



MARS

Message d'Alerte Rapide Sanitaire

**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
SOUS DIRECTION VEILLE ET SÉCURITÉ SANITAIRE**

DATE : 16/07/2018

REFERENCE : MARS N°2018_13

OBJET : ACTUALISATION DES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SUSPECTS D'INFECTION À MERS-CoV

Pour action

Etablissements hospitaliers

SAMU / Centre 15

Service(s) concerné(s) : SMIT, SAU, réanimation médicale

Pour information

DGOS

ARS

SpF

DGCS

ARS de Zone

ANSM

Autre :

Le Haut Conseil de la Santé Publique a publié sur son site internet le 05 juillet 2018 son avis du 18 mai 2018 relatif « à la mise en place d'une déclaration obligatoire des infections à MERS-CoV ». (1) Si cet avis ne recommande pas l'entrée des infections à MERS-CoV dans la liste des Maladies à Déclaration Obligatoire, le signalement des cas « possibles » à l'ARS demeure indispensable pour l'organisation de la prise en charge du patient. Cet avis modifie en outre la définition des cas possibles d'infection à MERS-CoV. Dans ce cadre, la direction générale de la santé actualise le message d'alerte rapide sanitaire du 11 août 2016 et précise la stratégie de prise en charge des patients suspects d'infection à MERS-CoV.

I – Situation épidémiologique des infections à MERS-CoV dans le monde :

Le 15 juin 2018, le bilan diffusé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2) faisait état de 2200 cas confirmés d'infections à MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrom – Coronavirus) depuis l'émergence du virus en 2012. Parmi eux, 790 sont décédés, soit un taux de létalité de 35,9%. L'essentiel de ces cas sont survenus en Arabie Saoudite (1844 cas). Des cas ont été rapportés dans 27 pays, mais les épisodes de transmission interhumaine restent essentiellement documentés dans les pays de la Péninsule Arabique.

Pour rappel, les principaux modes de contamination jusque-là identifiés par l'OMS sont la transmission à travers du réservoir animal, les infections nosocomiales (en particulier en l'absence de mesures de protection adéquates) et les infections interhumaines entre personnes vivant dans le même foyer.

Aucun vaccin ni traitement spécifique n'est, à l'heure actuelle, disponible pour l'infection à MERS-CoV.

Si l'épidémiologie du MERS-CoV demeure stable, le cluster survenu à l'été 2015 et notifié à l'OMS par la Corée du Sud, avec plusieurs dizaines de cas secondaires démontre la nécessité d'une vigilance particulière concernant le risque d'importation sur le territoire national et la possibilité de transmissions nosocomiales.

L'European Center for Disease Control and Prevention (ECDC) a considéré, dans sa dernière évaluation du risque en date du 21 Octobre 2015 (21^{ème} mise à jour) (3), que l'importation de cas de MERS-CoV en Europe reste possible du fait du trafic aérien important, ainsi que la survenue de cas secondaires, notamment en milieu de soins. Cependant, le risque d'une large transmission communautaire liée à des cas importés est considéré comme faible.

II – Evolution de la définition des cas d'infection à MERS-CoV

L'avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 18 mai 2018 relatif à « *la mise en place d'une déclaration obligatoire des infections à MERS-CoV* » (1) fait évoluer la définition des cas possibles d'infection à MERS-CoV (modification soulignées en italique) :

– Cas possible :

a) Toute personne ayant voyagé ou séjourné dans les pays listés (Cf. ci-dessous), qui, au cours des 14 jours après son retour, a présenté :

- des signes de détresse respiratoire aiguë (SDRA),

- ou des signes d'infection du parenchyme pulmonaire confirmée par des anomalies sur la radiographie de thorax avec une fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et de la toux.

b) Tout contact (ex : famille, soignants) d'un cas possible ou confirmé, ayant présenté une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 14 jours suivant le dernier contact avec le cas possible/confirmé pendant que ce dernier était malade (i.e. symptomatique).

c) Toute personne ayant travaillé ou ayant été hospitalisée dans un établissement hospitalier dans un des pays listés et ayant présenté une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 14 jours suivant le dernier contact avec cet établissement.

d) Toute personne ayant eu un contact proche avec un dromadaire ou un produit issu de l'animal (lait non pasteurisé, viande crue, urine) dans un des pays listés et ayant présenté une infection respiratoire aiguë, quelle que soit sa gravité, dans les 14 jours suivant ce contact.

