



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

**PROTOCOLE RELATIF A LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES
PRESENTANT UN SYNDROME OU UNE SUSPICION DE SYNDROME
RESPIRATOIRE AIGU SEVERE (SRAS)**

MISE A JOUR LE 28 MARS 2003

INFORMATION POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

NB : toutes ces recommandations sont susceptibles d'évoluer. Ce document remplace l'ancienne version du 25 mars 2003.

1. Toute personne de retour de HongKong, Hanoi, Singapour, région de Guangdong en Chine, depuis moins de 10 jours présentant :
 - une fièvre $>38^{\circ}\text{C}$ d'apparition brutale, une touxET
 - un ou plusieurs signes d'atteintes respiratoires basses (dyspnée, gêne respiratoire, anomalies auscultatoires, anomalies radiologiques si la radiographie pulmonaire a déjà été faite ou désaturation par saturomètre digital si fait)

et tout contact de cette personne (cf Annexe 7) qui présente les mêmes symptômes

- Doit (doivent) être hospitalisée(s) **en isolement** dans un service spécialisé en maladie infectieuse disposant des équipements nécessaires et d'un service de laboratoire. Les mesures d'hygiène et d'isolement devant être appliquées sont également précisées dans l'annexe 1. L'hospitalisation est faite prioritairement dans les hôpitaux référents (cf. annexe 2).
- Doit (doivent) être transportée(s) à l'hôpital avec des précautions spécifiques : (cf. annexe 3)
- Le cas doit être signalé à l'InVS afin d'évaluer le degré de certitude et de mettre en place le suivi épidémiologique (cf. annexe 4)
- Doit (doivent) , **après l'évaluation de l'InVS**, faire l'objet de prélèvements au sein d'un service hospitalier dans les conditions définies à l'annexe 5

- **Tout cas classé probable par l'InVS doit être pris en charge par le service d'infectiologie de l'hôpital de référence**, notamment pour le traitement curatif (cf. annexe 6), (sauf si l'état de santé du patient ne permet pas son transfert).
- Des mesures de prévention sont à prendre pour les personnes asymptomatiques contact d'un cas probable (cf. annexe 7).

Lorsque le diagnostic de SRAS est exclu par l'InVS, toutes les mesures d'isolement et de précautions particulières d'hygiène vis à vis du SARS doivent être immédiatement interrompues.

ANNEXE 1 : MESURES D'HYGIENE ET D'ISOLEMENT

Les recommandations présentées dans cette annexe tiennent compte des caractéristiques épidémiologiques du SRAS connues à la date du 25 mars 2003 et résultent d'une synthèse des recommandations françaises, de recommandations spécifiques publiées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le 16 mars 2003.

Devant tout patient possible de SRAS admis à l'hôpital, l'unité opérationnelle d'hygiène (EOH) doit être prévenue immédiatement.

Les **précautions standard** doivent être strictement appliquées et complétées de **précautions particulières**, dites « air » et « contact ».

1 - ORGANISATION ET LOGISTIQUE

- Placer le plus rapidement possible les personnes se présentant à l'accueil du service des urgences avec une suspicion de SRAS en isolement géographique.
- Les cas possibles devront porter des masques chirurgicaux jusqu'à exclusion du diagnostic de SRAS, en vue d'éviter les projections.
- Préparer le matériel en quantité suffisante avant de prendre le malade en charge pour éviter la contamination de l'environnement et des surfaces au cours du soin.
- Privilégier la prise en charge des cas possibles par du personnel dédié et une planification groupée des soins.
- Maintenir le port du masque chirurgical par le patient lors de toute visite et s'il doit quitter la chambre.
- Limiter au maximum les déplacements du patient (par ex : préférer les radiographies au lit).
- Jusqu'à élimination du diagnostic de SRAS : proscrire toute visite de l'entourage, afin de limiter au maximum le risque de transmission. Si des visites sont indispensables, les visiteurs doivent adopter la même tenue et observer les règles d'hygiène indiquées pour le personnel soignant.
- L'isolement des cas probables sera levé sur prescription médicale après au moins 2 jours d'apyrexie et normalisation des signes cliniques respiratoires et biologiques.
- L'ensemble du personnel (par ex : ambulanciers, personnel d'entretien ...) amené à se rendre dans la pièce d'isolement doit respecter les mesures d'hygiène appliquées au personnel soignant.

