

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة الصحة، السكان واصلاح المستشفيات

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

المديرية العامة للوقاية و ترقية الصحة

DIRECTION GENERALE DE LA PREVENTION
ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE

INSTRUCTION N°05 DU 14 FEV 2016 RELATIVE
A LA CONDUITE A TENIR DEVANT UN RISQUE RABIQUE

DESTINATAIRES

- Messieurs les Walis
- Monsieur le Directeur Général de l'INSP
- Monsieur le Directeur Général de l'IPA
- Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des wilayas:
 - En communication avec Mesdames et Messieurs
 - Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers (EH)
 - Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS)
 - Les Directeurs des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH)
 - Les Directeurs des Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP)
 - Les Directeurs des Etablissements de santé privés
- Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU
- Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran

Pour Information
Pour Information
Pour Information
Pour Exécution et suivi

Pour Exécution

Pour Exécution
Pour Exécution

La rage humaine est une zoonose virale qui est toujours mortelle lorsque ses signes sont déclarés chez l'Homme. Elle se transmet par la salive lors d'un contact avec un animal (léchage, griffure et/ou morsure), et sa prévention en post exposition demeure le seul traitement efficace qui passe par une prise en charge précoce et correcte de tout cas exposé au risque rabique.

Dans le monde, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, plus de 55 000 personnes décèdent de rage chaque année soit un décès toutes les 10 minutes.

En Algérie, la rage est une maladie à déclaration obligatoire, elle continue à sévir à l'état enzootique. En effet, chaque année, 900 cas de rage animale, en moyenne, sont déclarés, près de 120 000 personnes sont exposés au risque rabique et il est déploré entre 15 à 20 cas de rage humaine clinique.

Pour atteindre l'objectif national « **zéro décès par rage** », tous les professionnels de santé doivent être impliqués et sont tenus à l'application stricte des directives de la présente instruction qui vient remplacer la précédente instruction n°4 du 21 avril 2013 et qui a pour objet de définir:

- les éléments d'appréciation du risque rabique ;
- les directives en matière de prophylaxie post exposition qu'il importe de respecter ;
- l'organisation de la prise en charge de cas exposés au risque rabique.

1. ELEMENTS D'APPRECIATION DU RISQUE RABIQUE

L'appréciation du risque rabique repose sur la nature de l'exposition, l'état de l'animal en cause et une anamnèse rigoureuse.

1.1. Nature de l'exposition

La nature de l'exposition est classée en trois (3) catégories (grades), comme suit :

CATEGORIE (GRADE) I	<ul style="list-style-type: none">• contact direct avec un animal (la personne l'a touché ou nourri),• léchage de la peau intacte.
CATEGORIE (GRADE) II	<ul style="list-style-type: none">• morsure(s) ou griffure(s) sans saignement siégeant ailleurs qu'à la tête, aux extrémités et aux organes génitaux.
CATEGORIE (GRADE) III	<ul style="list-style-type: none">• morsure(s) ou griffure(s), même sans saignement, siégeant à la face, à la tête, au cou, aux mains, aux pieds, aux organes génitaux,• morsure ou griffure unique ou multiple avec saignement,• morsure(s) par animal sauvage,• exposition à une chauve - souris (morsure ou griffure ou manipulation),• léchage ou contamination des muqueuses par la salive, projection de bave sur les muqueuses en particulier les yeux,• léchage sur peau lésée.

1.2 Etat de l'animal en cause :

L'état de l'animal en cause sera apprécié par le vétérinaire sur les éléments suivants :

- Si l'animal est connu et vivant, vacciné ou non contre la rage: le vétérinaire doit le mettre obligatoirement en observation pendant quinze (15) jours avec délivrance du certificat à J0, J7 et j14 ; toutefois cette mise en observation n'est applicable que lorsqu'il s'agit d'un chien ou d'un chat de compagnie ;
- Lorsque l'animal en cause est un animal d'élevage (bovin, mouton, chèvre, cheval, âne,...): le considérer comme potentiellement enragé : il faut abattre l'animal et acheminer sa tête au laboratoire de l'Institut Pasteur d'Algérie (IPA) ou au Laboratoire Vétérinaire Régional (LVR) le plus proche à des fins d'examen ;
- Si l'animal est abattu ou retrouvé mort: il faut acheminer sa tête au laboratoire de l'Institut Pasteur d'Algérie ou au laboratoire vétérinaire régional le plus proche à des fins d'examens ;
- Si l'animal est en fuite ou sauvage (même en captivité): il y a lieu de le considérer comme potentiellement enragé.

