisants en culture cellulaire (anticorps protecteurs) est possible, mais plus compliquée. À partir d'un certain taux, ils sont corrélés aux taux d'anticorps décelés en ELISA.

- Coordonnées du CNR
Laboratoire de virologie humaine et moléculaire, CHU, Avenue George Clémenceau, 14033 CAEN, tel 02 31 27 25 54, fax 02 31 27 25 57, cnr-rou-para@chu-caen.fr

Traitement

Uniquement symptomatique.

Prévention

Elle repose avant tout sur la vaccination puis sur la prescription des précautions complémentaires de type air dès la suspicion d'un cas.

Les personnes immunisées sont celles qui ont :

- des antécédents de rougeole inscrits dans le carnet de santé
- ou une sérologie antérieure certifiant l'immunité
- ou reçu 2 doses de vaccin.

Vaccin sous forme :

- trivalente, associé aux vaccins contre les oreillons et la rubéole (ROR)
 - 2 doses espacées d'au moins 1 mois



- la 2^{ème} injection n'est pas un rappel mais un rattrapage pour ceux qui n'ont pas de séroconversion pour un ou plusieurs des antigènes lors de la 1^{ère} vaccination.

Contre-indication

Grossesse (vaccin à virus vivant atténué). Les femmes en âge de procréer doivent s'abstenir d'initier une grossesse dans le mois suivant l'administration de chaque dose de vaccin. Une vaccination réalisée accidentellement chez une femme enceinte ne justifie ni interruption médicale de grossesse ni même surveillance particulière.

Calendrier vaccinal 2018

Cette vaccination est obligatoire chez l'enfant né depuis le 1^{er} janvier 2018

Professionnels de santé ou en charge de la petite enfance

- Nés-es avant 1980, non vaccinés et sans antécédent connu de rougeole : faire 1 dose de vaccin trivalent sans contrôle sérologique préalable systématique, même si antécédents de rougeole ou de vaccination incertains.
- Nés-es depuis 1980 et de plus de 24 mois : doivent avoir reçu 2 doses au total de vaccin trivalent, en respectant un délai minimal d'un mois entre les deux doses, quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.

Autres (pour rappel) :

- Enfants âgés de 12 à 24 mois :
 - 1^{ère} injection à 12 mois quel que soit le mode de garde
 - 2^{ème} injection entre 16 et 18 mois, voire plus tard si non réalisé la 2^{ème} année.
- Les personnes qui ont développé l'une des trois maladies contre lesquelles protège le vaccin, ne sont habituellement pas protégées contre les deux autres et administrer un vaccin vivant atténué à une personne déjà immunisée ne présente aucun inconvénient (inactivation du virus par les Ac préexistants).

Conduite à tenir devant un / plusieurs cas de rougeole

Critères de notification de la rougeole

- Critères cliniques : association d'une fièvre = 38,5°C, d'une éruption maculo-papuleuse et d'au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Köplik.
- Critères biologiques :
 - . détection (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédant le prélèvement) sérologique ou salivaire d'IgM spécifiques de la rougeole, ou
 - . séroconversion ou élévation (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédant le prélèvement) de 4 fois au moins du titre des IgG sériques entre la phase aiguë et la phase de convalescence, ou
 - . détection du virus par PCR sur prélèvements sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire, ou
 - . culture positive sur prélèvement(s) sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire.

Définition des cas

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 clinique¹ et qui a été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas de rougeole confirmé².

Gestion de l'évènement

Aux urgences

Prescrire / mettre en place les précautions complémentaires air pour tout cas suspect (séjour en Aquitaine (Gironde...)), lui faire porter un masque chirurgical, éviter un passage en salle d'attente, l'examiner ou l'hospitaliser en box individuel et en chambre individuelle.

¹ En situation de cas groupés, le diagnostic peut être défini épidémiologiquement avant que l'ensemble des signes cliniques soit présents.

² Ce cas peut être un cas confirmé biologiquement ou être un cas confirmé épidémiologiquement (situation correspondant à une chaîne de transmission).

Devant un cas patient

Appliquer des précautions complémentaires d'hygiène de type air.

