

Préparation à la prise en soin d'un patient suspect d'infection par le virus de la FHCC

Pr Guillaume Martin-Blondel

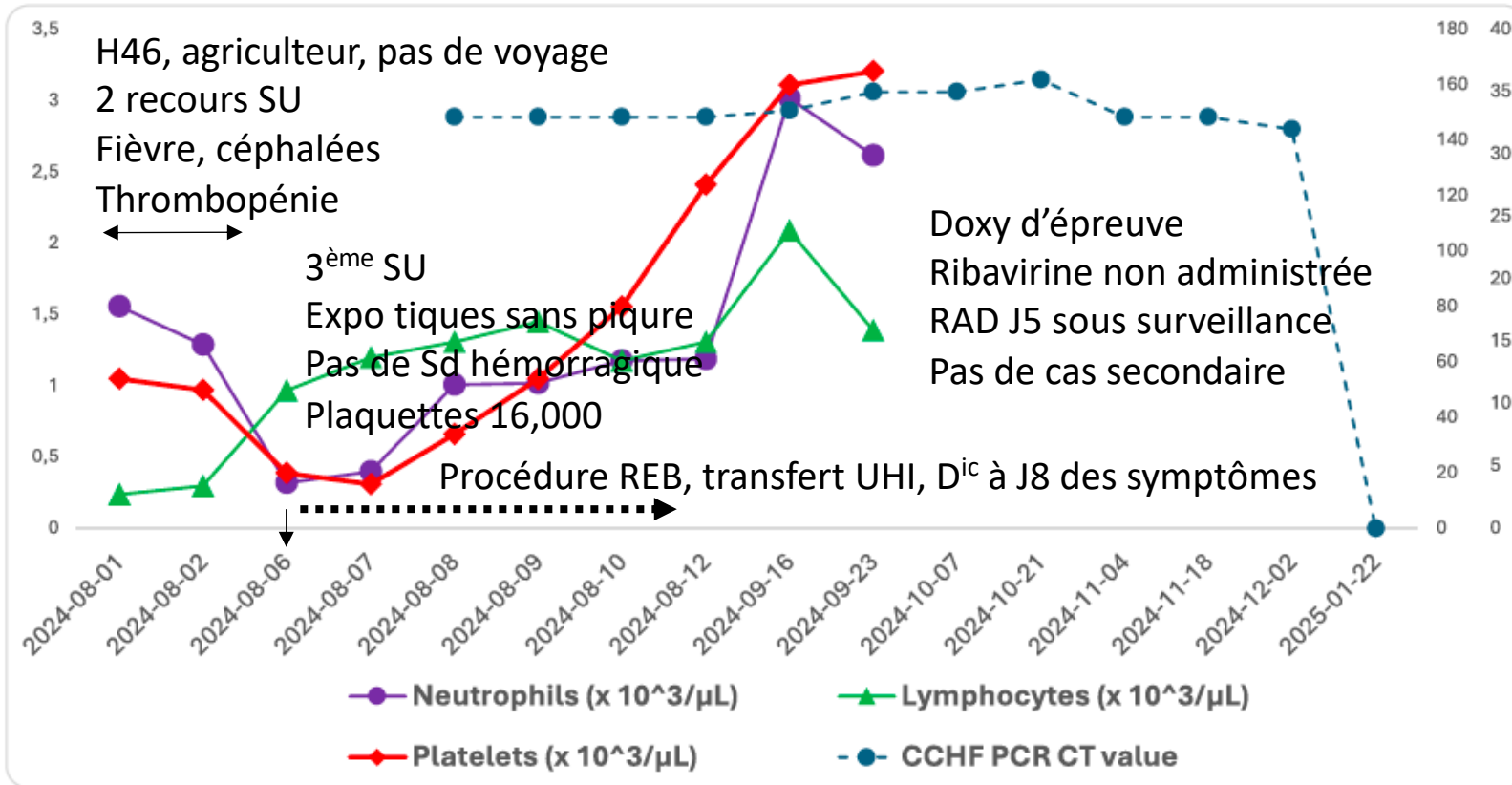
Service des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Toulouse

« COcliCO-REB », 28 mai 2026

A quoi cela ressemble?

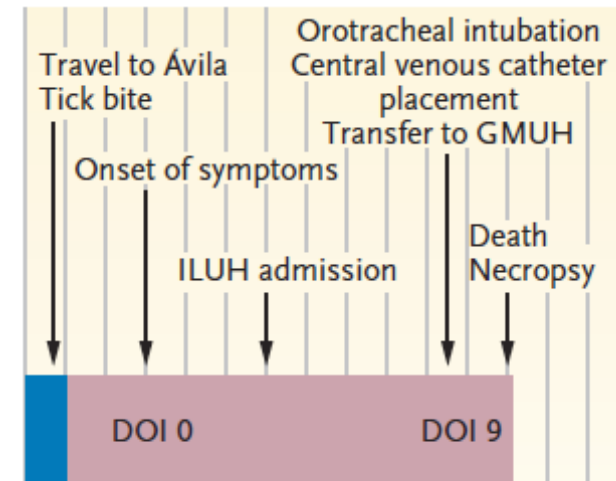
Letter to the Editor

First case of Crimean-Congo haemorrhagic fever in Andalusia, Spain

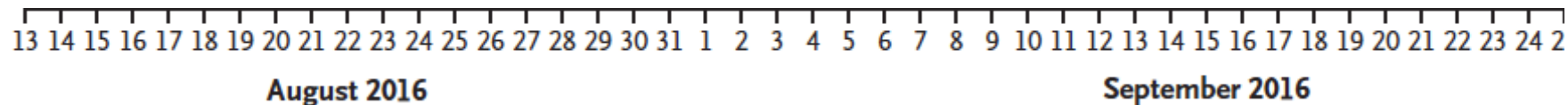


Turquie 2011-2024	11,811 cas confirmés
Morsure de tique	62%
Contact sang/excrétas animaux	69%
Vit en zone rurale	87%
Fièvre	78%
Céphalées	70%
Douleurs	80%
Vomissements	54%
Diarrhées	27%
Douleurs abdominales	25%
Ecchymoses	5%
Rash	11%
Sd hémorragique	17%
Thrombopénie	84%
Leucopénie	76%
Cytolyse hépatique	71%
Elévation CPK	56%

Et une forme grave?



