



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction Générale de la Santé
Département des Urgences Sanitaires (DUS)
DGS/DUS n°

Paris, - 2 MAI 2013,

013157

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA SANTÉ

A

Mesdames et messieurs les directeurs
des établissements de santé
Pour mise en œuvre

A l'attention des chefs des services d'urgence, de SAMU – centre 15, de maladies infectieuses et tropicales, de pneumologie, d'hygiène hospitalière et des laboratoires hospitaliers.

Objet : Modalités de prise en charge des patients considérés comme cas possible ou confirmé d'infection par le virus A(H7N9) et de leurs entourages.

Ces recommandations sont provisoires. Elles seront réactualisées au fur et à mesure de l'évolution des connaissances épidémiologiques et biologiques sur le virus H7N9

1 - Situation épidémiologique concernant le nouveau virus de grippe A(H7N9)

Depuis le 31 mars 2013, plus de 120 cas humains d'un nouveau virus A(H7N9), ont été rapportés à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sans lien épidémiologique entre eux. Ces cas sont survenus dans 8 provinces et deux municipalités de Chine, ainsi qu'à Taïwan. La mortalité de proche de 20%, Même si de nombreuses inconnues persistent, les formes cliniques observées à ce jour sont graves dans plus de 90% des cas. Le mode de transmission et la source de l'infection sont en cours d'investigation. Il n'y a pas à ce jour de transmission interhumaine avérée pour ce nouveau virus A(H7N9).

L'émergence de ce virus A(H7N9) jusqu'alors inconnu chez l'homme, dont l'évolution est incertaine et la létalité élevée, justifie d'une prise en charge spécifique des cas et d'une protection de leur entourage et du personnel soignant avec la mise en place de mesures décrites ci-après. Nous ne sommes pas dans une situation de pandémie à ce jour.

2 - Modalités de prise en charge des patients suspects d'infection par le virus grippal A (H7N9) (cf. logigramme en annexe 2)

Au vu des données clinico-épidémiologiques actuelles, tout cas suspect de grippe A(H7N9) répondant aux critères cliniques et d'exposition (définition de cas en annexe 1), doit bénéficier d'une prise en charge hospitalière rapide :

- Cette hospitalisation est régulée par le SAMU Centre 15.
Il conviendra **de ne pas orienter le cas suspect vers les structures d'accueil des urgences**, mais d'organiser l'admission directe du patient en unité de soin afin d'éviter au maximum le contact avec de nombreux autres patients.
- Si la suspicion de cas est signalée directement à l'ARS, celle-ci réoriente vers le Centre 15.
- Si un patient répondant aux critères cliniques et d'exposition se présente directement dans un service d'accueil des urgences, il est orienté le plus rapidement possible vers une unité d'hospitalisation, y compris les UHTCD, permettant de mettre en place les mesures barrières (annexe 2)

De façon générale, il est rappelé que la prise en charge initiale (salles d'attente, consultation visite ...), d'un patient présentant des signes respiratoires infectieux ou d'une toux doit s'accompagner de la mise en place d'un masque chirurgical chez le patient. Ces bonnes pratiques usuelles, s'appliquent à tout cas suspect de grippe A (H7 N9).

Seul le médecin en charge de l'hospitalisation du patient fait valider le classement du cas possible par l'ARS en lien avec la CIRE de sa région. Le classement comme cas possible conduit à la réalisation des prélèvements respiratoires pour la confirmation du diagnostic microbiologique.

En cas de confirmation du diagnostic, l'ARS informera le médecin traitant. Ceci permettra de contribuer à l'identification et à la prise en charge des personnes co-exposées (information, traitement) et des contacts (information).

Mesures barrières

Des précautions complémentaires d'hygiène, en autres les mesures d'isolement géographique, doivent être mises en place dès la suspicion du cas.

Pour les cas possibles ou confirmés les recommandations du HCSPⁱⁱ s'appliquent (cf. annexe 3).

Les prélèvements respiratoires doivent être transportés au laboratoire de microbiologie dans un triple emballage (prélèvement dans un tube et deux sacs plastiques) avec information préalable du laboratoire.

Traitement

Les souches A(H7N9) testées sont sensibles aux inhibiteurs de la neuraminidase (oseltamivir et zanamivir) et résistantes à l'amantadine et la rimantadine.

Le traitement antiviral par inhibiteur de la neuraminidase est recommandé et doit être institué le plus rapidement possible - au mieux dans les 48 premières heures après apparition des symptômes.

Ces traitements sont prescrits dans le respect des contre-indications et précautions d'emploi.

3 - Recommandations de prise en charge des contacts étroits et des personnes co-exposées

Définition

Les **personnes co-exposées** sont définies comme celles ayant séjourné dans les zones exposées avec le cas possible ou confirmé.