- **Lorsque l'exposition à l'animal est réelle (griffure et/ou morsure et/ou léchage sur peau lésée), le traitement antirabique doit être immédiatement mis en route et ce, quel que soit l'état de l'animal en cause.**
- **La décision de poursuivre ou d'arrêter le traitement sera prise par le médecin traitant sur la base des résultats du laboratoire.**

2. DIRECTIVES EN MATIERE DE PROPHYLAXIE ANTIRABIQUE APRES EXPOSITION

2.1. EN MATIERE DE PRINCIPES DIRECTEURS

- La prophylaxie antirabique après exposition est un **CAS D'URGENCE** quelle que soit l'ancienneté de l'exposition au risque rabique. Ainsi, les sujets qui se présentent en consultation, même des semaines après avoir été exposés au risque rabique, doivent recevoir le même traitement que dans le cas d'un contact récent.
- La prophylaxie antirabique doit être entamée **IMMÉDIATEMENT** sans attendre les résultats du diagnostic de laboratoire ni ceux de l'observation de l'animal en cause.
- L'immunoprophylaxie n'est plus indiquée après un délai de 8 jours après le début de la vaccination anti rabique.
- les soins locaux, en cas de plaie(s), doivent être pratiqués **IMPÉRATIVEMENT** et **IMMÉDIATEMENT** quels que soient l'état de l'animal en cause et la date de l'exposition au risque rabique.
- **LES PLAIES NE DOIVENT PAS ÊTRE SUTURÉES.** Si la suture de la plaie est inévitable (pronostic fonctionnel ou esthétique et impératifs d'hémostase), elle ne doit l'être qu'en milieu chirurgical et après infiltration avec les immunoglobulines antirabiques de la plaie qui a fait l'objet de soins locaux au préalable et ce, afin de permettre la diffusion des anticorps dans les tissus environnants (au maximum 6 à 8h après la morsure).

2.1. EN MATIERE D'ARMES THERAPEUTIQUES

2.1.1. CONCERNANT LES SOINS LOCAUX

Les soins locaux doivent être entrepris aussi rapidement que possible, même quand le sujet consulte tardivement, et dans tous les cas, quelle que soit la nature du contact. Ils agissent mécaniquement en réduisant la quantité des virus et en inactivant ceux qui demeurent dans la plaie par leur action désinfectante. Ils interviennent dans la prévention de la surinfection bactérienne.

Ces soins consistent à :

- nettoyer en profondeur la plaie à l'eau sous un jet d'eau à forte pendant au moins 15 minutes avec du savon liquide antiseptique ou de Marseille puis à l'eau javellisée à 12° ;
- rincer abondamment et appliquer sur la (les)plaie(s) de l'alcool à 70° ou une solution d'alcool iodée ou de la povidone iodée ;
- laver abondamment à l'eau ou au sérum physiologique pour les muqueuses.

2.1.2 CONCERNANT LES IMMUNOGLOBULINES ANTIRABIQUES (SERUM ANTIRABIQUE)

Le but de l'administration des immunoglobulines antirabiques (immunisation passive) est de neutraliser le virus avant qu'il n'atteigne le système nerveux.

Leur indication est de fournir une protection immédiate. Cette protection est nécessaire avant que le système immunitaire ne réponde à l'immunisation active (vaccination) qui doit débuter en même temps.

- Les immunoglobulines antirabiques ne constituent pas à elles seules une prophylaxie de la rage et doivent être toujours associées, dès le premier jour, à la vaccination antirabique.
- Les immunoglobulines antirabiques ne doivent pas être administrées dans la même seringue que le vaccin antirabique et ne doivent pas être injectées au delà du huitième (8ème) jour après le début du traitement vaccinal.
- Après toute administration d'immunoglobulines antirabiques, il y a lieu de maintenir le sujet en observation pendant au moins 15 minutes et ce, afin de faire face à d'éventuelles réactions sévères.