- H62, madrilène, pas de voyage
- Séjour Avila (*pique de tique 4 jours avant le début des symptômes*)
- SU Madrid à J2 Fièvre et troubles digestifs avec purpura et hématome aux points de ponction
- J3: ICU pour Sd hémorragique clinique, hématurie macroscopique, thrombopénie, coagulopathie
- J7: Aggravation du Sd hémorragique, hépatite fulminante, détresse respiratoire, encéphalopathie
- J8: défaillance multiviscérale → décès J9
- Dic post mortem FHCC par RT-PCR sur prélèvements J6 et J8



- IDE, F52, AES le 23/08: contact des mains sans gant avec le sang
- 27/08: Fièvre, arthromyalgies
- 28/08: purpura, thrombopénie, cytolyse, RT-PCR +
- 30/08: Epanchement pleural et ISF rénale; RBV et UTP si < 10000
- 05/09: Amélioration cytolyse et plaquettes
- RAD 21/09

Définitions SPF 2025 en l'absence de cas humain de FHCC détecté à date en France

Cas suspect: 3 possibles associations d'expositions et signes cliniques

1 Exposition à une piqûre de tique

Toute personne ayant été **piquée par une tique dans les 9 jours précédant le début des symptômes dans une zone à risque de transmission** (bassin méditerranéen, y compris le sud de la France, l'Espagne et le Portugal, Turquie, Moyen-Orient¹, Bulgarie, Grèce, Albanie, Géorgie, Ukraine, Russie, Afrique subsaharienne) **entre mars et septembre ET :**

Si piqûre certaine par une tique de genre non déterminé	Si piqûre certaine* par une tique du genre <i>Hyalomma</i> :
<ul style="list-style-type: none">○ Présentant une fièvre (température corporelle $\geq 38^{\circ}\text{C}$)○ ET des signes hémorragiques (saignements muqueux spontanés, ecchymoses, hématomes spontanés) +/- syndrome pseudo-grippal○ Sans autre cause pouvant expliquer les symptômes	<ul style="list-style-type: none">○ Présentant une fièvre (Température corporelle $\geq 38^{\circ}\text{C}$)○ +/- un syndrome pseudo-grippal○ Sans autre cause pouvant expliquer les symptômes.

* Cette situation est très rare mais est possible en cas de récupération de la tique piqueuse identifiée par un entomologiste dans les centres où une telle expertise existe.

¹ Moyen-Orient : Jordanie, Irak, Israël, Palestine, Syrie, Liban, Arabie saoudite, Yémen, Oman, Émirats arabes unis, Qatar, Bahreïn, Koweït et Egypte + Iran, Afghanistan...

2 Exposition à un cas confirmé de FHCC ou exposition à la même source qu'un cas confirmé (co-exposition)

- Fièvre (température corporelle $\geq 38^{\circ}\text{C}$) +/- syndrome pseudo-grippal
- Survenant dans les **14 jours qui suivent :**
 - **un contact avec un liquide biologique du patient sur muqueuse ou peau lésée ;**
 - **ou une exposition commune au cas confirmé.**

3 Exposition à un animal potentiellement porteur (lièvres, lapins, cervidés, chevaux, bovins):

- Fièvre ($T \geq 38^{\circ}\text{C}$)
- ET
- Signes hémorragiques
- ET







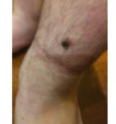
Survenant dans les **14 jours qui suivent un contact avec un liquide biologique sur muqueuse ou peau lésée émanant d'un animal à risque** par exemple chez un éleveur de bétail, vétérinaire, agent d'abattoir au contact des animaux, chasseur ayant manipulé des carcasses de mammifères ou personnes les cuisinant, **dans la zone à risque de transmission** (bassin méditerranéen, y compris le sud de la France, l'Espagne et le Portugal, Turquie, Moyen-Orient, Bulgarie, Grèce, Albanie, Géorgie, Ukraine, Russie, Afrique sub-saharienne) **ou, quel que soit le lieu, si l'animal provient d'une zone à risque** (arrivé depuis moins de 7 jours).

Cas possible: Cas suspect validé par CNR FHV/ARS

Cas confirmé: Diagnostic par CNR FHV (PCR / sérologie)

Hyalomma

Annexe : Tableau comparatif des 4 genres de tiques les plus susceptibles de piquer les êtres humains en France, (selon HCSP 2024)

	<i>Hyalomma</i>	<i>Ixodes</i>	<i>Dermacentor</i>	<i>Rhipicephalus</i>
Caractéristiques	Tique invasive 	Tique autochtone en expansion 	Tique autochtone en expansion 	Tique autochtone, surtout pourtour méditerranéen 
Taille moyenne des adultes	8 mm	3 mm	5 mm	4 mm
Critères morphologiques essentiels	Écusson noir Pièces piqueuses longues Pattes longues et annelées	Écusson noir Pièces piqueuses longues	Écusson marbré Pièces piqueuses courtes	Tique uniformément brune Pièces piqueuses courtes
Mode de détection des hôte	Chasse active	A l'affût	A l'affût	A l'affût
Écosystème et hôte préférentiel	Espace ouvert type garrigue, maquis, steppe, zones sèches en général	Forestier, sensible à la dessiccation, présente jusqu'à 1500m Présence d'ongulés sauvages surtout	Espace ouvert, en friche, en plaine. Présence de sangliers, chevaux, chiens	Selon les espèces, spécificité d'hôte (tique du chien, <i>R sanguineus</i>)
Stades de la tique impliqués dans la piqûre de l'être humain	Les adultes mâles et femelles 	Surtout les nymphes mais aussi les adultes femelles, voire les larves 	Les adultes mâles et femelles 	Piqûe rarement les êtres humains
Risques infectieux principaux pour l'être humain	Virus de la fièvre hémorragique Crimée Congo	Bactérie de la borréliose de Lyme	Bactérie de la rickettsiose (TIBOLA/DEBONEL/SENLAT) <i>Rickettsia slovaca</i> , <i>R. raoulti</i>	Bactérie de la fièvre boutonneuse méditerranéenne (<i>R. conorii</i>)
Délaï de transmission	Immédiat	12 à 24 h	12 à 24 h	12 à 24 h
Risques infectieux secondaires pour l'être humain	<i>Rickettsia aeschlimanni</i> <i>R. sibirica</i> (compétence vectorielle non testée) * Tularémie (compétence vectorielle non testée) * Virus West Nile *	Anaplasmoze, Neoerlichiose, Fièvre récurrente à <i>Borrelia miyamotoi</i> , Tularémie Parasites / <i>Babesia</i> Virus / Encéphalite à tique	Tularémie	Tularémie