Mesures pour le patient

- l'hospitaliser en chambre individuelle porte fermée jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption (en maternité, en cas de rougeole maternelle, isoler le couple mère-enfant si ce dernier va bien, pas de contre-indication à l'allaitement maternel)
- aérer régulièrement la chambre
- limiter les déplacements
- si déplacement, port du masque chirurgical



Mesures pour le personnel

- limiter le nombre d'intervenants
- dédier du personnel immunisé
- dans tous les cas port d'un masque FFP2 avant l'entrée dans la chambre, à retirer après la sortie de la chambre
- port de gants, indications des précautions standard
- désinfection des mains par friction



Mesures pour les visiteurs

- limiter le nombre de visites
- port d'un masque FFP2

Devant un cas soignant

- mesures à prendre en lien avec le médecin de santé au travail
- éviction immédiate pendant la phase contagieuse (jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption)
- tout sujet présentant une éruption cutanée fébrile caractéristique doit être considéré comme un cas potentiel : éviction, investigations afin de confirmer le diagnostic, traitement symptomatique
- en cas d'épidémie, ces mesures doivent être prises dès les prodromes.

Dans tous les cas

Signaler, déclarer

- signalement de toute suspicion ou de tout cas de rougeole à l'équipe opérationnelle d'hygiène et à la direction
- Déclaration obligatoire de tous les cas https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12554.do l'adresser à l'ARS.
ARS ARA :
0810 22 42 62 (7h/7 et 24h/24)
ars69-alerte@ars.sante.fr
fax : 04 72 34 41 27
- Signalement externe sur e-Sin (ARS/CPias) de tous les cas nosocomiaux ([décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001](#)) dans l'application e-SIN (<https://esin.santepubliquefrance.fr>)

Si les précautions complémentaires air n'ont pas été mises en place dès l'admission alors rechercher des sujets contacts

- parmi les patients, les visiteurs et le personnel (toute personne intervenant dans le service : kinésithérapeute, manipulateur radio, bénévoles...)
- identifier les personnes à risque de forme grave (Cf. paragraphe diagnostic et traitement).

Définition d'un sujet contact

Sujet ayant fréquenté de manière concomitante les mêmes locaux qu'un cas, quelle que soit la durée, y compris de façon indirecte s'il s'agit de locaux confinés, pendant la période de contagiosité du cas : de la veille de l'apparition de la fièvre (5 jours avant l'éruption) à 5 jours après le début de l'éruption.

Prendre en charge les contacts

- les informer de ce contact dans l'établissement
- vérifier leur statut vaccinal et le mettre à jour si nécessaire. Une vaccination des personnes non immunisées réalisée dans les 72h qui suivent le contact peut éviter la survenue de la maladie.

Recommandations autour d'un cas de rougeole

Dans le cadre du plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole, une vaccination préventive pour les personnes potentiellement réceptives exposées à un cas de rougeole est recommandée. Ces mesures concernent les contacts autour d'un cas clinique ou confirmé biologiquement pour les contacts proches, et les contacts d'un cas confirmé biologiquement dans les autres collectivités :

- **nourrissons âgés de 6 à 11 mois** : une dose de vaccin trivalent (**hors AMM entre 6 et 8 mois révolus**) dans les 72 heures suivant le contact présumé (dans ce cas, l'enfant recevra par la suite deux doses de vaccin trivalent suivant les recommandations du calendrier vaccinal : 1ère dose à l'âge de 12 mois, 2e dose entre 16 et 18 mois)
- **personnes âgées de plus d'un an et nées depuis 1980** : mise à jour conformément au calendrier vaccinal pour atteindre deux doses de vaccin trivalent
- **professionnels de santé ou personnels chargés de la petite enfance**, sans antécédent de rougeole et/ou n'ayant pas reçu deux doses de vaccin trivalent, quelle que soit leur date de naissance : une dose de vaccin trivalent.

L'administration d'une dose de vaccin, telle que préconisée ci-dessus, réalisée dans les 72 heures qui suivent le contact avec un cas peut éviter la survenue de la maladie.

En dehors de la population particulière du nourrisson de 6 à 11 mois, elle reste préconisée même si ce délai est dépassé car elle permet de saisir l'opportunité de mettre à jour le carnet vaccinal du sujet contact.

En outre, un **délai d'au moins neuf mois** est à respecter chez une **personne ayant reçu des immunoglobulines en prophylaxie post-exposition** de la rougeole **avant de la vacciner contre la rougeole, les oreillons et la rubéole**. Ce délai peut être **porté à 12 mois** pour les nourrissons ayant reçu des doses élevées d'immunoglobulines (**2g/kg**) telles qu'utilisées pour traiter la maladie de Kawasaki.

Recommandations en situation de cas groupés de rougeole

En situation de cas groupés, des mesures vaccinales particulières et supplémentaires sont proposées. Elles reposent sur la notion qu'en situation épidémique, la plupart des cas sont confirmés épidémiologiquement et que la valeur prédictive positive du diagnostic clinique est plus élevée qu'en situation endémique. La **vaccination est ainsi recommandée aux contacts proches et en collectivité sans attendre les résultats de laboratoire**.

