

Grippe aviaire à H5N1 - Phase 0 Niveau 2a

Fiche pratique pour gestion des appels

Institut de veille sanitaire
29/09/2004

(Attention, cette fiche est susceptible d'être modifiée selon l'évolution de la situation épidémiologique)

La Phase 0, niveau 2 a du plan de lutte contre la pandémie de grippe est déclenchée avec la reprise des épizooties en Asie et l'apparition de nouveaux cas humains au Vietnam. Ce niveau correspond à « l'apparition d'un nouveau virus grippal avec plusieurs cas d'infection humaine, mais sans transmission inter-humaine ».

L'objectif de la surveillance en France est d'assurer la détection précoce des cas pour une prise en charge thérapeutique rapide de grippe potentiellement sévère et de rechercher l'existence de sujets ayant partagé la même exposition.

Eléments d'organisation de la surveillance

- Tous les appels concernant des cas suspects de grippe aviaire sont centralisés par le centre 15 qui, en fonction des signes cliniques et de l'exposition du patient, décide si ce dernier répond à la définition de cas possibles, avec l'aide de l'InVS si nécessaire.
- Selon l'évaluation, le centre 15 organise les prélèvements à visée diagnostique et l'orientation thérapeutique du cas possible : hospitalisation ou non, selon la clinique.
- Le centre 15 signale les cas à la Ddass.
- La Ddass, en liaison avec la Cire, initie l'investigation autour du cas. L'investigation vise à fournir une description clinique et épidémiologique détaillée du cas possible, à assurer le suivi du patient et à rechercher d'éventuels sujets ayant partagé la même exposition (sujets co-exposés).

Définitions de cas (au 29/09/2004)

Cas possible devant faire l'objet d'une investigation :

Patient, de retour du Vietnam ou de Thaïlande, présentant un syndrome respiratoire aigu avec fièvre (>38°) et toux et/ou dyspnée et ayant eu dans les 7 jours avant le début de ses signes :

- soit exposition professionnelle avec :
 - des élevages de volailles dans une zone où existait une épizootie de virus H5N1;
 - des prélèvements biologiques infectés dans un laboratoire manipulant du H5N1 ;
 - des malades infectés, ou présumés infectés, par le virus H5N1.
- soit un ou plus des facteurs suivants :
 - contact à moins d'un mètre avec de la volaille, des oiseaux d'élevage ou sauvages, malades ou morts ;
 - contact à moins d'un mètre avec un cas humain confirmé de grippe H5.

Cas exclu

Un cas possible est exclu si les résultats de l'investigation biologique sont négatifs (absence d'infection à H5N1).

Cas confirmé

Cas possible ayant été confirmé biologiquement comme une infection liée au virus grippal de type H5N1 par le CNR.

Remarques

1. **Un syndrome grippal avec détresse respiratoire aiguë** chez un sujet revenant depuis moins de 7 jours d'un pays où sévit l'épizootie liée au virus H5N1 peut être considéré comme un cas possible devant faire l'objet d'une investigation. Au 29/09/04, les pays touchés par l'épizootie étaient, outre le Vietnam, la Thaïlande, l'Indonésie, la Chine, le Cambodge, la Malaisie (sources OIE)

2. Tant qu'un cas possible n'est ni exclus ni confirmé, il est considéré comme "**en cours d'investigation**".

Epidémiologie

Les connaissances sur H5N1 dérivent de celles de la grippe classique (le nombre de cas humains à H5N1 est trop faible pour avoir suffisamment de recul)

Incubation

De 1 à 3 jours, pouvant aller jusqu'à 7 jours.

Portage et transmission

L'excrétion virale débute la veille des signes cliniques ; elle est maximale à J3 et persiste jusqu'à J 7 chez l'adulte.

Les prélèvements doivent donc être effectués le plus tôt possible au décours de la maladie.