Les préparations d'immunoglobulines antirabiques utilisées en Algérie sont d'origine équine. Elles se présentent sous forme de flacon de 5ml. Celles fabriquées par l'Institut Pasteur d'Algérie sont à titre variable et celles importées sont à titre fixe à 200 UI/ml.

2.1.2.1. Posologie

La posologie est de 40 UI/kg de poids corporel et ne doit jamais être inférieure à 800 UI (même pour les enfants pesant moins de 20 kg) ni supérieure à 3000 UI car, un surdosage en immunoglobulines antirabiques est susceptible d'inhiber la production active d'anticorps et peut aussi entraîner des accidents graves.

Pour déterminer la dose à injecter (en ml), il faut se référer au poids du sujet et au titre des immunoglobulines antirabiques inscrit sur le flacon et sur la boite.

$$\boxed{\text{Dose à injecter en ml} = 40 \text{ UI} \times \text{Poids corporel (kg)} / \text{titre du flacon (UI/ml)}}$$

Exemple 1 : immunoglobulines antirabiques en flacon de 5 ml dosé à un titre de 180 UI/ml : Pour un individu pesant 56 kg, la dose à injecter sera de :

$$40 \times 56 / 180 = 2240 / 180 = 12,44 \text{ ml soit } 2 \text{ flacons et demi.}$$

Exemple 2: immunoglobulines antirabiques en flacon de 5 ml dosé à un titre de 200 UI/ml : Pour un individu pesant 56 kg, la dose à injecter sera de :

$$40 \times 56 / 200 = 2240 / 200 = 11,2 \text{ ml soit } 2 \text{ flacons et } 1,2 \text{ ml}$$

2.1.2.2. Mode d'administration

Avant toute administration d'immunoglobulines antirabiques, il y a lieu de:

- s'assurer que la température de conservation du serum est comprise entre 2°C et 8°C et de ne jamais utiliser les immunoglobulines antirabiques congelées ;
- vérifier le titre UI/ml du flacon qui peut varier d'un lot à un autre ;

- vérifier la date de péremption et ne jamais utiliser les immunoglobulines antirabiques après leur date de péremption ;
- s'assurer de la disponibilité (obligatoire) de l'adrénaline et des corticoïdes nécessaires pour le traitement d'une réaction anaphylactique éventuelle.

La majorité voire la totalité de la dose d'immunoglobulines antirabiques doit donc être infiltrée en profondeur et autour de la plaie ou des plaies même si celles-ci sont cicatrisées. Le reste éventuel de la dose doit être injecté par voie intramusculaire au niveau du muscle fessier :

- pour faciliter la résorption des immunoglobulines antirabiques, il faut multiplier au besoin les points d'infiltration,
- lorsque le siège de la lésion ne permet pas une infiltration (œil et oreille), l'infiltration péri-lésionnelle devra être privilégiée et le reste éventuel de la dose doit être injecté par voie intramusculaire au niveau des muscles fessiers,
- si la dose calculée s'avère insuffisante pour infiltrer toutes les plaies, le produit est dilué avec du soluté physiologique pour obtenir la quantité nécessaire, jusqu'à dilution de 1/3 (ex. : 11,2 ml d'immunoglobulines antirabiques et 22,4 ml de soluté physiologique pour un total de 33,6 ml).

2.1.2.3. Test de tolérance

Avant toute administration d'immunoglobulines antirabiques, il y a lieu de procéder à un test de tolérance en injectant une quantité de 0,1 ml d'immunoglobuline antirabique dilué à 10 volume en intradermique dans l'avant-bras, puis de laisser le sujet en observation pendant au moins un quart d'heure.

- **s'il n'y a aucune réaction allergique** (test de tolérance négatif) : continuer d'administrer la dose requise en infiltrant la plaie ou les plaies et/ou en injectant en intramusculaire.

• **si une réaction allergique est observée** (test de tolérance positif) : appliquer la méthode de BESREDKA qui consiste à injecter 0,25 ml d'immunoglobulines en sous cutané dans la région péri ombilicale et, au bout d'un quart d'heure s'il n'y a pas de réaction, injecter le reste de la dose en infiltration ou / et IM. Dans le cas contraire, administrer tous les quarts d'heure 0,25 ml d'immunoglobulines antirabiques en sous cutanée jusqu'à épuisement de la dose recommandée.