Pour les personnes immunodéprimées ou présentant une pathologie chronique, il faut considérer également la survenue d'un syndrome fébrile avec diarrhée et/ou tableau clinique sévère.

– Cas confirmé :

Cas possible avec prélèvements indiquant la présence du MERS-CoV.

– Liste des pays considérés à risque :

- les pays de la péninsule Arabique qui ont rapporté des cas et où la circulation du virus a été documentée : Arabie Saoudite, Bahreïn, Emirats arabes unis, Koweït, Oman, Qatar, Yémen.

- les pays limitrophes des pays ci-dessus : Irak, Jordanie.

- les autres pays qui ont rapporté des cas autochtones récemment : aucun en date de l'avis.

Santé publique France met à disposition sur son site Internet (4), en plus de la définition actualisée des cas, des questionnaires d'aide au classement. La liste actualisée des pays à risque y est également disponible.

III – Stratégie de prise en charge des patients suspects d'infection à MERS-CoV

Compte-tenu de la gravité de la pathologie et du risque nosocomial important, il est nécessaire de veiller à la mise en œuvre systématique et immédiate des mesures d'hygiène appropriées devant tout patient présentant des signes d'infection respiratoire.

La prise en charge des cas suspects, possibles et confirmés d'infection à MERS-CoV a fait l'objet d'un avis du Haut Conseil de la Santé Publique actualisé le 24 avril 2015 (5). En outre, la mission nationale COREB (Coordination du risques épidémique et biologique) a publié le 30 mai 2018 une « *procédure générique standardisée de prise en charge par les médecins de première ligne des patients suspects d'infection à*

risque épidémique et biologique (REB) » détaillant les 10 points clés de la prise en charge de ce type de patient (6). Ces documents sont des références utiles pour la sensibilisation et la formation des professionnels de santé qu'il est impératif de sensibiliser à ces principes de prise en charge.

a) Prise en charge ambulatoire (au cabinet, en visite à domicile ou en appelant au SAMU – Centre 15)

Dès l'évocation du diagnostic d'infection à MERS-CoV chez un patient pris en charge par un professionnel de santé en ambulatoire (le plus souvent, sur l'association de signes respiratoires et de la notion de retour d'un pays à risque) et avant toute évaluation de la suspicion, les mesures suivantes doivent être mises en œuvre :

- Isoler le patient et lui faire laver les mains puis porter un masque chirurgical ;
- Rappeler à l'entourage les règles d'hygiène standard ;
- Limiter les intervenants auprès du patient suspect au strict minimum nécessaire à sa prise en charge ;
- Assurer la protection individuelle des intervenants : mesures de protection de type « air » et « contact » : masque de type FFP2, surblouse à usage unique, gants non stériles à usage unique, lunettes de protection (en cas de soins susceptibles de générer des aérosols).

Une fois ces mesures de protection mises en œuvre, l'évocation du diagnostic d'infection à MERS-CoV doit systématiquement faire l'objet d'un appel au SAMU – Centre 15 et à un infectiologue référent de l'un des établissements de santé identifiés par l'ARS comme susceptibles de pouvoir prendre en charge des cas « suspects » et « possibles » d'infection à MERS-CoV. Cette triade d'expertise évalue la plausibilité du diagnostic au regard des critères explicités dans la définition de cas possible.

En l'absence de médecin déjà auprès du patient, lorsque l'évaluation et / ou la gravité du patient le nécessite, un SMUR est engagé par le SAMU – Centre 15.

A l'issue de cette évaluation, le cas peut être :

- Considéré comme nécessitant des éléments complémentaires de diagnostic clinique et / ou radiologique complémentaire pour permettre d'assurer le classement. Cette expertise peut être réalisée dans l'établissement hospitalier de proximité. Le transport se fera dans le strict respect des précautions d'hygiène par un vecteur diligenté par le SAMU – Centre 15 et adapté à la situation clinique. De même, la prise en charge au sein de l'établissement hospitalier de proximité devra répondre aux mêmes règles d'hygiène. L'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement devra impérativement être prévenue en amont.
- Classé comme cas « possible » : le clinicien en informe sans délai l'ARS, qui procède à la confirmation de ce classement. En cas de particularités ou de nécessité de recourir à une expertise épidémiologique complémentaire, cette confirmation du classement pourra s'effectuer en lien avec Santé Publique France (cellule en région ou, hors heures ouvrées, astreinte nationale) ;
- Considéré comme cas « exclu » : la situation clinico-épidémiologique du patient ne correspond pas à la définition de cas. Le patient sera pris en charge de façon habituelle. Il n'est alors pas nécessaire d'en informer l'ARS.

