

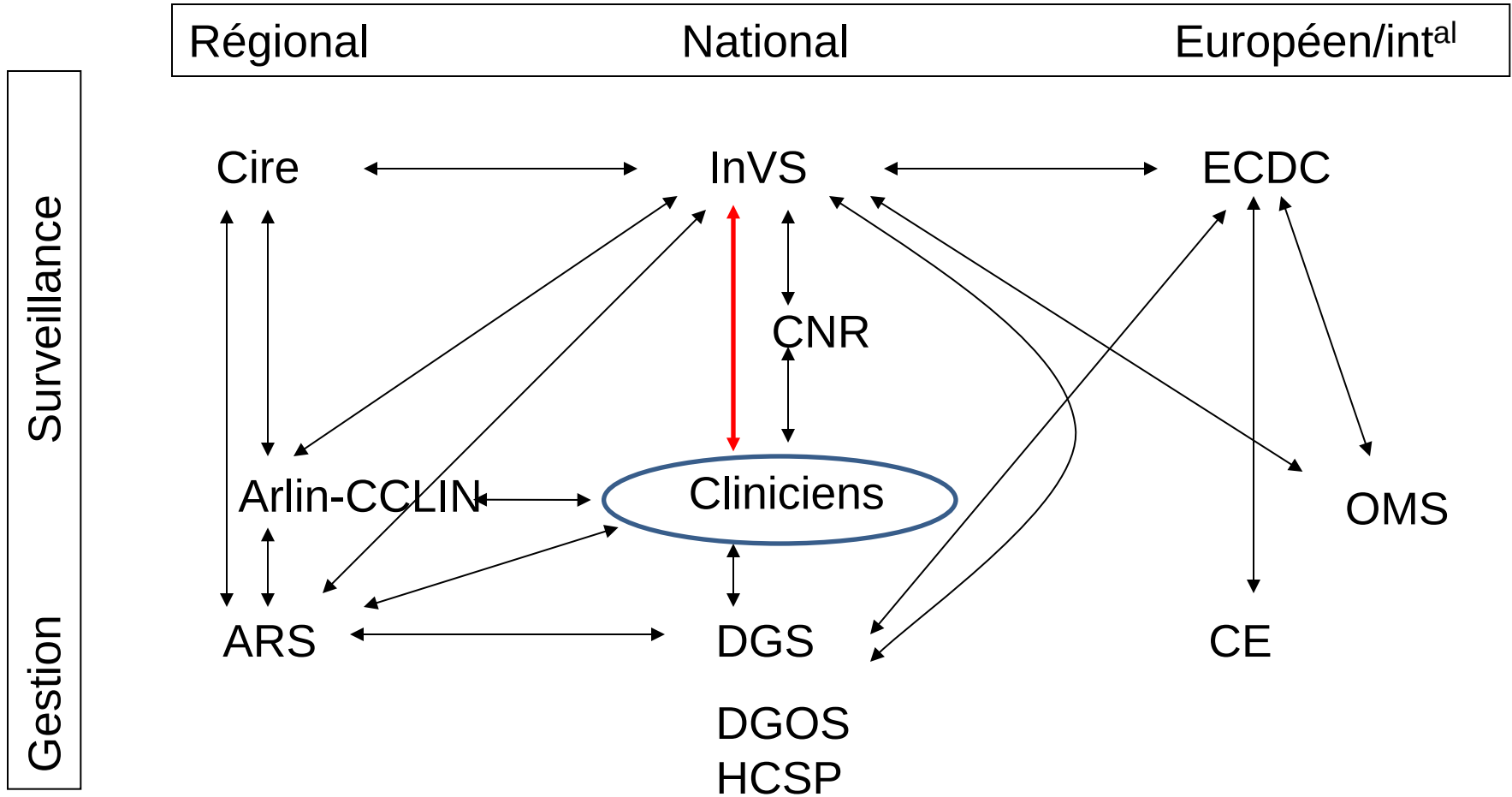
Émergences infectieuses récentes (Coronavirus, grippe A H7N9)

Bilan des connaissances et réponse à travers le partenariat InVS-Spilf Coreb

Pr. C. Leport (Université Paris Diderot – INSERM – AP-HP)
D. Che (Institut de Veille Sanitaire)