2 – LOCAUX D'ISOLEMENT

- Isolement en chambre individuelle, en pression négative de préférence, avec un renouvellement d'air d'au moins 6 volumes/heure.
- La porte est maintenue fermée.
- En l'absence de chambres individuelles disponibles, on peut regrouper des cas probables dans une même chambre.
- S'il existe un système de climatisation, l'éteindre (soit au niveau de la chambre si climatisation individualisée, soit au niveau central). La chambre doit être ventilée par une ouverture régulière des fenêtres, en maintenant la porte fermée.

3 - MATERIELS

- Les dispositifs médicaux doivent être à usage unique ou réservés exclusivement au patient par ex. : garrot, stéthoscope...) si de tels dispositifs n'existent pas à usage unique.

- En l'absence de disponibilité de tels dispositifs individualisés, les dispositifs médicaux réutilisables doivent être nettoyés, puis stérilisés ou désinfectés entre deux patients, selon le niveau de traitement requis par ces dispositifs.
- L'usage prioritaire de matériel de sécurité pour tous les prélèvements et actes à risque d'accident avec exposition au sang est rappelé.
- Les dispositifs médicaux à usage unique introduits dans la chambre du patient, mais non utilisés, seront éliminés tels quels par la filière des DASRI (incinération).

4 - TENUE DU PERSONNEL

Pour toute personne entrant dans la chambre, quel que soit le motif, porter **obligatoirement** une tenue de protection, composée de :

- Port de sur blouse à usage unique en cas de contact avec le patient, ou avec des surfaces ou matériels pouvant être contaminés, ou en cas de risque de projection de liquides biologiques.
- Masque de protection de type respiratoire FFP2, ou à défaut FFP1, norme EN149, avant l'entrée dans la chambre.
- Lunettes individuelles de protection systématiques.
- Une paire de gants à usage unique avant d'entrer dans la chambre. Une deuxième paire doit être mise par le personnel soignant lors d'actes directs au patient. Cette deuxième paire doit être renouvelée à chaque activité.

A la sortie de la chambre :

- La sur blouse, puis la deuxième paire de gants sont ôtées avant de sortir.
- à l'extérieur de la chambre, le masque, puis la paire de gants restant sont ôtés.

5 - HYGIENE DES MAINS APRES SORTIE DE LA CHAMBRE

- Lavage des mains après avoir ôté le masque et les gants.
- Lavage soigneux avec un savon antiseptique ou désinfection par friction avec une solution hydro-alcoolique, en l'absence impérative de souillures visibles ou de poudre (gants) sur les mains.

6 - LINGE

- Utiliser exclusivement du linge à usage unique (équipement individuel, draps et couvertures aluminium-type couverture de survie- changes et alèses) qui sera conditionné dans la chambre en évitant tout mouvement intempestif à risque d'aérosolisation des sécrétions puis incinéré.

7 – VAISSELLE

- Traitement habituel.

8 – ENTRETIEN DES LOCAUX

- Nettoyage-désinfection quotidien des surfaces selon les protocoles usuels.
- En application des précautions standard, un nettoyage suivi d'une désinfection à l'eau de Javel diluée à 1/10^{ème} doit être immédiatement réalisé en cas de souillure biologique visible.

9 - DECHETS

- Le tri et le conditionnement des déchets s'effectuent dans la chambre.

- Utiliser des contenants adaptés à la filière des DASRI (déchets d'activité de soins à risque infectieux) pour les déchets et les déjections.
- Tous les déchets doivent être éliminés par la filière des DASRI en vue d'une incinération.
- Les urines et selles doivent être évacuées dans les toilettes de la chambre. En l'absence de WC dans la chambre : évacuer les selles et les urines après solidification par la filière d'élimination DASRI.