* : cf. Rapport Anses CCHF (Annexe 2) - mai 2023

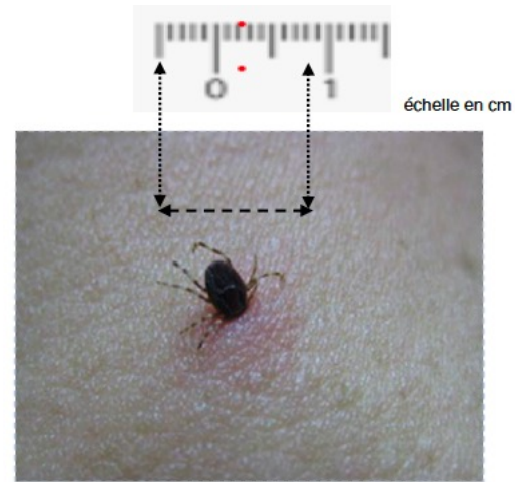


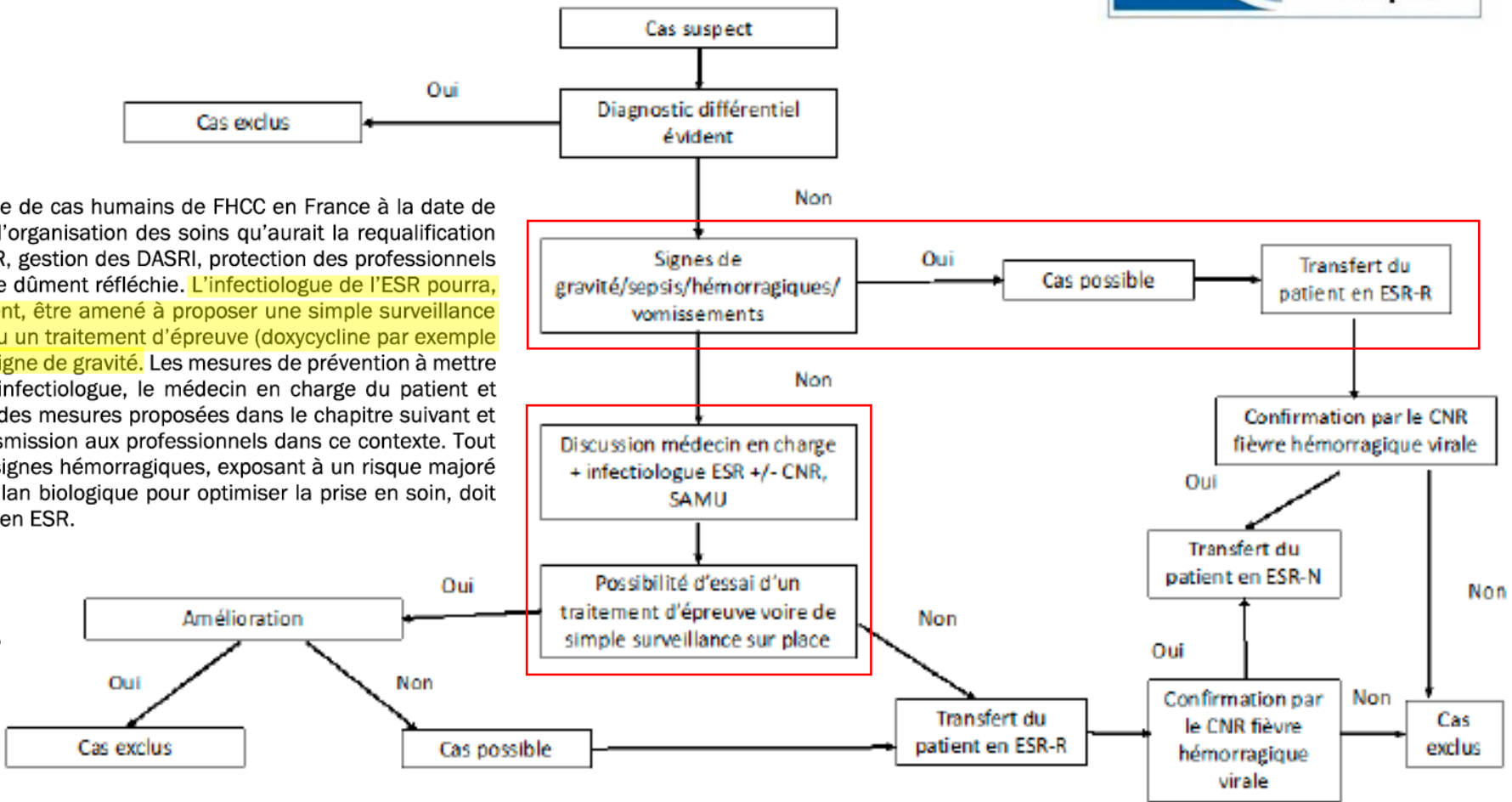
Figure 5 : piqûre d'une tique *Hyalomma* femelle adulte (longues pattes annelées)



https://youtu.be/R_kGHqNpOQM

Proposition d'algorithme décisionnel HCSP 2024

** Étant donné la très faible probabilité de survenue de cas humains de FHCC en France à la date de rédaction de ces recommandations et l'impact sur l'organisation des soins qu'aurait la requalification d'un cas suspect en cas possible (transfert en ESR-R, gestion des DASRI, protection des professionnels de santé...), la classification en cas possible doit être dûment réfléchie. **L'infectiologue de l'ESR pourra, en concertation avec le médecin en charge du patient, être amené à proposer une simple surveillance dans le lieu de prise en soins initiale du patient et/ou un traitement d'épreuve (doxycycline par exemple pour traiter une rickettsiose) pour les patients sans signe de gravité.** Les mesures de prévention à mettre en place seront alors décidées de concert entre l'infectiologue, le médecin en charge du patient et l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) en s'aidant des mesures proposées dans le chapitre suivant et en rappelant le risque excessivement faible de transmission aux professionnels dans ce contexte. Tout patient présentant des signes de gravité et/ou des signes hémorragiques, exposant à un risque majoré de transmission et nécessitant la réalisation d'un bilan biologique pour optimiser la prise en soin, doit être d'emblée classé comme cas possible et orienté en ESR.