En plus des recommandations autour d'un cas, toutes les personnes, y compris celles nées avant 1980, sans antécédent connu de rougeole devraient compléter leur vaccination jusqu'à obtenir en tout deux doses de vaccin trivalent.

De la même manière, l'administration d'une dose de vaccin, telle que préconisée ci-dessus, réalisée dans les 72 heures qui suivent le contact avec un cas, peut éviter la survenue de la maladie.

Dans tous les cas, lorsque **la situation requiert deux doses, l'intervalle entre celles-ci sera d'au moins un mois**.

⇒ Tout sujet contact présentant des symptômes caractéristiques doit être considéré comme un cas potentiel : isolement ou éviction, investigations à visée diagnostique, traitement symptomatique.

Le clinicien alerte sans délai l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ou le coordonnateur de la lutte contre les IN ou gestion des risques (GDR) qui peut décider d'activer une cellule de crise.

Composition de la cellule de crise

- coordonnateur de la lutte contre les infections nosocomiales
- hygiéniste(s) de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- clinicien(s) du service concerné
- infectiologue ou référent anti-infectieux
- médecin du service de santé au travail
- représentant de la direction des soins
- représentant de la direction
- responsable de la gestion des risques quand il existe

Rôle de la cellule de crise (se réunit à la demande)

- coordonne et adapte les actions ci-dessous en fonction de la situation
- coordonne l'information dans l'établissement :
 - du personnel :
 - qui : en priorité le personnel des services concernés, puis tout le personnel

- quoi : mode de transmission, mesures barrières, surveillance clinique (contacts des cas), conduite à tenir devant l'apparition de signes évocateurs, mesures de prévention (Cf. paragraphe prévention) et de la situation épidémique (nombre de cas, nombre de contacts)
- comment : courrier joint à la fiche de paie, communication orale ouverte, communication dans le service concerné, Intranet, ...
- des services qui reçoivent des patients contacts transférés
- du laboratoire de biologie de toute suspicion de rougeole avant l'envoi en urgence d'un ou des prélèvements à visée diagnostique pour pouvoir prendre rapidement les mesures suivantes :
 - pratiquer des sérologies en urgence si nécessaire avant vaccination
 - effectuer des diagnostics par PCR
 - utiliser les kits salivaires disponibles dans les SAU (s'assurer de leur disponibilité)
 - acheminer au CNR les salives ou prélèvements positifs en vue d'un génotypage
- les instances concernées : CHSCT, CME, ...

Informer hors de l'établissement

- le médecin traitant des contacts ou l'établissement accueillant des patients contacts transférés
 - par mail ou contact téléphonique
 - incluant notamment des recommandations de vaccination ou d'immunothérapie et de surveillance dans les 2 semaines qui suivent le contage (Cf. exemple en annexe)
- discuter des modalités d'information des patients contacts déjà sortis au moment du diagnostic du cas par téléphone, par mail, par courrier, via le médecin traitant (Cf. exemple en annexe)

Discuter en cellule de crise l'utilité d'un **numéro d'appel gratuit**

- Objectif : permettre aux patients ayant reçu le courrier d'obtenir des précisions sur les risques encourus, la maladie et leur cas en particulier.
- Mis en place dans l'établissement ou par l'intermédiaire d'un organisme spécialisé.
- Gestion des appels
 - . par du personnel non médical formé par des médecins spécialistes ou l'EOH à l'aide de guide de réponses rédigées
 - . planning d'astreintes de médecins référents susceptible de répondre en 2^{ème} ligne et/ou de donner un rendez-vous de consultation
 - . certains appels peuvent être aussi basculés directement sur le service de pédiatrie.

- la presse écrite, radio, TV... Discuté en cellule de crise, la décision revient au responsable de l'établissement.

Assurer la traçabilité de l'épisode

Rédiger un rapport détaillé

- des étapes de l'investigation
- des mesures prises
- de la survenue de nouveaux cas (courbe épidémique)
- de la communication effectuée
- de l'évaluation des coûts liés à l'épisode.

Bibliographie

Réglementation / Recommandations

Ministère des Solidarités et de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales. Janvier 2018, 72 pages.

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf

OMS. Note de synthèse de l'OMS sur les vaccins contre la rougeole. Relevé épidémiologique Hebdomadaire 2017/04, 92: 205-228.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255149/1/WER9217.pdf?ua=1>

Mes Vaccins.net : rougeole

<https://www.mesvaccins.net/web/diseases/8-rougeole>

OMS : rougeole

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/fr/>

InVS : Qu'est-ce que la rougeole ?