REFERENCES

1. CTIN, SFHH. Isolement septique. Recommandations pour les établissements de soins. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1998, p.12-15.
2. Avis du comité technique national des infections nosocomiales du 5 décembre 2001 sur "la place de la friction hydro-alcoolique dans l'hygiène des mains lors des soins. BEH n°8 du 19/02/02.
3. SFHH. Recommandations pour la désinfection des mains. 2002

**ANNEXE 2 : COORDONNEES DES SERVICES DE MALADIES INFECTIEUSES
DES HOPITAUX REFERENTS**

Monsieur le Pr M. DUPON

Service des Maladies infectieuses et tropicales
Hôpital Pellegrin
33076 BORDEAUX Cedex
Tel : 05 56 79 55 36
Fax : 05 56 79 60 36

Monsieur le Pr P. MICHELET

Service des Maladies infectieuses et tropicales
Hôpital Pontchaillou
35000 RENNES
Tel : 02 99 28 42 87
Fax : 02 99 28 24 52

Monsieur le Pr P. MASSIP

Service de Maladies infectieuses et tropicales
Hôpital Purpan
31059 TOULOUSE Cedex 3
Tél : 05 61 77 91 17
Fax : 05 61 77 21 38

Monsieur le Pr F. CARON

Service des Maladies infectieuses
Hôpital Charles Nicolle
76031 ROUEN Cedex
Tel : 02 32 88 87 39
Fax : 02 32 88 82 75

Monsieur le Pr D. PEYRAMOND

Service des Maladies infectieuses et tropicales
Hôpital de la Croix Rousse
69317 LYON Cedex 04
Tel : 04 72 07 17 48
Fax : 04 72 07 17 50

Monsieur le Pr D. CHRISTMANN

Service des Maladies infectieuses et tropicales
Hôpitaux universitaires
67091 STRASBOURG Cedex
Tel : 03 88 11 65 86
Fax : 03 88 11 64 64

Monsieur le Pr J. DELMONT

Service des Maladies infectieuses et tropicales
Hôpital Nord de Marseille
13015 MARSEILLE
Tel : 04 91 96 89 80
Fax : 04 91 96 89 80 ou 38

MM. les Pr B. GUERY et Y. MOUTON

Service de Réanimation et Maladies infectieuses
Centre Hospitalier de Tourcoing
59208 TOURCOING Cedex
Tel : 03 20 69 44 30 ou 48 48
Fax : 03 29 69 44 39 ou 46 15

Monsieur le Pr J.L. VILDE

Service des Maladies infectieuses et tropicales
G.H. Bichat – Claude Bernard
75018 PARIS
Tel : 01 40 25 78 03
Fax : 01 40 25 88 60

Monsieur le Pr T. MAY

Service des Maladies infectieuses et tropicales
CHU de Brabois
54500VANDOEUVRE-LES-NANCY
Tel : 03 83 15 40 97
Fax : 03 83 15 40 97 / 35 34

Monsieur le Pr F. BRICAIRE

Service des Maladies infectieuses et tropicales
G.H. Pitié – Salpêtrière
75013 PARIS
Tel : 01 42 16 01 11
Fax : 01 42 16 01 65

PEDIATRIE

A Paris, les enfants sont transférés au service du Professeur LENOIR

Service de pédiatrie 2,
Hôpital NECKER
Tél. 01 44 49 48 83
Fax : 01 44 38 17 50

Dans les autres départements, le transfert d'enfants présentant des symptômes se fera vers un service de pédiatrie notamment spécialisé en infectiologie

ANNEXE 3: TRANSFERT SANITAIRE DES CAS POSSIBLES DU LIEU D'EXAMEN CLINIQUE A L'HOPITAL

Tous les transferts s'effectuent par le centre 15.

OBJECTIFS

Eviter toute contamination des personnels et des moyens de transport sanitaires.

1. PROTECTION DE L'EQUIPE

L'objectif est de ne pas entrer en contact avec les sécrétions respiratoires et les liquides organiques. A cet égard, le chauffeur ne doit en principe pas revêtir une tenue spécifique, sauf en cas d'intervention impérative auprès du patient.