Sd pseudo-grippal isolé après piqure de tique

Autres MVT: Rickettsiose, coxiellose, borrelie, tularémie...
 → Doxycycline

Préparation en Occitanie

Réseau REB occitan: Infectiologues, urgentistes, microbiologistes, hygiénistes → diffusion informations, procédures et attendus opérationnels (dont box REB)

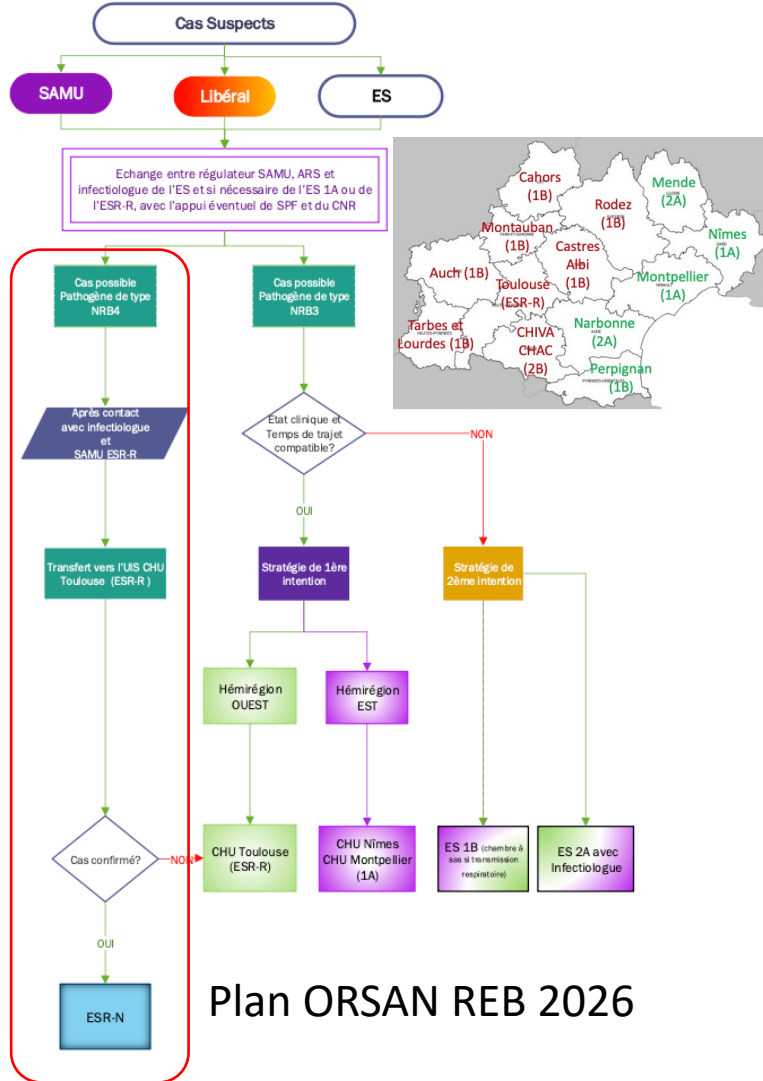
Procédures spécifiques CHU-T dans RESANA

Cas identifié en amont par un appel direct du patient au SAMU, par un médecin libéral, ou par un autre établissement hospitalier

Le transfert se fait par le SAMU de l'ES recevant le patient selon les préconisations de prise en charge en fonction de la classe du pathogène.

L'effecteur du transport d'un patient possible NRB4 se fait selon le temps de trajet et l'état clinique du patient.

Un patient NRB4 confirmé sera pris en charge par l'équipe nationale REB et transféré à l'ESR-N.



Plan ORSAN REB 2026

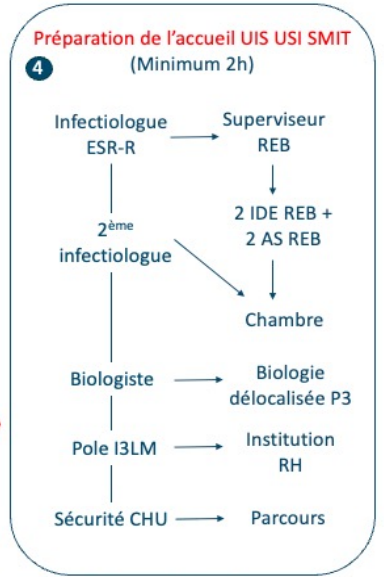
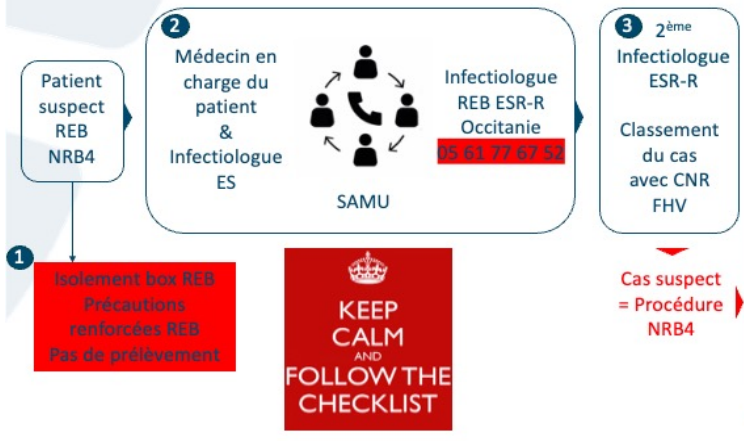
Ministère de la Santé et de l'Accès aux soins
Plateforme SSE Occitanie