Emergences infectieuses et acteurs impliqués



Historique du partenariat SPILF-InVS

Session Veille sanitaire JN1 Nantes, 2001

Bilan de l'épidémie de SRAS en 2003

- Développer les capacités d'alerte, de surveillance et d'investigation

« Ceci a conduit l'InVS et les infectiologues hospitaliers à engager une réflexion sur la pertinence et les modalités d'un dispositif de détection des pathologies infectieuses émergentes »

Formalisation du partenariat Infectiologues/InVS

séminaires (2004, 2006, 2009), colloque multidisciplinaire (2007),

flash-info trimestriel, multiplication des échanges via infectio-flash (Hantavirus, infection à *K. pneumoniae* sérotype K2...), échanges d'info sur alertes ponctuelles.

Extension à d'autres partenaires

co-partenariat - groupe rapport MIE du HCSP, 2011,

et séminaires MIE Val de Grâce, 2011, 2012, préparation 2014



Emergences infectieuses - MERS-CoV et virus A H7N9

	MERS-CoV	H7N9
1er Signalement	Avril 2012	Mars 2013
Alerte	Septembre 2012	Avril 2013
Nombre de cas/ Décès (Monde) – 11/06	55/31	132/37
Nombre de cas/signalement (Fr) – 11/06	2*/171	0/31

* Description des 2 cas français :

1er cas : retour voyage EAU 9-17 avril - signes cliniques atypiques 22 avril – hospitalisé le 23 avril - transfert réa 29 avril – confirmé le 7 mai

2ème cas : hospitalisé avec cas index du 26 au 29 avril, signes cliniques 8 mai – confirmé le 12 mai

3 enquêtes :

- C1 : 123 contacts (7 testés – 1 positif = C2) / 38 co-exposés
- C2 : 39 contacts

Emergences infectieuses - MERS-CoV et virus A H7N9

	MERS-CoV	H7N9
Zone à risque	Péninsule arabique	Chine
Importation	UK, France, Italie, Tunisie	-
Mode de transmission	Interhumain Zoonotique (?)	Zoonotique
Contagiosité	$R_0 < 1$	-
Incubation	10 j max (<i>révision en cours</i>)	10 j max (méd. 5j)
Personne à risque	Hommes >50 ans Immunodéprimés Comorbidités	Homme âgés - Comorbidités

Mise en place de la surveillance - MERS-CoV

Objectifs :

identifier les cas de manière précoce pour organiser leur prise en charge

limiter le nombre de cas secondaires / diffusion de la maladie

Définition de cas *(équilibre sensibilité / spécificité; caractère évolutif)*

Cas possible

Toute personne ayant voyagé ou séjourné dans les pays à risque, qui, au cours des 10 jours après son retour, a présenté :

- des signes cliniques et/ou radiologiques de détresse respiratoire aiguë (SDRA) ou d'infection du parenchyme pulmonaire, avec une fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et de la toux, sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer la pathologie.

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

Tout contact (ex : famille, soignants) d'un cas possible ou confirmé, ayant présenté 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 malade (i.e symptomatique). Pour les contacts immunodéprimés ou présentant une pathologie chronique, considérer également la survenue d'un syndrome fébrile avec diarrhée et/ou tableau clinique sévère.

Mise en place de la surveillance - MERS-CoV

- Existence du plan SRAS 2003-2004
- Elaboration des documents (octobre 2013 -)
 - fiche d'information aux cliniciens : description de la situation, définition de cas, circuit de signalement : **cliniciens --> ARS --> Cire/InVS**
 - fiche technique sur les prélèvements à réaliser, les conditions de stockage et d'envoi, et les mesures de protection à prendre par les soignants,
 - fiches pour l'investigation : cas suspect / cas confirmé / sujet contact / sujet co-exposé
- Diffusion de l'information : site internet InVS, infectio-flash (Spilf), flash-info, message aux ARS
- Partenaires de l'InVS –Cire mobilisés :
 - CNR virus influenzae - Cibu
 - sociétés savantes (**SPILF**, SRLF, SFAR, GFRUP, SFHH...)
 - liens permanents avec la DGS et l'Ecdc sur l'évaluation du risque et les conduites à tenir
 - élaboration en parallèle des recommandations Spilf/Coreb

...et évolution de la réponse...