<http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/..Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Qu-est-ce-que-la-rougeole>

Haut conseil de la santé publique. Guide pour l'immunisation en post-exposition - Vaccination et immunoglobulines. 2016/02, 86 pages.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=548>

Haut conseil de la santé publique. Avis relatif au délai à respecter entre l'administration d'immunoglobulines polyvalentes en post-exposition de la rougeole et du vaccin trivalent ROR. 16 avril 2012, 7 pages.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=267>

Haut conseil de la santé publique. Avis relatif à la problématique de la rougeole chez la femme enceinte. 23 mai 2011, 5 pages.

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20110523_rougeolefemmeenceinte.pdf

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3113-7 du code de la santé publique. Journal officiel 27 août 2011, 2 pages.

<http://cpias.fr/Nosobase/Reglementation/2011/Arrete/22082011.pdf>

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Adaptation transitoire des mesures de surveillance et de gestion autour d'un cas ou de cas groupés de rougeole. 22 avril 2011, 4 pages.

<http://cpiasfr/Nosobase/Reglementation/2011/Note/29042011.pdf>

Afssaps. Haute autorité de santé. Situation temporairement acceptable. Prophylaxie des sujets à risque * après exposition à un cas confirmé de rougeole. Mars 2011, 10 pages.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/IG_AfssapsHAS_Mars2011.pdf

Haut conseil de la santé publique. Avis relatif à l'actualisation des recommandations vaccinales contre la rougeole pour les adultes. 11 février 2011, 5 pages.

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20110211_rougeoleadultes.pdf

CERFA. Fiche de déclaration obligatoire de la rougeole. https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12554.do

InVS. Dossiers thématiques. Maladies à déclaration obligatoire. Rougeole. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Rougeole>

INRS. Guide Eficatt

<http://www.inrs.fr/eficatt>

Références

INRS. Vaccination en santé au travail. Références en santé au travail 2016/06, 146: 23-38.

<http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TC%20154>

Floret D. Rougeole : quelles leçons tirer de l'épidémie ? Journal des anti-infectieux 2014/09, 16(3): 131-136.

Antona D, Parent I, Lévy-Bruhl D, Poujol I, Alleaume S, Thiolet JM, *et al.* Institut de veille sanitaire. Rougeole. Situation épidémiologique actuelle Colloque RAISIN, 04/05/2011.

InVS. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Rougeole/Points-d-actualites>

Annexes 1

Éléments de langage / Courrier / mail en vue d'une communication aux patients ou personnes contacts

Chère Madame, Cher Monsieur,

Vous avez été hospitalisé à..... dans le service de..... entre le ___/___/___ et le ___/___/___ . Pendant cette période, un cas de rougeole a été découvert chez une personne de ce service. Cette personne ayant peu de symptômes, aucune précaution particulière n'a pu être prise avant la confirmation de cette infection.

Du fait de votre présence concomitante dans les mêmes locaux, il existe un risque que vous ayez été contaminé.

Par principe de précautions, si vous n'avez pas déjà eu la rougeole et si vous n'êtes pas vacciné, nous vous recommandons de consulter dès maintenant votre médecin traitant que nous avons par ailleurs informé de la situation. Il pourra ainsi vous proposer une vaccination ou un traitement.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le numéro vert gratuit mis à votre disposition par l'établissement ___ ___ ___ ___ .

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Directeur de l'établissement

Coordonnateur de la lutte contre les infections nosocomiales

En application de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, il est précisé que ces informations sont confidentielles et feront l'objet d'un traitement informatique réalisé par l'établissement.

Éléments de langage / Courrier / mail en vue d'une communication avec le médecin traitant

Chère Madame, Cher Monsieur,

Votre patient(e), Mme, M..... été hospitalisé à..... dans le service de..... entre le ___/___/___ et le ___/___/___ . Pendant cette période, un cas de rougeole a été découvert chez une personne de ce service. Cette personne ayant peu de symptômes, aucune précaution particulière n'a pu être prise avant la confirmation de cette infection.

Il existe un risque que de transmission de la maladie du fait de la présence concomitante de votre patient(e) dans les mêmes locaux que cette personne.

Par principe de précautions, nous lui avons recommandé, en l'absence d'antécédent de rougeole de vous contacter en effet en post exposition il est actuellement recommander de proposer une vaccination dans les 72h ou une immunothérapie en cas de contre-indication à la vaccination par le ROR (immunodépression, grossesse ...)

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le numéro vert gratuit mis à votre disposition par l'établissement ___ ___ ___ ___ .

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Directeur de l'établissement

Coordonnateur de la lutte contre les infections nosocomiales