- Risque épidémique et biologique (REB)
 - Affiches EPI et box REB
 - Diaporamas des réunions du réseau REB occitan
 - Doctrine et guides Risque B
 - Documents IAO SU
 - Fiches DGS agents de la menace B
 - Gestion des déchets et biontoyage REB
 - Procédure selon pathogène
 - Version finale de l'ORSAN REB Occitanie

- Fièvre hémorragique virale
- Grippe zoonotique (Février 2025)
- MERS Coronavirus Occitanie (Juin 2025)

CHU TOULOUSE |

FHV → Procédure NRB4



CHU TOULOUSE |

5 Transfert du patient en brancard bulle par SAMU ESR-R, minimum 2 heures (voire >)






Préparation à l'ESR-R: Affichages SU et box REB armés



Fiche réflexe « Suspicion d'infection par un agent du REB » à l'accueil des SU adultes pour l'IAO

Tout patient se disant fébrile = demander si retour de voyage hors de France métropolitaine dans le mois précédent
Tout patient ayant des signes respiratoires = hygiène respiratoire → lui faire porter un masque chirurgical
Tout patient ayant une diarrhée aigue, fébrile ou non = précautions complémentaires « contact » en box seul

Zone	Retour du Moyen-Orient	Retour d'Afrique de l'ouest ou centrale	Bassin méditerranéen dont Espagne (<i>France possible</i>), Turquie, Bulgarie, Grèce, Albanie, Géorgie, Ukraine, Russie, Moyen-Orient, Afrique, Asie
Pays	Arabie Saoudite, Bahreïn, Émirats Arabes Unis, Koweït, Oman, Qatar, Yémen 	Principaux pays concernés (<i>liste évolutive</i>): Nigeria, République démocratique du Congo, Ouganda, Tanzanie, Rwanda, Burundi, Kenya, Éthiopie 	ET piqure de tique ≤ 9 jours entre les mois de Mars et Septembre Tique Hyalomma formellement identifiée (Taille 8 mm, pattes longues et annelées)  Tique de genre indéterminé
Délai	< 14 jours	< 21 jours	
Symptôme	Fièvre ≥ 38°C ET Toux OU Dyspnée	Éruption cutanée papuleuse ou vésiculeuse localisée ou diffuse +/- Fièvre ≥ 38°C	Fièvre ≥ 38°C ET Signe hémorragique (En contexte épidémique avéré : Syndrome pseudo-grippal, Troubles digestifs, exanthème)
Penser à :	MERS-CoV	Mpox	Fièvre hémorragique virale (Ebola, Marburg, Lassa, Crimée-Congo)
Catégorie	NRB3		NRB4
Conduite à tenir immédiate :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre un masque chirurgical au patient et lui demander de réaliser une friction des mains par du SHA 2. Installer le patient au box REB (ne pas le faire attendre en salle d'attente) 3. Prévenir le MAO/MCO et le médecin du SMIT (46395) 		

L'installation du patient en box REB impose l'évaluation IMMÉDIATE par le MAO/MCO pour qualifier l'exposition et le caractère « cas suspect » du patient
 Si le cas est exclu, le patient repasse IMMÉDIATEMENT dans une filière normale de soins = **NE PAS RETARDER SA PRISE EN CHARGE**

Annexe 6 - Affiches Précautions Renforcées REB
 Version : 2
 Date d'application : 05/01/2028
 Indexation : SSE-FR-078

Face à un patient suspect d'une infection par un agent du REB les précautions renforcées REB du soignant correspondent des EPI standardisés comprenant :

- APR FFP2
- Lunettes
- Casque
- Surblouse à manches longues
- Surbottes imperméables
- Double paire de gants manchettes longues en nitrile de 2 tailles différentes

Ces précautions renforcées REB doivent permettre de faire face en sécurité à un agent de type NRB3, et à un agent de type NRB4 chez un patient non excréteur. Elles sont toutefois évolutives lorsque l'état clinique du patient est caractérisé (caractère excréteur ou non) et/ou lorsque le type d'agent du REB et ses modalités de transmission sont connues, avec des EPI moins couvrants (pas de surbotte imperméable par exemple), ou à l'inverse avec l'utilisation de précautions de type NRB4 (*Annexe 7*). L'évolution de ces précautions renforcées pour le soignant est décidée par le médecin du SMIT en lien avec l'UPRIAS.

Pour rappel dans le cadre de ces précautions le patient porte un masque chirurgical et réalise une FHA. La mise en place de ces précautions renforcées REB suit une procédure stricte d'habillage, et SURTOUT DE DESHABILLAGE, afin de limiter le risque de contamination. Cette procédure peut éventuellement devoir être supervisée par un tiers.

Figure 1: Exemple de tenue de protection renforcées REB



ANNEXE 7: Précautions REB type NRB4

Les précautions REB type NRB4 s'appliquent face à un patient suspect d'une infection par un agent du REB de type 4 (type fièvre hémorragique virale), ce d'autant qu'il a été identifié comme excréteur (diarrhées, vomissements, saignements).

Elles comportent :

- APR FFP2
- Lunettes-masque ou heaume
- Colerette
- Tenue de protection renforcée avec une combinaison étanche TYCHEM C type 3-B avec protection intégrée des chaussures (protège de la pénétration des liquides sous pression)
- Double paire de gants manchettes longues en nitrile de 2 tailles différentes
- Surchaussures
- Tablier plastique à usage unique surtout si patient excréteur

Pour rappel dans le cadre de ces précautions le patient porte un masque chirurgical et réalise une FHA. La mise en place de ces précautions renforcées REB suit une procédure stricte d'habillage, et SURTOUT DE DESHABILLAGE, supervisée par un tiers, afin de limiter le risque de contamination.