- Elaboration de référentiels communs avec H7N9 pour harmoniser les pratiques et les circuits d'information
- Proposition d'algorithme diagnostique pour tenir compte de l'état immunitaire du patient, de la date/type des prélèvements, de l'évolution clinique et des étiologies alternatives : en cours de discussion au HCSP sur la base de la proposition InVS / CNR / Cibu / Spilf
- Mobilisation de l'expertise en temps de crise : sociétés savantes, HCSP, ANSM (don de sang), Anses (réservoir animal), SFHH-CCLIN-ARLIN (risque nosocomial), recherche (modélisation, virologie, recherche clinique : fluco) et l'ensemble des partenaires

Réseau national Coordinations Opérationnelles régionales Risque Epidémique & Biologique (COREB)



Réseau multidisciplinaire Opérationnel Référent
Veille (H24), Alerte et Intervention MIE liée à :

👉 un risque Epidémique ou 👉 un acte Bioterrorisme

REB : contagiosité – gravité démultiplication forces
dimensions individuelle ↔ collective

👉 expertise cohérente et fiable/prise en charge
1ers patients, appui –conseil auprès :

- SAMU, SAU, MG 1^{ère} ligne

- Autorités santé : InVS - DGS - DUS - EPRUS - ARS - CIRE

Procédures SPILF – COREB

Prise en charge **Patients SUSPECTS** Infections REB
= **OUTILS** pour les **PROFESSIONNELS** de **SANTE**
(cf Hantavirus , site DGS)

- Mettre à disposition **appui** et **expertise directs**
→ médecins **première ligne**
- Permettre assurer, façon équilibrée - opérationnelle
double mission acteurs de soins & santé publique
- Dépister au plus vite **patients suspects**

SPILF : Référents zonaux, CHU, CHG, Méd. Ville
Infectiologues et disciplines partenaires...

Procédure CORONAVIRUS SPILF COREB

Comment prendre en charge un Patient SUSPECT d'infection à MERS – CoV?



1) Dépister Patient suspect

= Signes cliniques ET Exposition < 10 j précédents « *Compatibles* »

- Sd respiratoire aigue fébrile ; pneumopathie, SDRA, et aussi syndrome pseudo-grippal, manifestations extra-respiratoires atypiques, S. digestifs
- sans autre étiologie identifiée = Dg différentiel
- échec anti-infectieux spécifique

2) Protéger Suspicion = SHA et masque chirurgical
pour le patient jusque plus ample informé, cf Avis HCSP

Procédure CORONAVIRUS SPILF COREB

Comment prendre en charge un Patient SUSPECT d'infection à nouveau Coronavirus (MERS – CoV) ?



3) Prendre en charge en lien avec SMIT référent

hors de l'hôpital : Appel SAMU - Centre 15 pour orienter :

Hospitalisation quelques heures pour diagnostic, évolution initiale, et suivi tt patient suspect symptom.
Information entourage, contacts asymptomatiques et médecin traitant du patient

à l'hôpital, en priorité:

Évaluation gravité Défaillance respiratoire ou autre, rénale ; co-morbidités sous jacentes
service réanimation adapté ou SMIT référent adulte enfants.

