

Fiche D.1 – A. Grippe au virus émergent A/H1N1 - Conduite à tenir en présence d'un malade ou d'une personne suspectée d'être contaminée en période d'alerte pandémique.

Mise à jour : 28 Avril 2009

Cette fiche ou les modalités de sa mise en œuvre pourront évoluer en fonction des connaissances sur la situation épidémiologique.

1. Dispositions générales

Cette fiche vise les situations d'alerte pandémique :

- 3A et 3B : cas humains isolés à l'étranger ou en France, sans transmission interhumaine,
- 4A et 4B : Début de transmission interhumaine efficace : cas humains groupés, limités et localisés à l'étranger ou en France.
- 5A : Extension géographique de la transmission interhumaine du virus, à l'étranger
- 5B : Extension géographique de la transmission interhumaine du virus, en France.

Au cours de la situation 5B, on passera selon les secteurs géographiques d'une gestion individuelle à une gestion "populationnelle"¹ de la situation sur décision de la **cellule interministérielle de crise (CIC)** qui considérera notamment les éléments suivants : le nombre de cas incidents, les capacités hospitalières, les capacités d'investigations épidémiologique et virologique et la quantité d'antiviraux disponibles.

Les principes à mettre en œuvre en période d'alerte pandémique sont les suivants :

- La notification et la gestion locale des cas sont coordonnées par le **SAMU-Centre 15**, et associent la médecine ambulatoire, les établissements de santé et les autorités sanitaires (InVS/CIRE, DDASS/Préfet, administration centrale du ministère chargé de la santé (DGS)), afin d'assurer à la fois la prise en charge du cas et le pilotage adapté de l'action publique et de l'information de la population en respectant les obligations de notification du Règlement Sanitaire International qui est entré en vigueur le 15 juin 2007 ;
- En plus de son activité de soins, le médecin en charge du patient recueille les informations cliniques sur les symptômes et les caractéristiques du cas ainsi que des informations additionnelles à visée épidémiologique destinées à faciliter l'action de l'InVS/CIRE et de la DDASS concernant le cas et son entourage ; le questionnaire sera ensuite complété par la DDASS/CIRE.
- En situations 4 et 5 débutante, les personnes sont, de préférence, hospitalisées dans l'hôpital de plus proche disposant d'un SAMU, pour éviter une diffusion dans la population générale et assurer des investigations détaillées.

Dès que les investigations ont permis de recueillir les informations suffisantes sur les caractéristiques de l'infection et sur son évolution clinico-épidémiologique ou dès que le nombre de cas devient trop important, et sur décision de la Cellule Intermédiaire de Crise, les patients sont traités à domicile (ou sur leur lieu de séjour ou de résidence au moment où se déclare la maladie). L'hospitalisation est alors réservée aux patients dont l'état clinique le nécessite.

¹ Classement des cas assurés par le niveau local, arrêt du suivi individuel des contacts et de leur traitement prophylactique.

2. Conduite à tenir en présence d'un malade ou d'une personne suspectée d'être contaminée en phases 3A et 3B (absence de transmission interhumaine mise en évidence)

Les principes de la conduite à tenir sont résumés dans le tableau n° 10.

- a) Pour effectuer l'évaluation clinique et épidémiologique, le praticien hospitalier ou le praticien intervenant hors établissement hospitalier, qui est face à un cas suspect, prend contact sans délai avec le SAMU-Centre 15².
- b) Si le cas suspect d'infection par le virus émergent A/H1N1 répond à la définition de cas possible, le SAMU-Centre 15 appelle l'InVS pour information et validation de la classification.

-	cas possibles : un cas suspect devient un cas possible s'il entre dans la définition des cas possibles établie et actualisée par l'InVS ³ . Tant qu'un cas possible n'est ni exclu ni confirmé, il est considéré comme « cas en cours d'investigation » ;
-	cas exclus : un cas suspect est exclu s'il n'entre pas dans la définition des cas possibles. Un cas possible est exclu, sauf circonstances exceptionnelles, si les résultats de l'investigation biologique sont négatifs (absence d'infection à virus A/H1N1) ;
-	cas confirmés : un cas possible est confirmé si l'investigation biologique conclut à une infection par le virus grippal émergent de type A/H1N1 par les CNR-grippe