Figure 1: Exemple de tenue de protection REB type NRB4 (les lunettes-masque pouvant être remplacées par un heaume)



Préparation à l'ESR-R: Procédure et circuits



Procédure REB m à j 01/2026

Procédure Fièvre Hémorragique Crimée-Congo (version du 11/07/2025)

Procédure de classement du cas et circuits patients – CAS SUSPECT			
Situation	URM R+3	SU Purpan ou Rangueil ou Pédiatrie ou Gynécologie	Patient hors CHU : domicile, cabinet de MG, autre ES
Isolement	Box REB SMIT	Box REB	Pièce isolée ou box REB de l'ES
EPI	Masque chirurgical et SHA pour le patient PR REB ou NRB4 selon le caractère excréteur ou non du patient Au minimum : Précautions complémentaires contact et masque FFP2 pour le soignant		
Anamnèse	Présentielle ou téléphonique entre médecin s'occupant du patient, SAMU et infectiologue ESR-R Si nécessaire le SAMU se déplace évaluer le patient		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. INCUBATION COMPATIBLE ? 2. EXPOSITION COMPATIBLE ? 3. TABLEAU CLINIQUE COMPATIBLE ? 4. SIGNES DE GRAVITE ? 5. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL EVIDENT ? 		
Conduite à tenir si patient suspect			
	<p>Aide à la classification en fonction de la situation clinique selon HCSP 2024</p> <p>Classement du cas par l'infectiologue de l'ESR-R en lien avec CNR FHV 07 87 94 76 47 CVAGS ARS OCCITANIE: 0800 301 301 (ars-oc-alerte@ars-sante.fr) SANTE PUBLIQUE FRANCE: 08 20 42 67 15</p>		

Fiche interrogatoire systématique FHV

Procédure et circuits patients – CAS POSSIBLE DANS L'ESR-R OU TRANSFERE DANS L'ESR-R			
Situation	Patient non excréteur au SU Purpan URM R+1	Patient excréteur au SU Purpan URM R+1	Patient hors CHU ou au CHU hors URM dont SU Rangueil, excréteur ou non
Transfert	Médecin SMIT	SAMU	SAMU
EPI soignant	PR REB ou NRB4 selon le contexte	NRB4 pour conditionnement en brancard bulle puis PR REB	
Vers :	USI SMIT URM R+1		
Conduite à tenir si patient classé cas possible	Pédestre ou brancard normal par l'intérieur URM R+1 (voie 1)	Brancard bulle par l'intérieur URM R+1 (voie 1)	Brancard bulle par l'extérieur de l'URM (voie 2)
Circuit d'entrée	<p>Pathogène NRB4 Modalités de transfert selon la localisation, l'état clinique et le caractère excréteur du patient</p> <p>Voie 1: entrée UIS par l'intérieur URM R+1 Patient provenant accueil SU ou SU Purpan Non excréteur: Médecin SMIT, PR REB ou NRB4 Excréteur: SAMU, en NRB4, avec brancard sarcophage</p> <p>Voie 2: entrée UIS URM R+1 par l'extérieur Patient provenant autre ES, autre site CHU (dont SU Rangueil), ville Par SAMU, en PR REB ou NRB4, avec brancard sarcophage</p>		

Coopération avec la sécurité du CHU pour baliser les parcours intérieurs et extérieurs

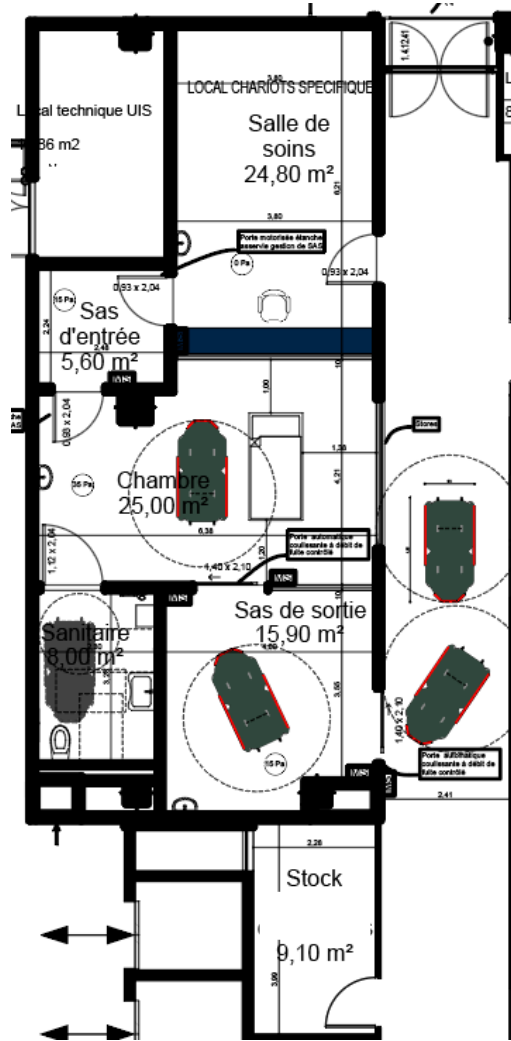
Préparation à l'ESR-R: UIS

Fiche Réflexe

Page n°1 sur 31

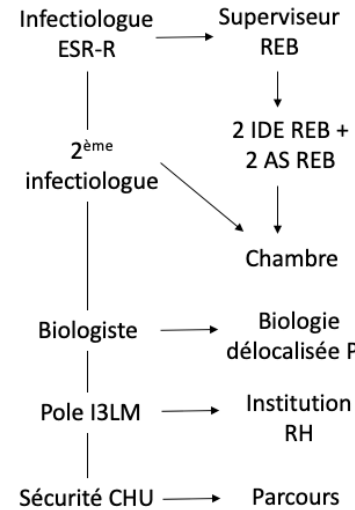
Annexe 16 - Checklists accueil d'un patient suspect d'une infection par un agent du REB de type NRB4

Version : 3
Date d'application : 09/01/2026
Indexation : SSE-FR-080



OK Cahier des charges COREB

Préparation de l'accueil UIS USI SMIT (Minimum 2h)



Checklists

Infectiologue REB	SMIT
Aide-soignant REB	SMIT
IDE REB	SMIT
Superviseur SMIT	CDS SMIT ou CDG ou 2 ^{ème} infectiologue
Déshabilleur REB	IDE ou AS SMIT
Biologie	Biologiste IFB / P3 Purpan
Direction	Pole ou ADG

Procédure

Annexe 2 REB - Plan de renforcement des ressources médicales et paramédicales du SMIT en cas d'alerte REB