Éléments de la prise en charge clinique

- L'hospitalisation des cas en cours d'investigation ou confirmés n'est pas systématique et la prise en charge thérapeutique, essentiellement symptomatique, dépend de l'état du patient. La décision d'hospitalisation est basée sur l'évaluation du clinicien. Un patient présentant des signes cliniques modérés peut être suivi à domicile par son médecin traitant jusqu'à guérison (définie par le clinicien).
- En cas de suivi à domicile,
 - Le patient suit sa température jusqu'à guérison. Il doit appeler le médecin traitant ou le centre 15 en cas de modification de son état (modification de la température, aggravation des signes respiratoires ou apparition de nouveaux symptômes).
 - La Ddass et la Cire assurent le suivi épidémiologique de ce patient (cf. infra)

NB. A ce jour, la transmission inter humaine du virus H5N1 n'ayant pas été démontrée, le port d'un masque de type chirurgical chez le patient suivi à domicile et présentant des symptômes modérés, n'est pas recommandé. Il convient toutefois de rappeler les précautions d'hygiène classiques telles que se laver régulièrement les mains et se protéger le nez et la bouche avec un mouchoir jetable en cas de toux ou d'éternuements. Cependant, si des éléments nouveaux laissaient supposer une transmission, cette recommandation sera modifiée en conséquence.

- En cas d'hospitalisation,
 - La prise en charge thérapeutique est décidée par le clinicien infectiologue. Elle est basée sur un traitement symptomatique.
 - Les précautions à prendre sont de type "gouttelettes", en plus des précautions standard, à la fois durant le transport et l'hospitalisation. Le patient est placé en chambre individuelle (regroupement uniquement si nécessaire); il est muni d'un masque chirurgical; ses déplacements sont limités et lorsqu'il se déplace il porte le masque. Le personnel soignant porte un masque chirurgical lorsqu'il s'approche du lit du patient, à moins d'un mètre..

Organisation de l'investigation autour des cas détectés en France

Lorsque le centre 15 signale les cas possibles à la Ddass, cette dernière, en liaison avec la Cire, est responsable de l'investigation autour du cas. L'investigation vise à fournir une description clinique et épidémiologique détaillée du cas, à assurer le suivi du patient et à rechercher l'existence de sujets ayant partagé la même exposition. Ces actions doivent être décidées et menées en concertation avec la cellule clinico-épidémiologique animée par l'InVS.

Voir fiches de recueil des informations à remplir par les Ddass/Cire

- **S'assurer que le prélèvement a été effectué et envoyé au CNR**
Voir ci-dessous la gestion des prélèvements
- **Assurer le suivi des cas possibles et confirmés**
 - La Ddass/Cire veillent à remplir le questionnaire descriptif correspondant aux cas possibles.
 - La Ddass et la Cire (avec l'aide éventuelle de l'InVS) assurent le suivi des cas possibles jusqu'à guérison ou décès. Le suivi se fait au moins 1 à 2 fois par semaine avec le médecin traitant du malade ou le praticien hospitalier si le cas est hospitalisé.
- **Préciser la source d'exposition et rechercher d'autres personnes éventuellement exposées**
Autour des cas confirmés :
 - Si la source d'exposition est identifiée, rechercher l'existence de personnes ayant pu partager cette exposition et préciser si ces dernières présentent des symptômes ou non (Cf. questionnaire "co-exposés").
 - Avec l'appui de la cellule clinico-épidémiologique, la Ddass et la Cire évaluent l'exposition des personnes potentiellement co-exposées. En fonction de la nature et de la vraisemblance de cette exposition, il sera décidé, ou non, d'assurer un suivi épidémiologique des co-exposés. Les sujets présentant des signes cliniques compatibles avec la définition des cas devront faire l'objet d'une investigation.
 - Le suivi sera quotidien et durera pendant les 7 jours qui suivent l'exposition. Les sujets exposés seront avisés d'appeler le centre 15 s'ils présentent des signes cliniques comme une fièvre >38°C, une toux et/ou une dyspnée, en spécifiant leur exposition.

Autour des cas en cours d'évaluation :

En fonction de la vraisemblance du diagnostic de grippe H5N1 à partir des données cliniques et d'exposition, la nécessité d'initier la recherche de sujets co-exposés et leur éventuel suivi, sans attendre le résultat de la confirmation biologique du cas index, sera décidée, au cas par cas, à l'issue d'une concertation entre la Ddass, la Cire et la cellule clinico-épidémiologique.