- c) Si l'InVS valide la classification en cas possible, le **SAMU-Centre 15** organise la prise en charge du cas et le prélèvement naso-pharyngé qui permettra de confirmer ou d'exclure le diagnostic.
- d) L'InVS/CIRE informe sans délai les services centraux (DGS) et locaux (DDASS) du ministère chargé de la santé, de l'identification d'un cas possible et des mesures prises vis-à-vis du patient.
- e) Une enquête épidémiologique est conduite par la DDASS, en liaison avec la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE), à la recherche de sujets ayant été soumis à la même exposition potentielle au virus A/H1N1 que le cas possible.
- f) La mise en quarantaine des sujets contacts et co-exposés n'est pas utile à ce stade.
- g) Les prélèvements naso-pharyngés sont à réaliser rapidement, dès confirmation du classement en «**cas possible**» du patient, et avant toute mise sous traitement antiviral pour rechercher une infection à influenza A. Les prélèvements sont effectués par un des praticiens responsables de la prise en charge initiale du malade (GROG, SMUR, service d'urgence, service d'hospitalisation). Ils nécessitent le strict respect des mesures d'hygiène et de protection détaillées dans le kit de prélèvement naso-pharyngé (fiche D.4). Les prélèvements sont transférés à un laboratoire habilité pour le test PCR (Polymerase Chain Reaction) grippe et disposant d'un niveau de biosécurité adapté (P3). En cas de positivité, les prélèvements sont adressés à l'un des deux centres nationaux de référence.

² Le document « Conduite à tenir devant des cas possibles de grippe à nouvelle souche de virus grippal sans transmission inter humaine / Actualisation au 25/11/2005 » est accessible sur le site Internet grippe aviaire (<http://www.grippeaviaire.gouv.fr/>) et sur celui du ministère chargé de la santé (<http://www.sante.gouv.fr/>), puis cliquer sur dossiers, puis sélectionner le dossier grippe aviaire)

³ Définition des cas possibles : voir annexe, ci-après

- h) La décision de mise sous traitement antiviral anti-neuraminidase à posologie thérapeutique chez les **cas possibles symptomatiques en cours d'évaluation** est du ressort du clinicien. Cependant, le délai entre l'apparition des premiers signes et la mise sous traitement devant être le plus court possible et ne pas excéder 48 heures, il est souhaitable que ce traitement soit prescrit après réalisation du prélèvement naso-pharyngé, sans attendre la confirmation virologique. Une prophylaxie antivirale présomptive pourra être proposée dans les 48h après l'exposition aux sujets co-exposés asymptomatiques en fonction de l'appréciation de la probabilité d'infection au virus A/H1N1.
- i) En cas de résultat positif, le cas est déclaré « **cas confirmé** ». Pour confirmation définitive du résultat, le laboratoire agréé transmet au CNR, l'intégralité du prélèvement en sa possession accompagné de la fiche d'information.
En cas de résultat négatif, le cas est déclaré « **cas exclu** ».
- j) Circuit de l'information :
Le laboratoire P3 habilité ayant effectué l'analyse transmet les résultats au médecin en charge du patient (nom indiqué sur la fiche de renseignement accompagnant le prélèvement), et informe l'InVS et, si le résultat est positif, le CNR.
Le CNR, après analyse, informe le médecin en charge du patient, ainsi que l'InVS du résultat final.
L'InVS est en charge d'informer la DGS et la DDASS qui contactera ensuite le SAMU à l'origine du signalement.
Quel que soit le résultat, le patient et son entourage en sont informés par le médecin soignant, en relation avec la DDASS qui transmet l'information aux autres personnes identifiées comme des cas co-exposés. En cas de résultat négatif, l'arrêt du traitement antiviral spécifique, s'il a été instauré, est envisagé.

3. Conduite à tenir en présence d'un malade ou d'une personne suspectée d'être contaminée en situation 4A /4B et 5A / 5B avec transmission interhumaine

Les principes de la conduite à tenir sont résumés dans le tableau n° 10-A.

Les dispositions présentées ci-dessus restent valables. S'y ajoutent les mesures suivantes :

- a) L'investigation autour du **cas possible** devra inclure également les sujets ayant été au contact étroit (cf. définition ci-dessous) du cas dans les 24 heures précédant le début des signes du cas ou après le début des signes du cas ;
- b) Il sera recommandé à ces sujets, ainsi qu'aux personnes co-exposées, de rester à domicile et de limiter les contacts avec des personnes extérieures pendant une période allant jusqu'à une semaine après leur dernier contact avec le cas ou la source d'exposition, ou jusqu'à l'exclusion du cas possible en cas de résultats négatifs des prélèvements virologiques ;
- c) En cas d'apparition de fièvre ou de signes respiratoires, ils doivent contacter le centre 15 pour une évaluation de leur situation;
- d) Les contacts étroits des cas probables (voir définition ci-dessous) et des cas confirmés doivent recevoir une prophylaxie par un inhibiteur de la neuraminidase sans attendre le résultat de l'investigation biologique et être maintenus à domicile.
- e) Des conseils leurs seront donnés sur les modalités du maintien à domicile et l'attitude en cas d'apparition de symptômes ;

- f) Si, compte tenu de l'évolution de la situation, le nombre de « cas possibles » crée dès ce stade des problèmes de gestion des hospitalisations, la prise en charge du patient pourra être réalisée à son domicile s'il n'y a pas de critère de gravité et si le suivi médical à domicile est possible, y compris sur le plan social.