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

- personnes partageant ou ayant partagé le même lieu de vie que le cas index, par exemple : 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

Traitement

Pour les personnes co-exposées

Il est recommandé (lien HCSP) que les **personnes co-exposées** des cas confirmés reçoivent, au mieux après avis d'un infectiologue et sauf contre-indication, un **traitement curatif** (pleine dose pendant 5 jours) par inhibiteur de la neuraminidase, même si elles sont asymptomatiques, dans les 10 jours suivant l'exposition. Ce traitement est à instituer le plus rapidement possible.

Pour les contacts

En l'absence de transmission interhumaine avérée du virus A(H7N9), en l'état actuel des connaissances, le traitement par inhibiteur de la neuraminidase n'est pas recommandé pour les contacts étroits des cas confirmés A(H7N9)

Suivi

En cas d'apparition de fièvre ou de signes respiratoires **dans les 10 jours** suivant l'exposition ou le dernier contact avec le cas confirmé ou possible, les personnes co-exposées ou les contacts étroits doivent contacter leur médecin traitant ou le centre 15 pour une prise en charge adaptée (cf. point 2)

Il n'y a pas lieu à ce jour de rechercher systématiquement les contacts parmi les personnes ayant partagé l'avion au retour de la zone exposée avec un ou des cas possibles ou confirmés.



**Le Chef de Service
Secrétaire Général**

Christian POIRET

ANNEXE 1

Définition de cas (<http://www.invs.sante.fr/>)

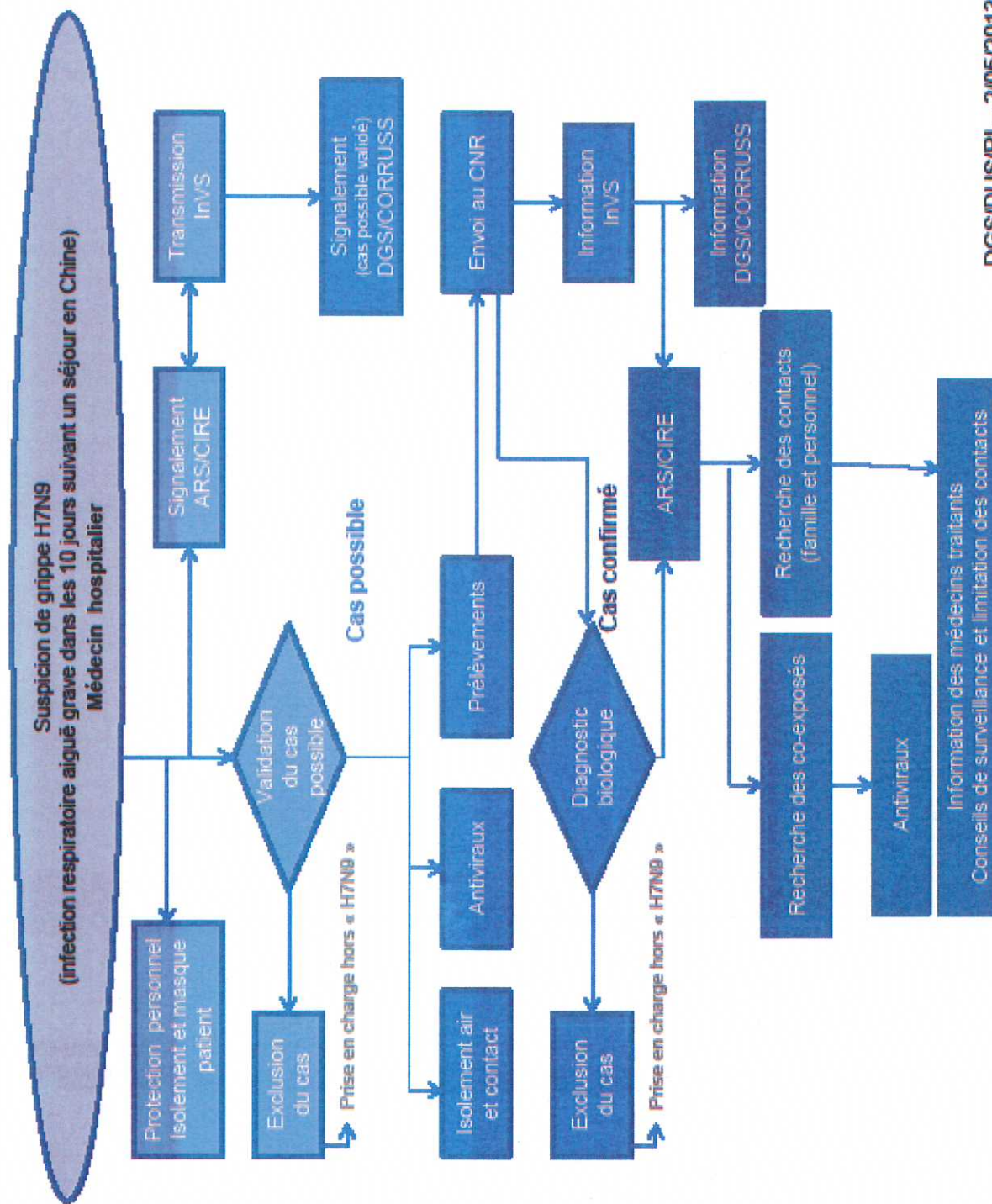
Cas possible :