Éléments de décision concernant les antiviraux

- La décision de mise sous traitement anti-viral à visée curative chez les **cas en cours d'évaluation ou confirmés** est du ressort du clinicien infectiologue. Ce dernier peut faire appel à la cellule clinico-épidémiologique pour l'évaluation du bénéfice du traitement, en fonction notamment de la classification du patient (possible ou confirmé), de la date de début des signes cliniques (délai de mise sous traitement) et des facteurs de risque et de gravité.
- **Pour les contacts de cas même confirmés, n'ayant pas partagé l'exposition**, il n'y a pas lieu, à ce jour, au vu de l'absence de documentation de toute transmission inter-humaine, de recommander une prophylaxie antivirale.
- **Pour les sujets ayant partagé une exposition avec un cas**, le clinicien, avec l'appui de la cellule clinico-épidémiologique, évalue la pertinence d'une prophylaxie anti-virale, en fonction essentiellement du délai écoulé depuis l'exposition (pas d'efficacité mise en évidence au delà des 48 heures suivant l'exposition).

Gestion des prélèvements

▪ Adresses / contact des CNR –Grippe

Il existe deux CNR- grippe, l'un pour le nord de la Loire, l'autre pour le sud.

Paris : CNR des virus influenzae de la France Nord : Institut Pasteur, Unité de Génétique Moléculaire des Virus Respiratoires, 25, rue du docteur Roux, 75724 Paris cedex 15. Sylvie Van der Werf/Ana Burguiere Tél : 01 45 68 87 25

Rhône Alpes (Lyon): CNR des virus influenzae de la France Sud Laboratoire de Virologie, Bruno Lina / Martine Valette Tél : 04 78 77 70 29 Fax : 04 78 01 48 87

▪ Prélèvements

- Prélèvements nasopharyngés, à effectuer de préférence de J0 à J3. Les kits de prélèvements sont disponibles dans les centres 15 depuis fin juillet. Sinon, le centre 15 doit immédiatement les demander au CNR correspondant ou au Réseau des GROG.
- Conservation à +4°C si l'envoi doit être différé (exemple : week-end).
- Il est préférable de prélever un patient durant le week-end et de garder le prélèvement à 4°C plutôt que d'attendre le lundi pour prélever (meilleures chances de positivité)
- Acheminement sous triple emballage sécurisé par transporteur agréé, au CNR correspondant.
- Malgré le fait que la transmission inter humaine du virus H5N1 ne soit pas à ce jour avérée, le prélèvement est une activité qui représente un risque de transmission d'agents infectieux à tropisme respiratoire, grippaux ou autres. La fiche technique accompagnant les kits disponibles dans les centres 15 précise *que le médecin effectuant le prélèvement doit se protéger notamment avec un masque FFP2, des lunettes de protection et des gants*. Pour information, voir fiche masques en annexe

Masques médicaux ou appareils de protection respiratoire jetables : quel matériel choisir ?

◆ Les masques médicaux (masques de soins, masques chirurgicaux)

Le masque médical est destiné à éviter, lors de l'expiration de celui qui le porte, la projection de sécrétions des voies aériennes supérieures ou de salive pouvant contenir des agents infectieux transmissibles par voie « gouttelettes »¹ ou « aérienne »²:

- porté par le soignant, il prévient la contamination du patient et de son environnement (air, surfaces, produits),
- porté par le patient contagieux, il prévient la contamination de son entourage et de son environnement.

Par ailleurs le masque médical protège celui qui le porte contre les agents infectieux transmissibles par voie « gouttelettes »³. En aucun cas il ne le protège contre les agents infectieux transmissibles par voie « aérienne ».

En outre, si le masque comporte une couche imperméable, il protège celui qui le porte contre un risque de projection de liquides biologiques. Ce masque est parfois équipé d'une visière protégeant les yeux.

Les masques médicaux sont des dispositifs médicaux (de classe I) qui relèvent de la directive européenne 93/42/CEE.

La conformité de ces masques aux exigences essentielles de la directive précitée est attestée par le marquage CE dont le sigle est porté sur l'emballage.