Tenue de l'équipe au contact du patient :

- 1) Masque de protection de type respiratoire FFP2, ou à défaut FFP1, norme EN149.
- 2) Lunettes individuelles de protection.
- 3) Une paire de gants à usage unique. Une deuxième paire doit être mise par le personnel soignant lors d'actes directs au patient et renouvelée à chaque activité.
- 4) Port de surblouse à usage unique en cas de contact avec le patient.

Tenue du patient :

- Masque chirurgical.
- Sur blouse à usage unique.

2. PROTECTION DU MATERIEL ET DU VEHICULE

- ↻ Doubler les sacs poubelles pour les déchets et les déjections liquides. Retourner les bords vers l'extérieur pour le remplissage.
- ↻ Utiliser exclusivement du linge à usage unique (équipement individuel, draps et couvertures aluminium-type couverture de survie- changes et alèses) qui sera incinéré.
- ↻ Préparer le matériel en quantité suffisante avant de prendre en charge le malade pour éviter la contamination de l'environnement et des surfaces au cours du transfert. Retirer du véhicule tout ce qui n'est pas indispensable pour le transport de ce malade.
- ↻ Protéger le matériel non utilisé pour le patient, qu'il soit fixé ou non à la paroi de l'ambulance (notamment le respirateur) avec des couvertures en aluminium (type couverture de survie).

3. TRANSPORT

- ↻ Pas de prélèvement biologique au cours du transport.
- ↻ Le chauffeur évite si possible le contact avec le malade et reste au volant.
- ↻ L'infirmier ou l'autre ambulancier reste dans la cellule sanitaire pendant le transport et jusqu'au retour à la base pour éviter la contamination de la cabine. Celle-ci sera quand même nettoyée et désinfectée au retour à la base.

4. DANS LE SERVICE RECEVEUR

- ↻ Après avoir transféré le patient, les personnels chargés des soins mettent les protections utilisées dans le véhicule dans le contenant à déchets puis ferment ce dernier. Ils les placent dans un conteneur rigide mis à disposition dans l'unité de soins recevant le patient, ainsi que leur tenue de protection. L'ensemble suivra la filière des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI).

- ↻ Il est ensuite procédé à une pulvérisation de spray détergent-désinfectant à l'intérieur du véhicule.

5. A LA BASE

- ↻ Ne pas rentrer l'ambulance dans le garage.
- ↻ Mettre des gants à usage unique
- ↻ Mettre un tablier plastique à usage unique
- ↻ Nettoyer puis désinfecter avec un produit détergent-désinfectant (2 applications successives) l'ensemble des surfaces intérieures du véhicule, notamment l'intérieur et l'extérieur des poignées.
- ↻ En présence de souillures biologiques visibles, réaliser ensuite une désinfection à l'eau de Javel fraîchement diluée au 1/10^{ème}

NB : le produit détergent-désinfectant peut varier selon les habitudes ou les pratiques locales.

6. DECHETS

Tous les déchets seront évacués par le circuit des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) de l'établissement qui reçoit le patient pour incinération.

REFERENCES

1. CTIN, SFHH. Isolement septique. Recommandations pour les établissements de soins. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1998, p.12-15.
2. Avis du comité technique national des infections nosocomiales du 5 décembre 2001 sur "la place de la friction hydro-alcoolique dans l'hygiène des mains lors des soins. BEH n°8 du 19/02/02.
3. SFHH. Recommandations pour la désinfection des mains. 2002

ANNEXE 4 : SUIVI EPIDEMIOLOGIQUE

Les cas possibles correspondent à ceux devant faire l'objet de la mise en œuvre du protocole de prise en charge définie par la Direction générale de la Santé. La classification en cas restant possibles, exclus ou probables ne préjuge pas des modalités de la prise en charge hospitalière ultérieure de ces cas.