Dans le cas où la personne est maintenue à domicile, le SAMU-Centre 15 organise la réalisation et le transfert du prélèvement naso-pharyngé vers un laboratoire habilité ou un CNR, en faisant appel à un transporteur agréé (fiche D.4) ;

- la mise sous traitement antiviral du cas est réalisée sans délai ;
- des conseils de protection lui sont donnés ainsi qu'à son entourage (*fiche C.4* - chapitre 3) ;
- un suivi médical est organisé ; la DDASS est informée des résultats de ce suivi.

Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer en fonction de l'évolution de la situation et des informations disponibles.

Annexe : définition de cas au 27/04/09

Une personne présentant un syndrome respiratoire aigu brutal

- signes généraux : fièvre > 38° ou courbature ou asthénie
- et signes respiratoires : toux ou dyspnée

devient un cas possible si dans les 7 jours avant le début de ses signes :

1. elle a séjourné dans une zone dans laquelle une circulation du virus de grippe émergeant de type A/H1N1, a été mise en évidence, ou
2. elle a eu un contact étroit avec un cas probable ou confirmé dans les 24h avant le début des signes.

Les contacts étroits [sujets particulièrement exposés aux contaminations par gouttelettes] sont définis comme :

- personnes partageant le même lieu de vie que le cas index : famille, même chambre d'hôpital ou d'internat ...
- contact direct, en face à face, à moins d'1 mètre du cas index au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas index dans un avion ou un train ;

Par ailleurs, tout épisode de cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses doit également être signalé à l'InVS.

Cas probable

- cas possible avec une PCR grippe A sur un écouvillon naso-pharyngé
- cas possible avec un tableau sévère (syndrome de détresse respiratoire aiguë ou décès dans un tableau de syndrome infectieux respiratoire aigu)
- cas possible ayant eu un contact étroit avec un cas probable ou confirmé dans les 24h avant le début des signes.

Tableau n° 10-A : Conduite à tenir en présence d'un malade ou d'une personne suspectée d'être contaminée par le virus émergent A/H1N1

Situations		Confirmation diagnostique		Isolement/Maintien à domicile	Thérapeutique Antivirale	Suivi sanitaire Information autorités
		Evaluation épidémioclinique	Prélèvement naso-pharyngé			
Absence de transmission humaine 3A et 3B	Cas possible	SAMU-Centre 15 et InVS	Oui Voir fiche D4 <i>Cas confirmé</i> ou Cas exclu	Isolement, de préférence à l'hôpital	Curatif <u>précoce</u> (le plus tôt possible et avant 48h après le début des signes)	Coordination par la DDASS
	Co-exposés	Enquête épidémiologique (DDASS / CIRE /InVS)	Non	Pas de quarantaine	Prophylaxie selon l'instruction de la DDASS	DDASS et CIRE/InVS
Avec transmission humaine 4A à 5B (1)	Cas possibles	SAMU-Centre 15 InVS	Oui Voir fiche D4 <i>Cas confirmé</i> ou Cas exclu	Hôpital en isolement en lit dédié	Curatif <u>précoce</u> (le plus tôt possible et avant 48h après le début des signes)	
	Co-exposés Contacts d'un cas possible	Enquête épidémiologique (DDASS / CIRE /InVS)	Non	Limitation des contacts (jusqu'à exclusion du cas ou une semaine après le dernier contact)	Pas de prophylaxie	DDASS et CIRE/InVS
	Co-exposés Contacts d'un cas probable	Enquête épidémiologique (DDASS / CIRE /InVS)		Maintien à domicile	Prophylaxie	DDASS et CIRE/InVS

(1) : En situation 5B, on passera d'une gestion individuelle à une gestion « populationnelle » (Cf. chapitre 1 de la présente fiche) ; les indications de conduite à tenir pourront être adaptées par la CIC en particulier en fonction des capacités hospitalières et de la quantité d'antiviraux disponibles

Plan national « Pandémie grippale »

Fiche D.1 – Conduite à tenir en présence d'un malade ou d'une personne suspectée d'être contaminée en période d'alerte pandémique