

**ALERTE ET CONDUITE A TENIR
EN CAS DE SUSPICION DE RESURGENCE DU SRAS**
Institut de veille sanitaire, le 26 janvier 2004

1. Types d'alertes attendues

Il n'existe aujourd'hui aucune zone connue de transmission active du SRAS dans le monde. Une résurgence reste toutefois possible, selon trois modalités :

- (A) Réapparition du SRAS en Asie du Sud-est, vraisemblablement à partir d'un réservoir animal ou d'une autre source latente encore inconnue (bien que non prouvée, l'hypothèse d'un réservoir animal reste plausible). Dans ce cas l'alerte internationale pourra de nouveau être déclenchée, si la résurgence du SRAS est avérée. La conduite à tenir sera similaire à celle de la première épidémie : cf. protocole Direction générale de la santé (chapitre 5).
- (B) Contamination d'une personne travaillant, ou ayant travaillé dans un laboratoire manipulant ou ayant manipulé le coronavirus du SRAS, quelle que soit la localisation du laboratoire. Malgré les mesures de protection mises en place, ce risque est à considérer car le niveau de sécurité dans ces laboratoires n'est pas nécessairement optimal (cf. cas survenus à Singapour, août 2003 et à Taiwan, décembre 2003).
- (C) Détection des premiers cas en France, à partir d'une personne provenant d'un pays d'Asie du Sud-est (où le réservoir animal peut encore être présent) et développant des signes cliniques à son arrivée. Bien que peu probable, ce scénario doit être envisagé. Il repose sur la détection de cas groupés de pneumopathies aiguës atypiques sévères (PAAS) parmi des personnes exposées au patient source : le personnel soignant est alors particulièrement à risque.

2. Définition d'un cas possible de SRAS

La définition d'un cas possible de SRAS doit tenir compte du contexte épidémiologique (risque et nature de l'exposition) ; par ailleurs, les signes cliniques pouvant faire évoquer un SRAS sont peu spécifiques, avec un risque élevé de faux positifs.

Un interrogatoire précis est donc indispensable, afin d'évaluer la nature de l'exposition.

Les signes d'appel pouvant faire évoquer le SRAS incluent :

- une fièvre >38°C associée à des signes d'atteinte respiratoire basse (toux, dyspnée, gêne respiratoire, etc.) , survenant chez une personne :
- en provenance d'un pays où existe une transmission active de SRAS (modalité A)
ou
- travaillant, ou ayant travaillé dans un laboratoire manipulant, ou ayant manipulé, du coronavirus du SRAS, quelque soit le laboratoire et sa localisation (modalité B).

3. Définition de cas groupés de pneumopathies aiguës atypiques sévères (PAAS)

Dans l'éventualité, peu probable, d'une résurgence en France (modalité C), il est à craindre que le cas index ne soit pas identifié à temps, en raison d'un tableau clinique atypique et d'une exposition inconnue.

L'alerte est basée sur la survenue, dans un délai de 10 jours, de 2 cas ou plus de pneumopathie aiguë atypique sévère (PAAS) parmi des personnels soignants, ou non, d'un même service hospitalier, ou parmi des malades ou des visiteurs de ce même service.

La PAAS est définie comme une fièvre >38°C accompagnée de signes d'atteinte respiratoire basse (toux, dyspnée, gêne respiratoire,...) et une radiographie pulmonaire montrant des infiltrats interstitiels uni ou bilatéraux, localisés ou diffus, chez une personne hospitalisée.

4. Principes de la conduite à tenir face à une suspicion de résurgence du SRAS

- La prise en charge des personnes présentant un syndrome, ou une suspicion de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) *vise à maîtriser la transmission secondaire de l'infection à partir du ou des premiers cas identifiés.*
- La conduite à tenir est variable selon les modalités d'alerte. Elle est détaillée dans le protocole de prise en charge de la DGS (cf. site) et résumée dans le tableau ci-joint.

Les tableaux cliniques des cas possibles de SRAS sont en effet très peu spécifiques. Devant ce tableau atypique, d'autres étiologies peuvent être évoquées, notamment les infections virales à paramyxovirus influenzae ou parainfluenzae, adénovirus, virus respiratoire syncytial, coronavirus non-SRAS et les infections à chlamydia, legionella, mycoplasme.

La confirmation de SRAS ne peut être obtenue qu'après un délai de 2 à 3 jours, par PCR, avec au moins deux prélèvements successifs. Les sérologies impliquent un délai de séroconversion et leur utilité en cas d'alerte est donc réduite. Il n'existe pas encore de tests de diagnostic rapides et fiables.

Selon l'évaluation effectuée en coordination avec l'InVS (résultats du suivi clinique, paraclinique et épidémiologique), les cas seront ensuite classés en cas probables ou cas exclus.

- Une cellule d'aide à la décision peut être contactée au besoin. Elle inclut un clinicien de l'hôpital de référence, le clinicien et le biologiste en charge des cas, le Centre national de référence des virus *influenzae*-Nord (Institut Pasteur), l'InVS et la Direction générale de la santé.

La cellule d'aide à la décision peut être activée par l'InVS, à la demande du clinicien, en concertation avec la Direction générale de la santé (Cf. chapitre 5).

4.1. Conduite à tenir devant un cas possible de SRAS

(Provenance d'une zone de transmission active ou contamination de laboratoire)

- Transférer immédiatement le patient sous la responsabilité du SAMU vers un hôpital de référence pour la prise en charge et l'isolement strict.
- Procéder aux investigations paracliniques permettant d'établir un diagnostic différentiel.
- Signaler le cas à l'InVS afin d'évaluer la pertinence du diagnostic et de mettre en place le suivi épidémiologique du patient et de ses contacts. L'InVS informera la DGS.