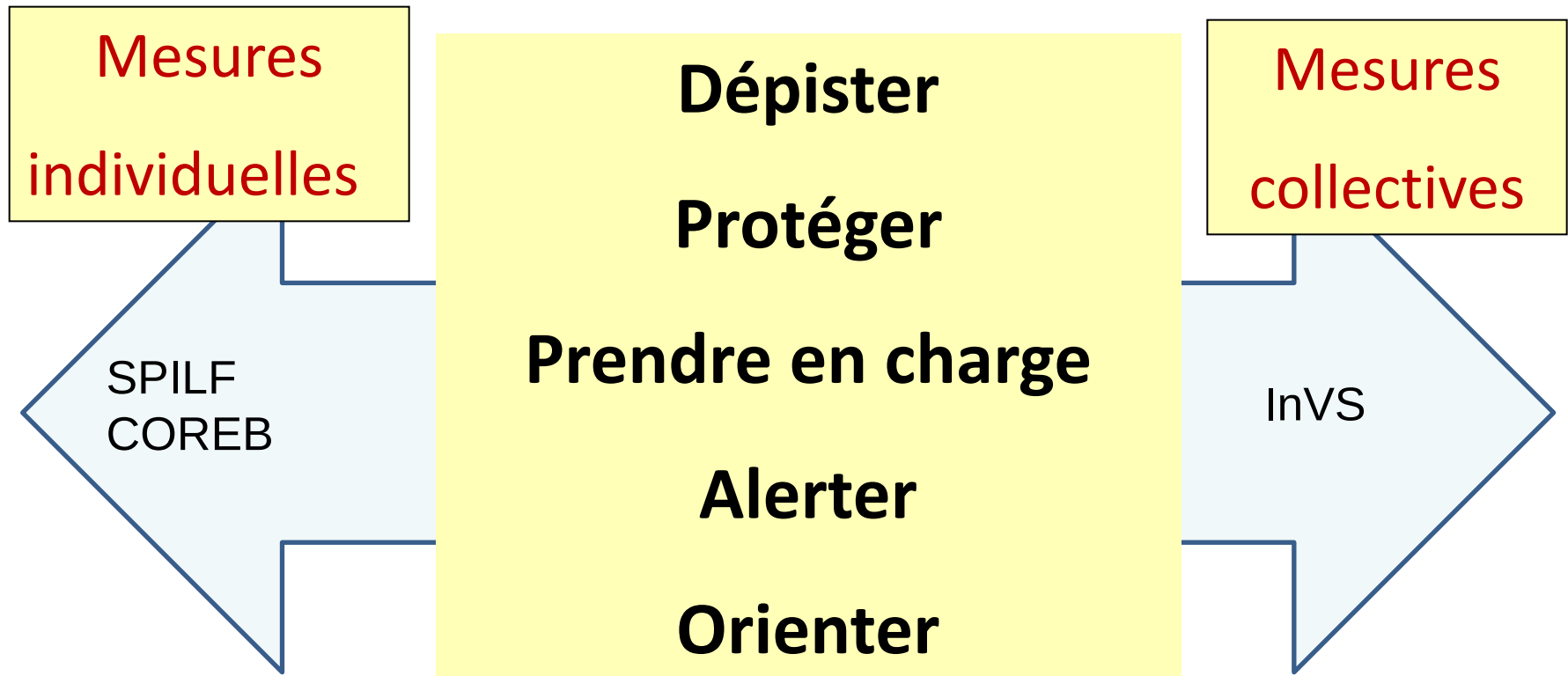
Traitement formes graves : ventilation mécanique hémodialyse ou filtration, ECMO en urgence

Confirmation microbiologique -CNR, après classification en cas possible avec InVS

4) Alerter Signalement tout patient suspect InVS (24/7) :