Page n°1 sur 4

Version : 2
Date d'application : 05/01/2026
Indexation : SSE-PR-017

Astreinte REB seulement le weekend

Préparation à l'ESR-R: Biologie

- Délocalisée au P3 selon référentiel COREB 2025
- 7j/24h **LISTE DES EXAMENS REALISABLES AU L3 DE L'IFB (Bon de demande spécifique ESR)**

Examen de biologie	Précision	Tube adéquat	Conditionnement
Biochimie / Gazométrie	pH pCO ₂ , pO ₂ , TCO ₂ , Na ⁺ , K ⁺ , Ca ⁺⁺ , Cl ⁻ , Glycémie, Lactatémie, Créatininémie, Urée sanguine	1 seringue gazo 1 ou 3 ml	1 triple emballage 95 KPa
NFS	NFS plaquettes	1 EDTA	
Hémostase	Fg	1 citraté	
TDR palu/Dengue et/ou PCR multiplex	TDR pour recherche d'antigène plasmodial TDR dengue (IgG/IgM – Ag NS1) Tests moléculaires (panel BioThreat, ou Global Fever BioMérieux)	1 EDTA	
Hémocultures	Ne seront pas techniques mais conservée en étuve L3	Hémocultures aéro/anaérobies 2 paires	
Prélèvements respiratoires	Tests moléculaires pour détection du Coronavirus associé au MERS (BioFire® FilmArray® Pneumonia Panel plus) → crachat, aspiration trachéale, LBA Tests moléculaires pour détection de virus à tropisme respiratoire (grippe HxNx) → Écouvillonnage nasopharyngé, et/ou crachat, aspiration trachéale, LBA		1 triple emballage 95 KPa
Envoi CNR		1 EDTA et 1 sec séparateur	1 triple emballage 95 KPa



Préparation à l'ESR-R: Formation

- Formation des PS
- Exercices REB et RETEX

**Exercice REB n°1 : Prise en charge d'un cas suspect infection type FHV entre
SU Ranguetil et USI SMIT Purpan
Vendredi 12/09/2025**

- Tester les organisations internes des secteurs impactés : SU, SAMU, SMIT, Virologie
- Tester les modalités de prise en charge au SMIT
- Tester le rôle du superviseur
- Tester le circuit d'information : chaînes d'alerte, de transmission d'informations interservices, de communication (SAMU, infectiologue, laboratoires, direction...)
- Tester la circulation sur site : circuits préétablis pour les transports SAMU, les impacts sur la circulation au SU Rg et Avenue Jean Dausset jusqu'à l'entrée NRB4 des SI SMIT

**Exercice REB n°2 : Prise en charge d'un cas suspect infection type FHV entre
SU Purpan et USI SMIT Purpan
Mardi 03/02/2026**

- Tester la circulation sur site : circuits préétablis pour le transfert pédestre avec la sécurité, les impacts sur la circulation au SU Purpan jusqu'à l'entrée des SI SMIT
- Tester le bionettoyage des zones traversées
- Tester l'élimination des déchets SU Purpan et USI SMIT
- Tester la prise en charge des soignants par le SST
- Tester la cellule de crise REB

	Module 8	Module 9
Doc SMIT	10	10
IDE SMIT	21	11
AS SMIT	9	4

PM et PNM autres spé. à former, coordination avec SST à faire



Principes de prise en soins (théoriques)

Personnel	Habilité formé module 9 SMIT & Réanimation
Lieu	UIS / UHI (≠ Turquie)
EPI	PR REB si non excréteur, NRB4 si excréteur
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none">• Panel mPLEX « Global fever » surtout pour diagnostic différentiel• Confirmation au CNR FHV par RT-PCR (jusqu'à J10) et/ou sérologie (IgM dès J4)
Monitoring	<ul style="list-style-type: none">• Anticiper 4 passages/jour: constantes et manifestations hémorragiques• Biologie au lit ou délocalisée au P3 1 à 3 fois par jour selon l'état clinique (NFS, iono, créat, TBH, hémostase)• Limiter procédures et risque AES
Equipement	<ul style="list-style-type: none">• Poser VVC avant phase hémorragique (PICCline?)
Traitement de support	<ul style="list-style-type: none">• TTT symptômes, correction déshydratation et troubles hydroélectrolytiques, suppléance d'organe• Antibiothérapie empirique (autre Doxycycline)• CGR si Hb < 7 g/dL; UTP systématique si $\leq 10\ 000/\mu\text{L}$; PFC 15–20 mL/kg si coagulopathie; Fg si ≤ 2 g/L• Hémorragie massive: CGR/PFC/UTP ratios habituellement 1:1:1 à 2:1:1• Stopper règles chez les femmes (agonistes GnRH), IPP
Traitements spécifiques	<ul style="list-style-type: none">• Ribavirine en phase précoce « pré-hémorragique » (< 96h, études observationnelles, 2 études contrôlées RBV vs SOC, RBV vs Favipiravir vs SOC en cours dans clinicaltrials)• Anti-inflammatoires en « phase hémorragique »?: Corticoïdes, anakinra (case series et case reports)
Filière déchets	Anticiper circuits d'évacuation x/j
AES	TPE Ribavirine (méta-analyse)

Ribavirine

Recommandations du HCSP

◆ Traitement curatif :

- ▶ Administrer la ribavirine le plus tôt possible dans les formes peu avancées de l'infection, **Comprimés 200/400/600 mg**
- ▶ Posologie :
 - 30 mg/kg (sans dépasser 2 g) en dose de charge, suivie par
 - 15 mg/kg (sans dépasser 1 g) toutes les 6 heures pendant 4 jours, puis
 - 7,5 mg/kg (sans dépasser 500 mg) toutes les 8 heures pendant 6 jours

◆ Traitement post-exposition :

- ▶ A réserver aux seuls professionnels de santé victime d'un accident d'exposition à un risque viral (AEV),
- ▶ A administrer immédiatement après l'AEV,
- ▶ Posologie :
 - dose de charge de 30 mg/kg sans dépasser 2 g suivie,
 - d'une dose de 15 mg/kg sans dépasser 1 g, 3 x/j pendant 10 jours.



◆ Bien que disponible en stock, le médicament ne pourra ensuite être dispensé par la pharmacie qu'après avoir obtenu de l'ANSM une AAC pour un patient identifié, sauf cas particuliers où le médicament est destiné à être utilisé en situation d'extrême urgence clinique.