- Si l'évaluation oriente vers un cas probable de SRAS, organiser les prélèvements à la recherche de coronavirus du SRAS (Cf. protocole).
- Identifier les sujets contacts du cas possible afin d'organiser, si besoin, la mise en « quarantaine » de ces sujets contacts : si le patient est classé comme cas probable, les contacts sont mis en isolement à leur domicile pendant 10 jours et suivis quotidiennement par un clinicien et un épidémiologiste. Ils disposent d'un masque de type chirurgical qui doit être porté dès l'apparition de fièvre, de toux ou de tout autre signe respiratoire ; dans ce cas ils doivent immédiatement appeler le SAMU ou le service hospitalier de référence pour être transférés.

4.2. Conduite à tenir devant des cas groupés de PAAS sans exposition connue

En l'absence de zone à risque identifiée et compte-tenu des difficultés de diagnostic différentiel avec d'autres infections respiratoires, il est important de limiter, autant que possible, les fausses alertes qui surchargeraient les services hospitaliers.

- Isolement simple des cas groupés de PAAS (Cf. tableau). Les patients sont mis dans des chambres individuelles et leurs déplacements sont limités. En cas de déplacement, un masque de type chirurgical doit être porté.
- Les examens complémentaires incluent une recherche immédiate d'autres étiologies possibles.
- Les personnels soignants portent un masque FFP1 lorsqu'ils s'approchent des patients.
- L'InVS est prévenu, les contacts entre les cas sont recherchés et le cas index est recherché, en concertation avec les partenaires (Ddass, Cire, etc.).
- Selon l'évaluation effectuée en coordination avec l'InVS les cas seront ensuite classés en cas probables ou cas exclus et une recherche de coronavirus du SRAS sera effectuée ; l'InVS informera la DGS si les cas sont classés probables.

4.3. Cas isolé de PAAS, sans exposition connue

- Un cas isolé de PAAS, sans notion d'exposition connue, n'est pas considéré comme un cas possible de SRAS.

5. POUR PLUS D'INFORMATIONS

- Direction générale de la santé : www.sante.gouv.fr
- Organisation mondiale de la santé : www.who.int/csr/sars/en/index.html
- Institut de veille sanitaire : ☎ 01 41 79 67 15
www.invs.sante.fr

La définition d'une suspicion de SRAS devant conduire à un isolement diffère en fonction des modalités d'alerte

	Suspecter le SRAS devant	Conduite à Tenir - Etape 1	Conduite à Tenir - Etape 2 (*)	
A	<p>Transmission active connue dans le pays X</p> <p><u>Alerte internationale déclenchée</u></p>	<p>Toute personne provenant du pays X et présentant</p> <ul style="list-style-type: none"> - une fièvre > 38°C - et des signes d'atteinte respiratoire basse (toux, dyspnée, gêne respiratoire, etc.) 	<p>Isolement strict : Cf. fiche 1, protocole DGS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transfert vers l'hôpital de référence par SAMU - Protection du personnel soignant (Cf. circulaire) - Explorations complémentaires : Radiologie, biologie (NFS, biochimie) Recherche d'autres étiologies - Signalement Hôpital => InVS puis signalement InVS => DGS 	<ul style="list-style-type: none"> - Radiologie et biologie évocateurs de SRAS => <i>Cas probable</i> : <ul style="list-style-type: none"> • Maintien en isolement • Recherche coronavirus-SRAS (CNR) • Gestion classique • Quarantaine et suivi des contacts - Autre étiologie retrouvée et/ou tableau non évocateur (Exemple : pneumonie franche lobaire aiguë) => <i>Cas exclus</i>
B	<p>Contamination d'un personnel de laboratoire</p>	<p>Toute personne présentant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une fièvre > 38°C - et des signes d'atteinte respiratoire basse (toux, dyspnée) <p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travaillant ou ayant travaillé dans un laboratoire manipulant ou ayant manipulé du coronavirus-SRAS, quel que soit ce laboratoire et sa localisation 	<p>Isolement strict : Cf. fiche 1, protocole DGS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transfert vers l'hôpital de référence par le SAMU - Protection du personnel soignant (Cf. protocole) - Bilan complémentaire : Radiologie, biologie (NFS, biochimie) Recherche d'autres étiologies - Enquête épidémiologique sur exposition à risque - Signalement Hôpital => InVS puis signalement InVS => DGS 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche coronavirus-SRAS (CNR) <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cas probable</i> : maintien en isolement (Cf. protocole) • <i>Cas exclu</i>
C	<p>Résurgence en France = Détection de cas groupés de PAAS dans un service hospitalier</p>	<p>Survenue, dans un délai de 10 jours, de 2 cas ou plus de PAAS parmi des personnels soignants ou non, travaillant dans un même service hospitalier, ou parmi des malades ou des visiteurs de ce même service.</p>	<p>Isolement simple dans l'hôpital ou la clinique concerné(e)</p> <p><i>Pas de transfert immédiat</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Chambre individuelle - Masque chirurgical (patient) et masque FFP1 (soignant) - Limiter les déplacements du patient ; en cas de déplacement, port du masque - Radios + biologie + recherche autres étiologies pour diagnostic différentiel (concertation InVS) - Signalement hôpital => InVS - Investigation épidémiologique = recherche contacts entre cas + recherche cas index 	<ul style="list-style-type: none"> - Selon explorations paracliniques et épidémiologie = Exclusion ou Cas probable - Si Cas Probable : <ul style="list-style-type: none"> • Recherche de coronavirus -SRAS • Signalement InVS=>DGS • Transfert (SAMU) : hôpital de référence • Isolement strict • Gestion classique (Cf. protocole)

(*) La cellule d'aide à la décision peut être activée en cas de doute