2.1.2.4. Effets indésirables

Ce sont essentiellement des réactions allergiques locales (œdèmes au point d'injection, urticaire, rougeur) qui régressent et cèdent aux antihistaminiques.

Dans le cas, de la survenue d'une réaction anaphylactique éventuelle, qui est rare (1/45 000 cas), l'intervention consistera à :

- administrer, sans tarder, 0,01 ml/kg (maximum 0,5 ml) d'adrénaline à 1% par voie intramusculaire. Cette dose peut être répétée à un autre site d'injection, toutes les 5 à 15 minutes selon l'état clinique, s'il n'y a pas d'amélioration des signes vitaux,

- coucher la personne sur le dos, les jambes surélevées et rétablir la perméabilité des voies respiratoires supérieures, au besoin,
- surveiller les signes vitaux (tension artérielle, pouls et respiration) et commencer la réanimation cardiorespiratoire au besoin,
- transférer la personne le plus rapidement possible à l'hôpital en ambulance, les premiers soins énumérés ci-dessus lui ayant été administrés et une voie d'abord (veineuse) ayant été prise,

2.1.3 EN MATIERE DE VACCINS ANTIRABIQUES

2.1.3.1. Présentation des vaccins antirabiques

Actuellement, seuls les vaccins à virus inactivés sont admis. L'Institut Pasteur d'Algérie commercialise deux types de vaccins antirabiques viraux inactivés :

- le vaccin préparé sur culture cellulaire (importé), présenté sous forme d'une boîte individuelle de 5 flacons de lyophilisat et de 5 ampoules de solvant pour suspension injectable (équivalent à un traitement).
Quel que soit le protocole mis en œuvre, le taux d'anticorps protecteur (0,5UI/ml) est atteint suite à la 3^{ème} injection de vaccin.
La dose de vaccin est identique pour l'enfant et l'adulte, seul change le site d'injection. Elle est administrée par voie intramusculaire dans le muscle deltoïde ou dans la face antérolatérale externe de la cuisse mais jamais dans les muscles fessiers pour raison de mauvaise absorption.
- le vaccin préparé sur tissu nerveux (cerveaux de souriceaux nouveau-nés), fabriqué par l'IPA, présenté sous forme d'un coffret individuel de 12 flacons de lyophilisat et de 12 ampoules de solvant pour suspension injectable (équivalent à un traitement).
Ces vaccins doivent être stockés et conservés, ainsi que leurs solvants, au réfrigérateur (température comprise entre 2°C et 8°C).
Une fois reconstitués avec la solution de dilution fournie, les vaccins doivent être utilisés immédiatement ou, au plus tard, dans les 6 à 8 heures.

2.1.3.2. Réactions post-vaccinales après vaccination antirabique

Le sujet doit être mis en observation pendant au moins 15 minutes après l'administration de vaccin antirabique et ce, afin de faire face à d'éventuelles réactions post vaccinales sévères.

- Les réactions le plus fréquemment observées sont les réactions au site d'injection (rougeur, induration ou douleur, érythème, prurit) régressant aux antihistaminiques et d'autres réactions qui sont bénignes telles les céphalées, les nausées, les douleurs abdominales, les arthralgies et les vertiges.
- D'autres effets d'intensité modérée tels que frissons, douleurs aux articulations et épisode fébrile peuvent également survenir après l'injection de rappel.

- De rares cas de syndrome de Guillain-Barré d'évolution favorable et sans aucune séquelle ont été rapportés.
- Quelles que soient les réactions post vaccinales, la vaccination ne devrait jamais être interrompue car le choix qu'il y aurait à faire entre ces réactions post-vaccinales, même mal supportées par le sujet, et le risque de décès par rage, paraît évident et sans équivoque.
- En cas d'apparition de réactions post vaccinales, il y a lieu de poursuivre le traitement et de renseigner le formulaire « Manifestations Post-Vaccinales Indésirables » (MPVI) qui sera adressé au SEMEP qui en fera la notification à la DSP, à la Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé (MSPRH) et à l'INSP.