1. Cas possible (en l'absence d'examen radiologique et biologique)

Toute personne présentant l'ensemble des signes suivants :

- poussée fébrile (>38°C) et toux
- un ou plusieurs signes d'atteinte respiratoire basse (dyspnée, gêne respiratoire...)
-

ET un ou plusieurs des éléments suivants :

- voyage en Chine du Sud (province de Guangdong, capitale Canton), à Hong Kong, Hanoi ou Singapour, dans les 10 jours précédant le début des signes
- notion de contact avec un cas probable : personne ayant soigné ou ayant vécu avec, ou ayant eu un contact face à face, ou ayant été en contact avec des sécrétions respiratoires d'un cas probable.

2. Cas probable

Tout cas possible présentant des signes de pneumopathie interstitielle à la radiographie pulmonaire ainsi qu'une leucopénie

3. Cas Exclu

Tout cas possible pour lesquels les 4 critères suivants sont remplis :

- état clinique pas inquiétant
- absence d'atteinte interstitielle à la radiographie pulmonaire
- absence de leucopénie
- absence de contact proche avec un cas probable

Si l'un au moins de ces critères n'est pas rempli, le cas ne peut-être exclu à ce stade et une nouvelle évaluation devra être effectuée 3 jours plus tard.

S'il ne répond pas aux critères d'un cas probable, il reste pendant la durée de ce suivi considéré comme cas possible / en cours d'évaluation.

La Direction générale de la santé a chargé l'Institut de veille sanitaire (InVS) :

- d'assurer au niveau national le suivi épidémiologique des cas
- d'évaluer en lien avec les services hospitaliers la relation possible entre la pathologie des personnes et l'épidémie en cours dans la zone et de définir si un cas doit être retenu possible ou probable.

- **Toute consultation ou hospitalisation d'une personne présentant un syndrome respiratoire aigu fébrile étant revenue dans les 10 jours des zones citées, doit faire l'objet d'un signalement sans délai à l'Institut national de veille sanitaire au numéro de téléphone suivant :**

01 41 79 67 15

- **Si un cas est retenu comme possible ou probable par l'InVS, celui-ci se chargera d'informer:**

- la Direction générale de la santé
- la direction départementale des affaires sanitaires et sociales
-

ANNEXE 5 : CONDITIONS DE PRELEVEMENTS CHEZ LES CAS POSSIBLES OU PROBABLES

Après évaluation de l'InVS :

1 Avant de réaliser les prélèvements :

- Le médecin identifie les tubes de prélèvement et les date.

Le médecin assure sa protection pour réaliser le prélèvement et l'examen clinique avec le port d'un masque, de lunettes et de gants jetables.

Les laboratoires doivent être prévenus de la présence de prélèvements provenant de cas possibles ou probables de SRAS et de veiller à la stricte application des précautions standard.

2 Prélèvements sanguins :

Prélever deux tubes secs de sang.

Les placer dans un conteneur hermétique.

3 Prélèvements naso-pharyngés:

- ◆ à faire après les résultats de la numération formule sanguine
- ◆ le prélèvement naso-pharyngé doit être réalisé avec un kit de prélèvement de virus respiratoire (un écouvillon sec avec tige en bois de préférence, milieu de transport : tube de 3ml contenant une solution ainsi préparée : pour un litre de sérum physiologique, ajouter 160 mg de gentamycine et 50 mg d'amphotéricine B, ou milieu de transport adapté à la virologie. Prélèvement : bien frotter les parois nasales suffisamment haut dans chaque narines avec l'écouvillon puis plonger ce dernier dans le milieu de transport, casser la tige et bien refermer le tube. Contacter le CNR en cas de difficulté).

Après réalisation du prélèvement :

- Remplir avec soin la fiche pour l'envoi des prélèvements (annexe 4 bis).

L'expédition se fait obligatoirement vers l'un des 2 centres nationaux de référence du virus influenzae ou à un des laboratoires de virologie P3 interrégionaux de la zone géographique (annexe 4 ter), par transporteur utilisant un conditionnement de type classe 3.