- a) Toute personne ayant voyagé ou séjourné en zone exposée (la Chine à ce jour), qui, au cours des 10 jours après son retour, présente :
 - des signes cliniques **d'infection respiratoire aiguë grave basse** (nécessitant une hospitalisation),
 - **sans** autre étiologie identifiée pouvant expliquer la symptomatologie.
- b) Les **personnes co-exposées**, définies comme celles ayant séjourné dans les zones exposées avec un cas possible ou confirmé, qui présente une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 10 jours suivant le retour de la zone exposée
- c) Tout contact étroit d'un cas possible ou confirmé, qui présente une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 10 jours suivant le dernier contact avec le cas possible/confirmé pendant que ce dernier était symptomatique

Cas confirmé :

Cas avec prélèvement respiratoire indiquant la présence du virus aviaire A(H7N9)

Par ailleurs, il est rappelé que tout regroupement de cas d'infections respiratoires aiguës graves hospitalisés, avec ou sans notion de voyage ou résidence en zone géographique à risque, doit être signalé et investigué, en particulier chez le personnel soignant.



DGS/DUS/RI – 2/05/2013

Mesures d'hygiène en service d'hospitalisation

- Hospitalisation en chambre individuelle, avec un renouvellement correct de son air (non recyclé) et, si possible, avec sas (pour l'habillage et le déshabillage des professionnels intervenant auprès du patient).
- Pour les professionnels de santé et visiteurs (visites à limiter au maximum pour les visiteurs) :
 - Port d'une surblouse à usage unique, avec un tablier plastique en cas de soins à risque d'être mouillant ou souillant. Port de gants non stériles à usage unique.
 - Port d'un appareil de protection respiratoire (masque) de type FFP2.
 - Port de lunettes de protection pendant un soin exposant.
 - Réalisation d'un geste d'hygiène des mains par friction avec un soluté hydro-alcoolique (SHA) dès le retrait des gants et avant de quitter la chambre.
- Pour le patient en cas de nécessité absolue de déplacement (réalisation d'un examen complémentaire par exemple) :
 - Durée du déplacement limitée au strict nécessaire en organisant le déplacement (pas d'attente sur le site des investigations complémentaires).
 - Port de masque chirurgical.
 - Désinfection des mains par friction avec un SHA.
- Placer le matériel potentiellement contaminant dans les récipients prévus à cet effet. Il sera éliminé suivant la filière des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI).
L'ordre séquentiel d'utilisation de ces équipements de protection est le suivant :

- Pour entrer dans la chambre et réaliser un soin :

1. Placer l'appareil de protection respiratoire (masque) FFP2 avant d'entrer dans la chambre.
2. Vérifier son étanchéité par un test d'ajustement (fit-test).
3. Entrer dans la chambre.
4. Enfiler une surblouse à usage unique.
5. Porter un tablier plastique à usage unique en cas de soins à risque d'être mouillant ou souillant.
6. Mettre des lunettes de protection en cas de soin exposant au risque de projection.
7. Réaliser un geste d'hygiène des mains par friction avec un SHA.
8. Enfiler des gants non stériles à usage unique.

- En quittant le malade :

1. Enlever les gants.
2. Enlever la surblouse.
3. Se frictionner les mains avec un soluté hydro-alcoolique.
4. Retirer les lunettes et les nettoyer avec une lingette détergente/désinfectante, dont on se sera assuré de l'efficacité sur les virus grippaux, sauf s'il s'agit de lunettes à feuilles à usage unique.
5. Sortir de la chambre.
6. Retirer l'appareil de protection respiratoire (masque) FFP2 en dehors de l'atmosphère contaminée (la chambre ou le box).
7. Se frictionner les mains avec un soluté hydro-alcoolique.

Tous les matériels jetables seront alors placés dans un conteneur à déchets contaminés et éliminés suivant la filière des Dasri (Déchets d'activités de soins à risque infectieux).

Désinfection des matériels

Par analogie avec les autres virus grippaux, les virus A(H7N9) sont sensibles à l'hypochlorite de sodium (eau de Javel) à 0,1 %, aux composés organochlorés à 0,1 %, aux iodophores à 10 %, à l'éthanol à 70 % et au glutaraldéhyde à 2 %, aux composés d'ammonium quaternaire à 0,04 % et aux dérivés phénoliques. Les stratégies de désinfection de matériels et de l'environnement actuellement conseillées sont celles classiquement utilisées dans les établissements.

ⁱ <http://www.invs.sante.fr>

ⁱⁱ <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=323>