3. DIRECTIVES EN MATIERE DE PROPHYLAXIE ANTIRABIQUE POST EXPOSITION

Le traitement antirabique après exposition met à profit la durée relativement longue de l'incubation de la maladie, pour immuniser le sujet contre le virus qui lui a été éventuellement inoculé.

3.1. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE EXPOSITION DE CATÉGORIE (GRADE) I

- Le contact de catégorie ou (grade) I, ne fait appel à aucune prophylaxie

3.2. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE EXPOSITION DE CATÉGORIE (GRADE) II

- Le traitement prophylactique post exposition en cas de contact de catégorie (grade) II, fait appel à une VACCINATION ANTIRABIQUE

3.2.1. Vaccination avec vaccin antirabique préparé sur culture cellulaire

Le protocole de vaccination à mettre en œuvre est le protocole dit de « ZAGREB » à 4 injections (2 — 1 — 1) qui consiste à injecter deux (2) doses de vaccin à J0, dans deux sites distincts, suivi d'une dose à J7 et d'une dose à J2.

Tableau 1: Schéma de vaccination par le vaccin antirabique préparé sur culture cellulaire selon le protocole dit de « Zagreb » (catégorie (grade) II et III)

AGE	2 doses à J0 par voie intramusculaire	1 dose à J7 par voie intramusculaire	1 dose à J21 par voie intramusculaire
MOINS DE 2 ANS	face antérolatérale externe de la cuisse 1 dose dans la cuisse droite 1 dose dans la cuisse gauche	1 dose au niveau de la face antérolatérale externe de la cuisse	1 dose au niveau de la face antérolatérale externe de la cuisse
2 ANS ET PLUS	dans le deltoïde* 1 dose dans le deltoïde droit 1 dose dans le deltoïde gauche	1 dose dans le deltoïde	1 dose dans le deltoïde

* Si le sujet est âgé de plus de 2 ans, l'administration peut également se faire de la façon suivante : 1 dose dans un deltoïde et 1 dose à la face antérolatérale externe d'une cuisse.

Ne jamais injecter le vaccin dans la région fessière.

3.2.2. Vaccination avec vaccin préparé sur tissu nerveux

Tableau 2: Schéma de vaccination par le vaccin antirabique préparé sur tissu nerveux (catégorie (grade) II)

AGE	7 doses de base à J0, J1, J2, J3, J4, J5 et J6 par voie sous cutanée dans la région péri ombilicale	4 doses de rappel à J10, J14, J29 et J9 par voie intra dermique au niveau de la face antérieure de l'avant-bras
MOINS DE 5 ANS	1 dose de 1 ml	1 dose de 0,1 ml
5 ANS ET PLUS	1 dose de 2 mL	1 dose de 0,25 ml en 2 points d'injection

3.3. CONDUITE À TENIR DEVANT UNE EXPOSITION DE CATÉGORIE (GRADE) III

Le traitement prophylactique post exposition en cas de contact de catégorie (grade) III fait appel à une vaccination antirabique, associée aux immunoglobulines antirabiques.

3.3.1. Administration d'immunoglobulines antirabiques

- Pour l'administration des immunoglobulines antirabiques, il faut se référer au chapitre 3.2.

3.3.2. Administration de la vaccination antirabique

- **Vaccination avec vaccin préparé sur culture cellulaire :**

Le protocole de vaccination à mettre en œuvre est le protocole dit de « Zagreb » à 4 injections (2 — 1 — 1) et qui est le plus utilisé (voir tableau, 1 page 1).

- **Vaccination avec vaccin préparé sur tissu nerveux**

Tableau 3: schéma de vaccination par le vaccin antirabique préparé sur tissu nerveux (catégorie III)

AGE	7 doses de base à J0, J1, J2, J3, J4, J5 et J6 par voie sous cutanée dans la région péri ombilicale	5 doses de rappel à J10, J14, J24, J34 et J90 par voie intra dermique au niveau de la face antérieure de l'avant-bras
MOINS DE 5 ANS	1 dose de 1 ml	1 dose de 0,1 ml
5 ANS ET PLUS	1 dose de 2 ml	1 dose de 0,25 ml (en 2 points d'injection)