◆ Les appareils de protection respiratoire jetables

Un appareil de protection respiratoire jetable filtrant contre les particules, communément appelé « masque » de protection respiratoire, est destiné à protéger celui qui le porte contre l'inhalation d'agents infectieux transmissibles par voie « aérienne »². Il le protège aussi contre le risque de transmission par voie « gouttelettes »¹.

Par ordre croissant d'efficacité, il existe trois classes d'appareils de protection respiratoire jetables : FFP1, FFP2, FFP3. L'efficacité prend en compte l'efficacité du filtre et la fuite au visage. La protection apportée dépend de la classe de l'appareil choisi et de son bon ajustement au visage.

Les appareils de protection respiratoire sont des équipements de protection individuelle qui relèvent de la directive européenne 89/686/CEE. La conformité de ces appareils aux exigences essentielles de la directive précitée est attestée par le marquage CE dont le sigle, suivi du numéro d'un organisme notifié, figure sur l'appareil lui-même.

En outre sont mentionnés:

- EN 149⁴
- FFP1 ou FFP2 ou FFP3

BONNES PRATIQUES D'UTILISATION

- Consulter les notices d'emploi fournies par les fabricants.
- Ajuster les masques ou appareils de protection respiratoire : dépliage complet, liens bien serrés ou élastiques bien en place, pince-nez ajusté.
- Une fois en place, ne pas manipuler le masque ou l'appareil de protection respiratoire car il existe un risque de détérioration de celui-ci et de contamination des mains.
- Se laver les mains après avoir enlevé le masque ou l'appareil de protection respiratoire.
- Eliminer le masque ou l'appareil de protection respiratoire utilisé dans la filière des Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux.
- Attention, un masque ou un appareil de protection respiratoire filtrant contre les particules ne protège pas contre l'inhalation de gaz ou de vapeurs (désinfectants, gaz anesthésiques...)
- Porter un masque avec une couche imperméable, s'il existe un risque de projections de liquides biologiques.

¹ Transmission par voie « gouttelettes » = transmission par des gouttelettes de salive ou de sécrétions des voies aériennes supérieures

² Transmission par voie « aérienne » = transmission aéroportée par de fines particules (« droplet nuclei », poussières)

³ Dans certains cas particuliers (agent infectieux inconnu, infectiosité élevée, doute sur le mode de transmission), il peut être recommandé de porter un appareil de protection respiratoire plutôt qu'un masque médical (ex : SRAS).

⁴ Norme EN 149 (dernière version : octobre 2001) = appareils de protection respiratoire - demi-masques filtrants contre les particules

Dénomination		Exemples d'indication	Porté par		
			Le soignant	Le patient	Le visiteur
Masque médical	Sans couche imperméable	Actes de soins ou de petite chirurgie sans risque de projection de liquides biologiques	X		
		Pour les déplacements des patients contagieux (exemple : tuberculose)		X	
		Pour les précautions « gouttelettes », dans la plupart des cas ¹ .	X		X
	Avec couche imperméable	Actes de soins ou de chirurgie avec risque de projection de liquides biologiques vers le soignant	X		
Appareil de protection respiratoire jetable		Le choix entre FFP1, FFP2 ou FFP3 sera fonction de l'évaluation des risques (type d'agent biologique, tâche effectuée...).	X		X
		Exemples : Tuberculose: <ul style="list-style-type: none"> • FFP1 : soins ou visite à un patient tuberculeux contagieux • FFP2 : situations particulièrement à risque (intubation, expectoration induite, tuberculose multirésistante..). SRAS : <ul style="list-style-type: none"> • FFP 2 : prise en charge de patient suspect ou atteint de SRAS Menaces bioterroristes : <ul style="list-style-type: none"> • Choix selon les indications du plan Biotox 			

Pour en savoir plus :

- ↪ *Appareils de protection respiratoire et métiers de la santé. Fiche pratique de sécurité INRS ED 105 www.inrs.fr*
- ↪ *Comité Technique National des Infections Nosocomiales, Société Française d'Hygiène Hospitalière. Isolement septique. Recommandations pour les établissements de soins. Paris 1998.*
- ↪ *Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (section maladies transmissibles) relatif au choix d'un masque de protection contre la tuberculose en milieu de soins (séance du 14 mars 2003).*