- ◆ Les prélèvements chez les cas probables doivent être adressés au CNR Institut Pasteur pour être techniqués en P3+
- ◆ Les prélèvements chez les **cas signalés (possibles)** : En cas de signes cliniques, le tri se fait par l'InVS qui détermine le lieu d'envoi vers un des laboratoires ayant un P3 ou un des deux CNR.
- ◆ Pour les personnes signalées **clairement exposées** aux cas de Hanoi et/ou exposées aux cas confirmés en France, leurs prélèvements sont aussi envoyés à l'institut Pasteur car ils sont considérés comme des cas probables.

4 – Elimination des déchets

Placer le matériel potentiellement contaminant dans les récipients prévus à cet effet. Il devra être disposé selon les règles d'hygiène en vigueur.

Enlever dans l'ordre suivant le masque, les gants (les mettre dans le container) et les lunettes.

5 – Laver les mains et les lunettes avec du savon.

ANNEXE 5 BIS SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU SEVERE

Fiche d'accompagnement des prélèvements biologiques

à envoyer à un des CNR des Virus Influenzae¹ ou à un laboratoire de virologie de type P3 interrégional

Expéditeur

Nom du médecin.....

Nom et adresse de l'Hôpital.....

Prélèvement

Date du prélèvement :/...../.....

Nature du prélèvement :

- Sang
- Rhino-pharyngé
- Sécrétions bronchiques
- autres précisez :

Patient

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... ou Age :

Sexe : F M

Hospitalisation oui non

Signes cliniques

Fièvre > 38°C oui non

inconnu

Dyspnée oui non

inconnu

si oui, détresse respiratoire oui non

inconnu

Signes de pneumopathies à la radio oui non

inconnu

si oui, précisez

Leuconéutropénie oui non inconnu

Thrombocytopénie oui non inconnu

Provenance

VIETNAM oui non

Hanoi oui non

si non,

précisez.....

CHINE oui non

Hong Kong oui non

Province de Guangdong oui non

si non,

précisez.....

SINGAPOUR oui non

AUTRE précisez.....

¹ Pour la zone Nord : Institut Pasteur – Unité de Génétique Moléculaire des Virus Respiratoires – 25 rue du Dr Roux – 75724 PARIS CEDEX 15
Pour la zone Sud : Laboratoire de Virologie – Domaine Rockefeller – 8 rue Rockefeller – 69373 LYON CEDEX 08

ANNEXE 5 TER Liste des CNR virus influenzae et laboratoires de virologie P3 interrégionaux

Paris : Institut Pasteur, Unité de Génétique Moléculaire des Virus Respiratoires, 25, rue du docteur Roux, 75724 paris cedex 15 – Tél : 01 45 68 87 25 ou 2é ou 01 40 61 33 54.

Lyon : Laboratoire de Virologie, Domaine Rockefeller, 8 rue Rockefeller, 69373 Lyon cedex 08 – Tél 04 78 77 70 29

Alsace (STRASBOURG) Françoise STOLL-KELLER/ Jean Pierre GUT
Tel : 03 90 24 37 10
Fax : 03 90 24 37 23
francoise.stoll@viro-ulp.u-strasbg.fr

Limousin (LIMOGES) Sylvie ROGEZ/ François DENIS
05 55 05 67 21
05 55 05 66 22
sylvie.rogez@unilim.fr

Basse-Normandie (CAEN) Astrid VABRET / François FREYMUTH
Tel 02 31 27 25 53
Fax 02 31 27 25 57
freymuth-f@chu-caen.fr

Midi-Pyrénées (TOULOUSE) Jean Michel MANSUY/ Jacques IZOPET
Tel 05 61 77 22 65
Fax 05 61 77 25 42
mansuy.jm@chu-toulouse.fr

Poitou-Charentes (POITIERS) Geneviève GIRAUDEAU/ Gérard AGIUS
Tel 05 49 44 44 80
Fax 05 49 44 39 75
g.giraudeau@chu-poitiers.fr

PACA (MARSEILLE) Christine ZANDOTTI /Xavier DE LAMBALLERIE/ Didier RAOULT
Tel : 04 91 38 79 02/ 69 87
Fax:
christine.zandotti@ap-hm.fr

ANNEXE 6 : PRISE EN CHARGE

Tout cas classé probable par l'InVS doit être pris en charge par le service d'infectiologie de l'hôpital de référence. Au cas où, pour des raisons d'état de santé interdisant tout transfert, le malade ne peut être hospitalisé dans un hôpital de référence, la prise en charge se fera en relation avec le service d'infectiologie de l'hôpital de référence et dans les mêmes conditions d'isolement et de sécurité.