3.4. CONDUITE A TENIR DEVANT DES SITUATIONS PARTICULIERES

3.4.1. En cas de vaccination interrompue (retard de plus de 24 heures)

- Sujet vacciné avec le vaccin préparé sur cerveau de souriceaux nouveaux
Toute interruption de la vaccination (retard à la vaccination de plus de 24 heures) nécessite la reprise de la vaccination depuis le début avec, de préférence, le vaccin préparé sur culture cellulaire.
- Sujet vacciné avec le vaccin préparé sur culture cellulaire
- S'il y a interruption de la vaccination (retard à la vaccination de plus de 24 heures) alors que le sujet n'a pas reçu 3 doses, la vaccination devra être reprise depuis le début.
- Si le sujet a reçu 3 doses, la vaccination sera poursuivie car, le titre d'anticorps protecteur est atteint chez presque tous les sujets.

3.4.2. En cas de morsure(s)et/ou griffure(s) par un animal rongeur

- Le sujet ne sera pas soumis à la prophylaxie antirabique (ni vaccin antirabique, ni immunoglobulines antirabiques) si la morsure est causée par le rat ou autres petits rongeurs.

3.4.3. Chez les femmes enceintes ou allaitantes

- Il n'y a pas de contre-indication à la vaccination car le risque vital est en jeu.

3.4.4. Chez le sujet immunodéprimé

- Les corticostéroïdes, les autres agents immunsupresseurs, la chloroquine et ainsi que les maladies qui entraînent une immunodépression (p. ex., immunodéficience congénitale, infection par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH], leucémie, lymphome, cancer généralisé) peuvent entraver la réponse immunitaire au vaccin antirabique.
- Chez le sujet immunodéprimé, qui présente une lésion de catégorie (grade) II ou III, il y a lieu d'utiliser le vaccin préparé sur culture cellulaire par la mise en œuvre du protocole dit de «Essen» à 5 injections associé à l'administration d'immunoglobulines antirabiques.

Tableau 4 : Schéma de vaccination par le vaccin antirabique préparé sur culture cellulaire selon le protocole dit de «ESSEN» d'un sujet immunodéprimé

AGE	1 dose par voie intramusculaire à J0, J3, J7, J14, J28.
MOINS DE 2 ANS	1 dose au niveau de la face antérolatérale externe de la cuisse
2 ANS ET PLUS	1 dose au niveau du deltoïde* ou au niveau de la face antérolatérale externe de la cuisse

*Ne jamais injecter de vaccin dans la région fessière.

- A la fin du traitement, une sérologie (dosage d'anticorps antirabiques) est recommandée pour évaluer la nécessité du rajout ou non d'une sixième dose de vaccin antirabique.

3.4.5. Chez le sujet sous traitement anticoagulant

- Chez le sujet présentant une thrombopénie ou une hémophilie ou sous anticoagulants, l'injection intra musculaire est contre indiquée car elle peut provoquer des hématomes intramusculaires et des saignements.
- Le vaccin devra alors être administré par voie sous cutanée et une pression locale au point d'injection doit être exercée pendant au moins dix minutes.

3.4.6. Chez le sujet antérieurement vacciné

- Cas du sujet antérieurement vacciné par un vaccin préparé sur culture cellulaire
 - il faut privilégier la revaccination par le vaccin préparé sur culture cellulaire sans administration d'immunoglobulines antirabiques, selon le tableau 5 ci-dessous :

Tableau 5: Prophylaxie post exposition par le vaccin préparé sur culture cellulaire d'un sujet préalablement vacciné par le vaccin préparé sur culture cellulaire

statut vaccinal antirabique →	vaccination antirabique antérieure datant de moins de 1 an ou titre en anticorps suffisant (supérieur ou égal à 0,5 UI/mL)	Vaccination antirabique antérieure datant de > de 1 an et < de 5 ans ou sérologie non pratiquée	vaccination antirabique antérieure datant de plus de 5 ans
enfants < 2 ans	2 doses à J0 et J3 injection IM au niveau de la face antérolatérale externe de la cuisse	3 doses à J0, J3 et J7 Injection IM au niveau de la face antérolatérale externe de la cuisse	Revaccination sans administration d'immunoglobulines antirabiques
enfants ≥ 2ans adultes	2 doses à J0 et J3 injection IM au niveau du deltoïde ou au niveau de la face antérolatérale externe de la cuisse	3 doses à J0, J3 et J7 injection IM au niveau du deltoïde ou au niveau de la face antérolatérale externe de la cuisse	Revaccination sans administration d'immunoglobulines antirabiques