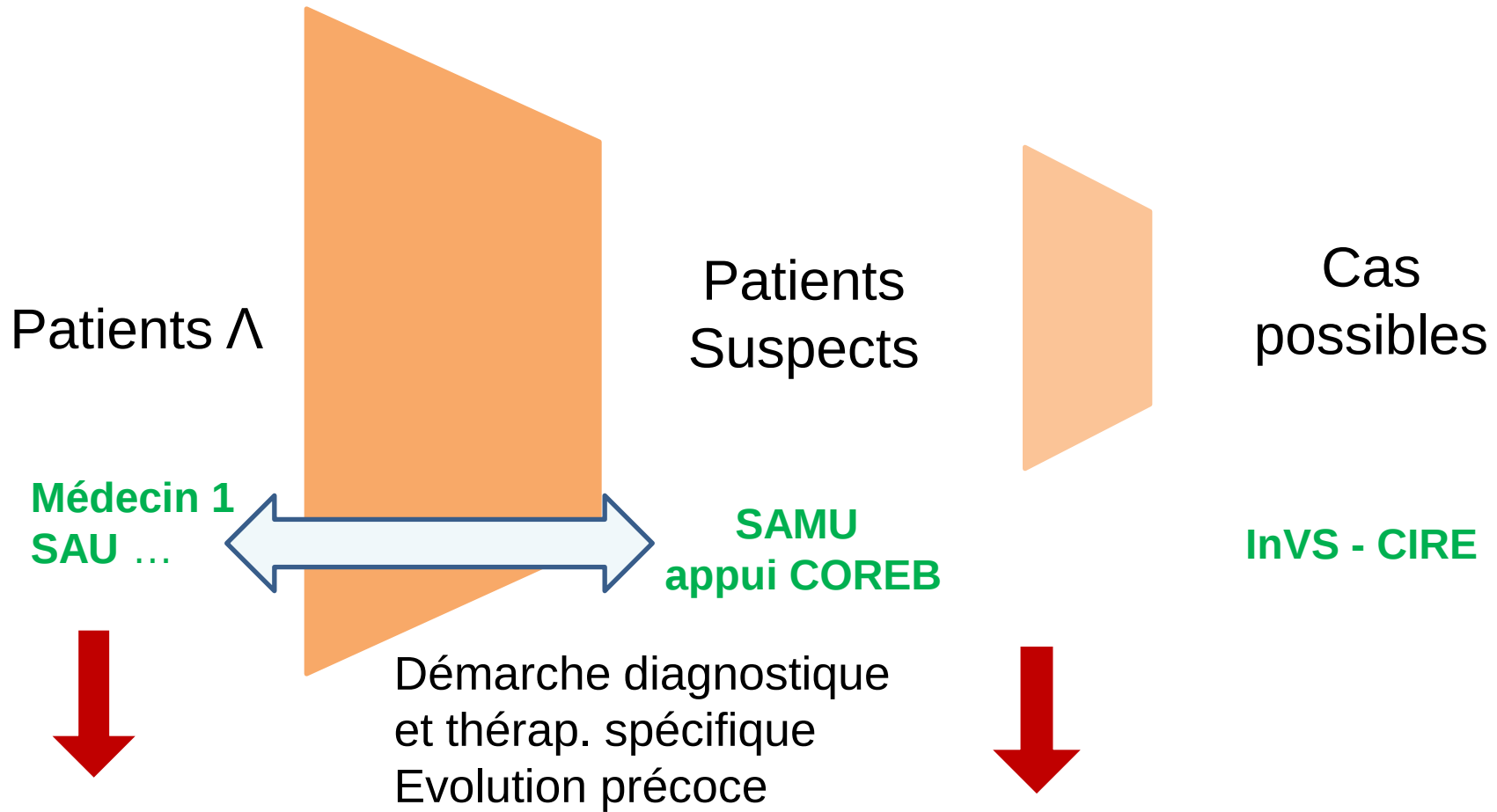
Alerte@invs.sante.fr; 08 20 42 67 15 - ARS

PROCEDURE STANDARDISEE dePRISE EN CHARGE par URGENCES et SMUR des Patients SUSPECTS D'INFECTION REB EN Ile de France (Pesse Med, avril 2011)