b) Prise en charge hospitalière (au service d'accueil des urgences ou lorsque la suspicion est évoquée au cours de l'hospitalisation)

Pour tout patient se présentant dans un service d'accueil des urgences ou détecté au cours d'une hospitalisation et pour lequel le diagnostic d'infection à MERS-CoV est évoqué, les mesures suivantes doivent être immédiatement mises en œuvre :

- Isoler le patient dans une chambre individuelle et lui faire porter un masque chirurgical après friction des mains avec un soluté hydro-alcoolique ;
- Limiter le nombre d'intervenants au strict nécessaire à sa prise en charge ;
- Limiter tout déplacement inutile du patient au sein de l'établissement ;
- Assurer la protection des professionnels de santé : mesures de protection de type « air » et « contact » : masque de type FFP2, surblouse à usage unique, gants non stériles à usage unique, lunettes de protection (en cas de soins susceptibles de générer des aérosols), friction des mains avec un soluté hydro-alcoolique dès le retrait des gants.

Il est possible de ne pas procéder immédiatement au classement du cas, lorsque des éléments d'expertise clinique ou radiologique permettant d'asseoir la décision sont attendus dans un délai court (quelques heures). Dans ce cas, il n'est pas nécessaire de transférer le patient dans un établissement pré-identifié par l'ARS, à la condition que le patient puisse être pris en charge dans des conditions permettant la mise en œuvre des mesures de précaution identiques à celles recommandées pour la prise en charge des cas « possibles ».

En cas de classement en cas « possible », le clinicien en informe sans délai l'ARS, qui procède à la confirmation de ce classement. En cas de particularités ou de nécessité de recourir à une expertise épidémiologique complémentaire, cette confirmation du classement pourra s'effectuer en lien avec Santé Publique France (cellule en région ou, hors heures ouvrées, astreinte nationale).

La nécessité d'établir, au moment du classement comme cas « possible », la liste des personnes ayant été en contact (ou amenées à être en contact) avec le patient sera discutée au cas par cas avec l'ARS et l'infectiologue référent. Cette discussion prendra notamment en compte le niveau de probabilité du diagnostic d'infection à MERS-CoV.

En cas de forte probabilité diagnostique, il est nécessaire d'identifier la compagnie aérienne sur laquelle a été effectué un éventuel voyage de retour de la zone à risque afin de pouvoir mettre en œuvre les mesures de contact-tracing international sans retard après confirmation de l'infection à MERS-CoV.

IV – Prise en charge spécifique des patients classés cas « possible » d'infection à MERS-CoV

Tout patient classé comme cas « possible » d'infection à MERS-CoV doit être orienté vers un établissement de santé disposant d'un service de maladies infectieuses pré-identifié par l'ARS et pris en charge conformément aux avis du Haut Conseil de la Santé Publique cités en référence.

Le transfert doit être organisé par le SAMU – Centre 15 dans le respect strict des précautions d'hygiène et de la protection des professionnels intervenants. Il est effectué par un vecteur diligenté par le SAMU – Centre 15 et adapté à la situation clinique du patient. L'établissement d'accueil doit être préalablement prévenu afin de mettre en œuvre ses procédures internes permettant d'assurer la prise en charge du patient avec l'appui de l'équipe opérationnelle d'hygiène. Si l'établissement ne fait pas partie de la liste des établissements pré-identifiés par l'ARS, il prend contact avec le SAMU – Centre 15 afin d'organiser le transfert du patient vers l'établissement de la liste établie par l'ARS le plus proche.

La prise en charge directe doit être systématique, sans passage par le service d'accueil des urgences (en dehors du cas d'une suspicion évoquée à l'occasion d'un passage aux urgences), dans un service de maladies infectieuses et / ou de réanimation permettant un isolement complet du patient dans une chambre individuelle avec un renouvellement correct de son air (6 à 12 volumes / heure, sans recyclage), de préférence (mais non obligatoirement) à pression d'air négative et équipée d'un sas.