- Cas du sujet antérieurement vacciné par vaccin préparé sur tissu nerveux :
 - Il y a lieu de considérer que le sujet n'a jamais été vacciné et il faut reprendre le traitement prophylactique antirabique selon la catégorie (grade) du risque (vaccination ou sérovaccination) en privilégiant la revaccination par le vaccin préparé sur culture cellulaire.
 - Si le vaccin antirabique préparé sur culture cellulaire n'est pas disponible, il faut reprendre le traitement prophylactique antirabique selon la catégorie (grade) du risque (vaccination ou sérovaccination) avec le vaccin antirabique préparé sur tissu nerveux.

- Cas du sujet immunodéprimé antérieurement vacciné par vaccin antirabique préparé sur tissu nerveux :
- il y a lieu de revacciner le sujet en utilisant le vaccin antirabique fabriqué en culture cellulaire par la mise en œuvre du protocole dit de «Essen» à 5 injections associé à l'administration d'immunoglobulines antirabiques (cf. tableau 4).

3.4.7. Chez le personnel exposé

- La vaccination préventive des personnels exposés (personnel de laboratoire, personnels des abattoirs...) fait appel au vaccin antirabique préparé sur culture cellulaire et se fait selon le schéma suivant :
 - une injection à J0, J7, et J 28, avec un rappel à un an puis tous les 5 ans ;
 - il est recommandé de pratiquer un contrôle sérologique, tous les six (6) mois, afin d'apprécier l'état immunitaire du sujet vacciné.
- Bien que la littérature scientifique ne rapporte aucun cas de virus acquis dans un contexte de soins, les liquides biologiques (salive ~ larmes ~ liquides de régurgitation, de vomissement et respiratoire et liquide céphalorachidien) d'un humain infecté qui entrent en contact avec une plaie fraîche ou une muqueuse ont un potentiel infectieux au regard de la rage : aussi, le personnel soignant non préalablement vacciné et soumis accidentellement à ces types d'exposition devra bénéficier d'une prophylaxie antirabique de catégorie (grade)III (séro vaccination).

4. DIRECTIVES EN MATIERE DE TRAITEMENT D'APPOINT

4.1. CONCERNANT LA PREVENTION DU TETANOS

Devant une plaie par morsure est à risque tétanigène, il y a lieu d'examiner le statut vaccinal de la personne mordue et prendre la décision de vacciner ou non contre le tétonos (vaccin DT) et ce, conformément à l'instruction relative à la conduite à tenir devant une plaie à risque tétanigène.

Tableau 6: Prophylaxie antitétanique en fonction du statut vaccinal suite à exposition au risque rabique

STATUT VACCINAL CONTRE LE TETANOS	VACCIN ANTI DIPHTERIQUE-ANTITETANIQUE	IMMUNOGLOBULINES ANTITETANIQUES HETEROLOGUES (SAT)
Sujet correctement vacciné et dernière dose de vaccin datant de moins de 5 ans	NON	NON
Dernière dose de vaccin entre 5 à 10 ans	un (1) rappel	NON
Dernière dose de vaccin datant de plus de 10 ans	un (1) rappel	OUI
• Sujet non vacciné • Vaccination incertaine • vaccination incomplète	Une (1) dose de vaccin puis compléter la vaccination selon le calendrier vaccinal	OUI

4.2. CONCERNANT LA PREVENTION ET LUTTE CONTRE L'INFECTION BACTERIENNE

- Les germes inoculés lors de la morsure ou griffure de l'animal confèrent à ce type de plaie un fort risque infectieux .Les germes les plus incriminés sont les pasteurellas, les staphylocoques, les streptocoques et les bactéries anaérobies.
- Il y a lieu de prescrire une antibiothérapie et particulièrement aux sujets présentant un terrain à risque d'infection tels que les diabétiques, les sujets aux âges extrêmes de la vie, les sujets immunodéprimés ou sous immunosuppresseurs :
 - la durée minimale du traitement antibiotique qui est de cinq (5) jours. En cas de plaie manifestement infectée, cette durée est de dix (10) voir quinze (15) jours,
 - la prescription se fait comme suit :