◆ **Pré-positionner la ribavirine dans la PUI des ESR-R et N en prévision d'un éventuel cas possible ou confirmé, a minima sous forme orale (en l'absence de formes injectables).**

Pharmacie Toulouse 18/05/2026 → 45 j de stock (et suspension buvable possible)



Fiche Réflexe

Page n°6 sur 31

Annexe 16 - Checklists accueil d'un patient suspect d'une infection par un agent du REB de type NRB4

Version : 3
Date d'application : 09/01/2026
Indexation : SSE-FR-080

ANTICIPER LES THERAPEUTIQUES DES 6 PREMIERES HEURES	
Patient critique → Prévenir le réanimateur Purpan	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Traitement antiviral FHV (discussion CNR) → Allo Pharmacie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Heures ouvrées : J. Jouglen (75616) ou S. Nicolay (71372)	<input type="checkbox"/> RIBAVIRINE
Hors heures ouvrées : IDG pharmacie : 76530	<input type="checkbox"/> FAVIPIRAVIR <input type="checkbox"/> mAbs ZEBOV
Traitement antipaludique, selon tableau et gravité	<input type="checkbox"/> DHA PO 4cp <input type="checkbox"/> Artésunate IV 2 flacons
Antibiothérapie antibactérienne, selon tableau et gravité	<input type="checkbox"/> C3G IV 2g <input type="checkbox"/> MTZ IV 500mg <input type="checkbox"/> AMIKACINE 2g <input type="checkbox"/> MERO IV 2g
	<input type="checkbox"/> DOXY PO 200 mg
Réhydratation	<input type="checkbox"/> NaCl 0,9% 2L <input type="checkbox"/> Polyionique 2L <input type="checkbox"/> Glucosé 5% 2L
lons et autres	<input type="checkbox"/> Kcl 4g <input type="checkbox"/> G30% 1 ampoule
Antalgiques / antipyrétiques	<input type="checkbox"/> Paracétamol 1g IV <input type="checkbox"/> Morphine 1 amp 10 mg/10mL
Antidiarrhéiques	<input type="checkbox"/> SMECTA 2 sachets

Merci de votre attention, et merci:

- Collègues des ESR pour le partage +++
- Mission COREB & groupe émergence SPILF
- ARS Occitanie
- Pr. Onder Ergonul, KUISCID, Istanbul




WORKSHOP




EMERGING INFECTIOUS DISEASES


2026 İSTANBUL

📅 25-26 MARCH 2026 / 09:00-17:00

📍 DOUBLE TREE BY HILTON / İSTANBUL - TOPKAPI




anrs    


 **KUISCID**
KOC UNIVERSITY - İSTANBUL
CENTER FOR INFECTIOUS DISEASES

 **SPILF**

 **seimc**

 **COREB**
MISSION NATIONALE
Émergence Spéciale
Recherche et Innovation en Santé

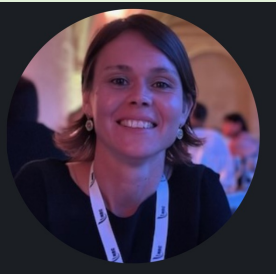











 **SIMIT**
Società Italiana
di Malattie Infettive
& Tropicali

 **HITIT
UNIVERSITY**

MERCI

- Conseillers techniques ESR-R & Groupe REB CHU Toulouse

➡ Conseillère médicale et scientifique du centre de crise sanitaire pour les SSE au 01/06/2026

Dr A. Raynaud-Lambinet	Dr F. Metz	Dr A. Ribera-Cano	V. Fauvel	Pr B. Guihard	Pole Médecine d'Urgence, conseiller(e)s techniques ESR-R	
						
Dr X. Boumaza	C. Granier	B. Garric	Pr C. Brehin	Dr M.L. Lier	Dr J.M. Mansuy	Dr E. Hourcastagnou
						
SMIT			Pédiatrie	UPRIAS	Virologie	Réanimation

Et (pour info.) en Turquie?

Table 1. The Ministry of Health of the Republic of Turkey definitions of CCHF cases.

Clinical Definition	
At least 2 of the following 4 clinical criteria: 1. At least 2 of the following complaints: <ul style="list-style-type: none"> • Fever (≥ 38 °C) • Listlessness • Headache • Generalised body pain • Joint pain • Diarrhea 	Critères cliniques et biologiques (biologie de routine en circuit classique)
2. Findings of bleeding of the skin and mucosa	
3. Thrombocytopenia and/or leukopenia which cannot be explained by another reason	
4. Elevated ALT and AST which cannot be explained by another reason	
Epidemiological Criteria	
Within the 2 weeks prior to disease onset:	
1. A history of tick contact or attachment	
2. A history of contact with animal blood, tissue, or secretions	
3. Living in a rural area or history of travel to a rural area	
4. A history of close contact with a diagnosed case	
Laboratory Criteria	
1. Virus isolation	
2. Determination of virus-specific IgM antibody positivity	
3. Determination of an increase of >4 fold in virus-specific IgG titer in the serum in the acute and convalescent periods	
4. Determination of viral nucleic acid	

Potential Case: case that meets the clinical definition and meets at least one of the epidemiological criteria.

Confirmed Case: potential case confirmed with at least one of the laboratory criteria.

Article

An Evaluation of the Hitit Index in Differential Diagnosis of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever in the Emergency Department

Seval Komut ^{1,*}, Nurullah Çorakyer ¹, Gülcan Kaplan ² and Nurcan Baykam ²



Hitit Index: $5.6 - (5.3 \times \text{lymphocyte}) - (0.02 \times \text{fibrinogen}) - (12 \times \text{direct bilirubin}) + (0.04 \times \text{AST}) + (0.32 \times \text{hematocrit}) - (0.5 \times \text{neutrophil}) - (0.07 \times \text{CKD-EPI}) - (0.001 \times \text{CK}) \pm \text{conjunctival hyperemia (+1.5 in conjunctival hyperemia presence and -1.5 in conjunctival hyperemia absence)}$

Urgences de Çorum, Turquie, 03/2022-10/2022, 273 patients, 86% rapportant une morsure de tique, H0