Le prélèvement permettant d'affirmer ou d'infirmer le diagnostic doit être réalisé et adressé au laboratoire de l'établissement, après en avoir informé le biologiste référent, ainsi que l'équipe opérationnelle d'hygiène afin de permettre la mise en place des procédures recommandées lors des soins et des prélèvements.

Les types de prélèvements et les délais minimum et maximum entre début des signes cliniques et prélèvement sont précisés dans l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 24 avril 2015 (5). En cas de difficultés ou si le laboratoire de l'établissement n'est pas en mesure de réaliser ou n'est pas habilité à l'analyse de ces prélèvements, ceux-ci devront être adressés au laboratoire habilité le plus proche ou au CNR des virus respiratoires (7).

En cas de difficulté pour l'acheminement ou la mise en œuvre du diagnostic biologique, il est nécessaire d'en informer sans délai l'ARS.

Si le cas est confirmé, des prélèvements sont adressés au CNR des virus respiratoires pour identification et conservation de la souche. Le transport de ces prélèvements doit être réalisé dans des conditions sécurisées, selon les recommandations du CNR.

Le logigramme présentant le schéma général de prise en charge d'un patient suspect d'infection à MERS-CoV est disponible en annexe de ce message.

V - Dates du pèlerinage du Hadjj 2018

Pour l'année 2018, le pèlerinage du Hadjj à La Mecque en Arabie Saoudite est prévu du 19 au 24 août (semaine 34). Compte-tenu de l'épidémiologie des infections à MERS-CoV, la période de retour du Hajj dans les semaines suivantes ces dates est particulièrement à risque d'importation de cas « suspects » sur le territoire national. En conséquence, nous vous remercions de veiller avec une attention particulière au respect des recommandations de prise en charge de cas patients, ceci afin de prévenir tout risque de survenue de cas secondaires, notamment en milieu de soins.



Le Directeur Général de la Santé,
Professeur Jérôme SALOMON

Documents et ressources

1. Haut Conseil de la santé Publique : avis relatif à la mise en place d'une déclaration obligatoire pour les infections à MERS-CoV : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=669>
2. Dossier de l'OMS concernant les infections à MERS-CoV: <http://www.who.int/emergencies/mers-cov/en/>
3. Rapid Risk Assessment - Severe respiratory disease associated with Middle East respiratory syndrome coronavirus - 21ème mise à jour en date du 21 octobre 2015. European Centre for Disease Prevention and Control : <http://ecdc.europa.eu/en/publications-data/severe-respiratory-disease-associated-middle-east-respiratory-syndrome-1>
4. Infection à nouveau coronavirus (MERS-CoV) - Dossier thématique de Santé Publique France: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Infection-a-coronavirus/Infection-a-nouveau-coronavirus-MERS-CoV>
5. Haut Conseil de la Santé Publique : Définition et classement des cas possibles et confirmés d'infection à MERS-CoV et précautions à mettre en œuvre lors de la prise en charge de ces patients : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=506>
6. Procédure générique standardisée de prise en charge par les médecins de première ligne des patients suspects d'infections à risque épidémique et biologique (REB) - les 10 points-clés -- Recommandation professionnelle multidisciplinaire opérationnelle - validée le 30 mai 2018: <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/procgen-coreb-validee-30-mai-2018.pdf>
7. Envoyer un échantillon/une souche au CNR des virus des infections respiratoires (dont la grippe) : <https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/centres-nationaux-referance/cnr/virus-infections-respiratoires-dont-grippe/envoyer-echantillonune-souche-au-cnr-virus-infections-respiratoires-dont-grippe>

Prise en charge d'un patient suspect d'infection à MERS - CoV

Mesures immédiates:

- ✓ Isolement du patient, lavage des mains, masque chirurgical;
- ✓ Rappel des règles d'hygiène à l'entourage;
- ✓ Limitation du nombre d'intervenants;
- ✓ Mesures de protection « air » et « contact ».

* L'infectiologue référent et le SAMU – Centre 15 participent à l'évaluation clinique du patient en tant que de besoin