Tableau 7 : Antibioprophylaxie en fonction de l'âge suite à une exposition au risque rabique

AGE	PRESCRIPTION DES ANTIBIOTIQUES	
	1 ^{ère} intention	2 ^{ème} intention
Adultes	Amoxicilline -Acide clavulanique 2 à 3 g/j en 3 prises	Doxycycline:2 gélules à 100mg/j en prise unique
Femmes enceintes	Amoxicilline - Acide clavulanique 2 à 3 g/j en 3 prises	
Enfants âgés de plus de 08 ans	Amoxicilline -Acide clavulanique 80mg/kg/jour en 3 prises	Doxycycline : 1 gélule à 100mg/j
Enfants âgés de moins de 08 ans	Amoxicilline -Acide clavulanique 80mg/kg/jour en 3 prises	

En cas d'allergie aux Bétalactamines et/ou aux cyclines, sont indiquées :

- soit la Pristinamycine à raison de 2 à 3g / j chez l'adulte et de 50 à 100 mg/kg/j chez l'enfant,
- soit la Clarythromycine à raison de 1g/j en 2 prises orales chez l'adulte et de 2 doses-poids par voie orale chez l'enfant.

4. ORGANISATION ET PRINCIPES DIRECTEURS DE LA PRISE EN CHARGE DU RISQUE RABIQUE

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population de wilaya et Mesdames et Messieurs les Chefs d'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de veiller à ce que :

- la prise en charge des sujets exposés au risque rabique soit assurée 24h/24 et 7 j/7 ;
- une unité antirabique soit mise en place dans :
 - chacun des Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP) au niveau d'une polyclinique assurant une garde 24h/24 et 7 j/7 et dotée de tous les moyens nécessaires ; cette unité est placée sous le contrôle technique du Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP) ;

- les Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) et les Etablissements Hospitaliers Spécialisés en maladies infectieuses, le cas échéant ;
- dans les CHU, la prise en charge des sujets exposés au risque rabique soit organisée en collaboration avec le Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP) et les services de maladies infectieuses, de médecine interne, de pédiatrie et des urgences ;
- au besoin et lorsque la situation l'exige (longue distance à parcourir par la population), une ou d'autres unités antirabiques soient mises en place et ce, sous réserve de l'accord préalable des services de la Direction de la Santé et de la Population de la wilaya ;
- le vaccin et le sérum soient disponibles en permanence dans chaque unité antirabique ;
- les immunoglobulines antirabiques et/ou le vaccin antirabique soient administrés au sein de l'unité antirabique. En cas d'évacuation du sujet vers un service de chirurgie à des fins de sutures des plaies, il y a lieu de prévoir et mettre à la disposition du service destinataire la quantité calculée sur la base de 40 UI/kg de poids d'immunoglobulines antirabiques en respectant la chaîne du froid (porte-vaccins – glacières isothermes) ;
- le coffret de vaccin antirabique qui équivaut à un traitement soit individualisé (réservé pour un seul sujet) ;
- les dispositions soient prises avec les services locaux compétents pour assurer la mise en observation de l'animal en cause si celui-ci est connu ou l'acheminement vers un laboratoire de la tête de l'animal si ce dernier a été abattu ou euthanasié.

Par ailleurs en référence, à l'**instruction interministérielle n°14 du 18 novembre 2015 relative à la prévention et à la lutte contre la rage**, il vous est demandé, à titre de rappel, de « développer des activités de proximité de sensibilisation en direction du grand public et en milieux éducatifs sur le risque rabique et sur les moyens de prévention en collaboration étroite avec les services de l'éducation nationale, de l'environnement et des affaires religieuses... ».

Une importance particulière devra être accordée à la mise en œuvre et au suivi des mesures édictées dans la présente instruction qui doit faire l'objet d'une très large diffusion aussi bien dans les structures de santé publiques que privées et être appuyée par l'organisation de journées d'information au profit des personnels de santé impliqués.

Le Directeur Général



مدير عام الوقاية و ترقية
الصحة
الأستاذ: س. مصطفى