▪ **Traitement curatif :**

Compte tenu des incertitudes sur l'agent infectieux, il n'existe aujourd'hui aucun protocole de traitement recommandé que ce soit au niveau international ou national . L'OMS relate que des équipes ont utilisé la ribavirine. La décision de ce traitement relève des cliniciens du service hospitalier de référence.

▪ **Les critères de guérison (recommandation de l'OMS, 21 mars 2003) :**

- ◆ signes cliniques : apyrexie depuis 48h, absence de toux
- ◆ signes biologiques (si initialement perturbés) : NFS normale pour les leucocytes et les plaquettes, CPK normale, marqueurs hépatiques normaux.
- ◆ Signes radiologiques : anomalies radiologiques résolutes.

▪ **Suivi des cas convalescents (par le service où ils ont été hospitalisés):**

- -Les patients convalescents devront être suivis et prendre leur température 2 fois par jour. S'ils ont une température égale ou supérieure à 38°C deux fois de suite, ils doivent contacter le service.
- Une visite de contrôle est recommandée au bout d'une semaine pour un contrôle de la radiologie pulmonaire, de la NFS et de tous les tests sanguins initialement perturbés. Le clinicien peut décider de revoir le patient plus tôt s'il le juge nécessaire. Le patient est revu jusqu'à la normalisation de sa radiographie pulmonaire et le retour de son état de santé à la normale.
- Dans le suivi, une sérologie du patient convalescent doit être réalisée 3 semaines après le début des symptômes dans le service.
- dans l'attente de plus d'information sur l'agent étiologique, sur le portage et donc sur les risques de transmission, une conduite prudente est justifiée. Ainsi, il est recommandé à toute personne convalescente d'attendre au moins 14 jours avant de reprendre le travail ou de retourner dans une collectivité (il s'agit de 2 fois la durée maximale d'incubation connue). Durant cette période elle doit rester chez elle et avoir un minimum de contact. Elle doit être informée sur la nécessité de recontacter le service si son état s'aggrave et si d'autres symptômes se développent

ANNEXE 7: MESURES A PRENDRE POUR LES PERSONNES ASYMPTOMATIQUES CONTACT DU CAS PROBABLE

A ce jour, on définit deux niveaux de contact :

1) toute personne ayant été en contact étroit avec un cas possible depuis l'apparition de la fièvre sans mesure de précaution respiratoire (cf. annexe1). Les principales situations de contact étroit sont : activités de soins, de prélèvements (sphère ORL et respiratoire), vie sous le même toit, relation intime.

2) toute personne ayant été à proximité (moins de deux mètres) et sans protection respiratoire d'un cas probable de manière répétée ou prolongée.

Compte tenu de l'évolution des connaissances concernant l'agent pathogène, et selon les recommandations des experts, il n'est plus recommandé de traitement prophylactique. En effet le virus grippal paraît exclu donc le traitement par antineuraminidase (oseltamivir) ou amantadine n'est plus justifié

En présence d'un sujet symptomatique probable (classé par l'InVS) les personnes vivant au foyer devront faire l'objet d'un suivi par un médecin des Groupements d'Observation de la Grippe (GROG) et de mesures d'isolement dans les 10 jours suivant le dernier contact:

- Arrêt de travail
- éviction de toute collectivité (garderie, écoles, loisirs)
- rester à leur domicile
- éviter les contacts extérieurs
- surveillance active

Source : Direction générale de la Santé
75007 Paris
26 mars 18 h 00