MERS CoV- prise en charge pts SUSPECTS

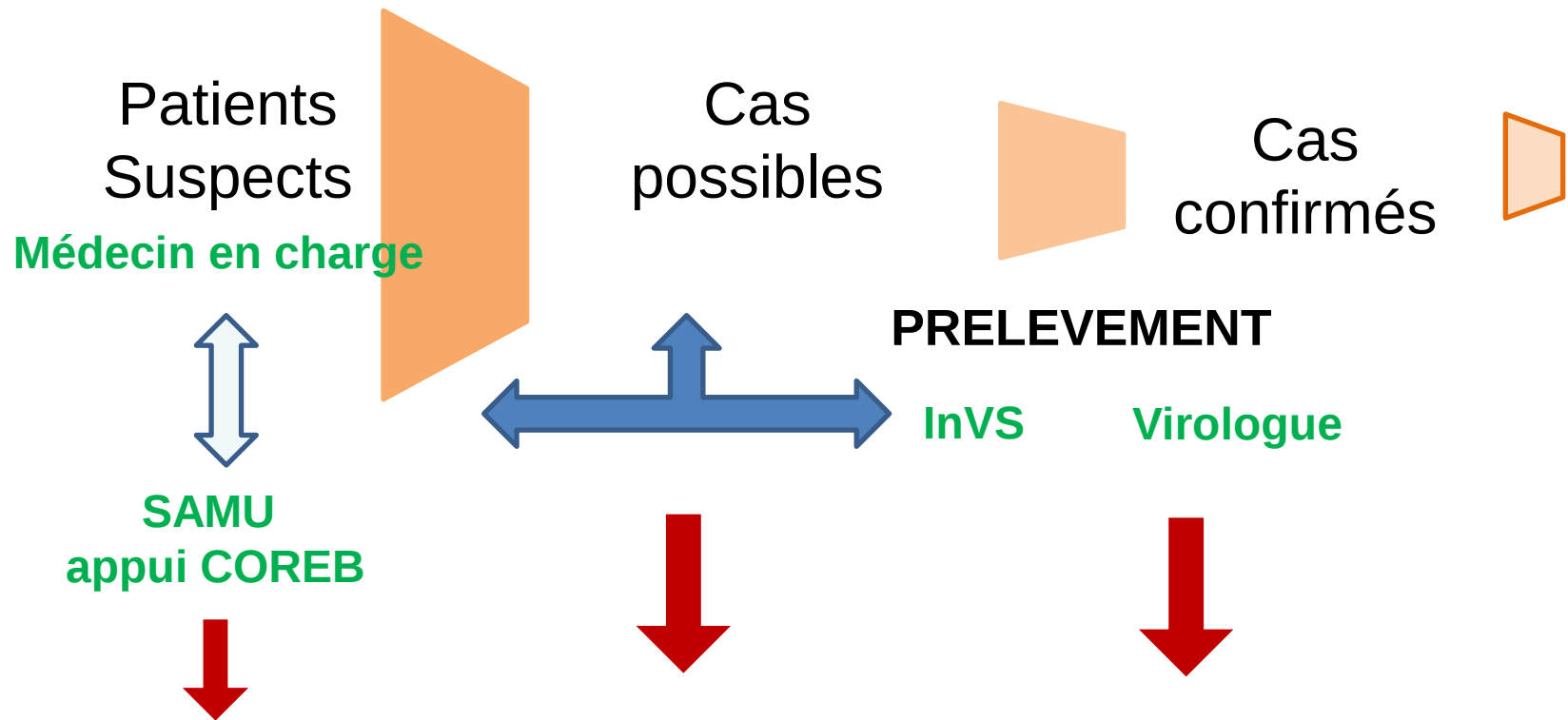
1^{ère} ETAPE : amont InVS



Patients avec diagnostic Alternatif -Tt adapté – levée isolement

☞ 2003 SRAS : 20% pts Suspects (*L. Cibrelus, MMI, 2007*)

2^{ème} étape : SIGNALEMENT pt suspect – CLASSIFICATION cas possible MERS CoV

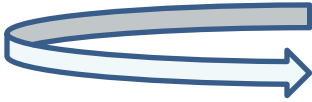


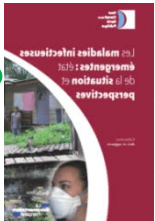
Patient avec diagnostic alternatif -Tt adapté – levée isolement

Circuits prélèvements - Favoriser **circuits courts**
partager informations/intérêt individuel et collectif
SPILF – InVS – CNR → avis HCSP

- Modalité prélèvements : à discuter
 - Algorithme indications
 - Rendu résultats (confidentialité?)
- 👉 Questions/arguments multidisciplinaires/synthèse :
- **Condition au prélèvement ?** classification cas possible, lien clinicien traitant - InVS
 - **Axe algorithme** guidé par **situation clinique pt**
 - **Rendu résultat direct clinicien** vs via InVS

SPILF - InVS: zones d'interactions

- Echanges cohérents informations infections REB:
 liens réciproques
- Reconnaissance missions respectives interactives
 - SPILF : accueil – 1ères mesures pts suspects
 - InVS : classification cas possibles – cas confirmés, analyse informations /gestion risque
- Organisation diagnostic / prise en charge / suivi pts/cas confirmés : à renforcer



Une approche globale et interdisciplinaire
coordonnée.... flexible



Points forts

- Un groupe **permanent d'expertise et de prospective collective**
- Un **questionnement** à partir des **lacunes de nos connaissances**
- **Valeurs communes et dynamique de coopération de tous les acteurs**
- Un **partage d'informations et expériences** entre **décideurs, relais de confiance et citoyens**

➡ Rapprocher savoirs experts et profanes
pour soutenir **adhésion** mesures prescrites



SPILF COREB

CoPil

AUMAITRE HUGUES
BRICAIRE FRANCOIS
BROUQUI PHILIPPE
HOEN BRUNO
LORTHOLARY OLIVIER
COIGNARD HELENE
PEYRAMOND
DOMINIQUE
CHIDIAC CHRISTIAN
RAPP CHRISTOPHE
TATTEVIN PIERRE

LEPORT CATHERINE
RABAUD CHRISTIAN
ALFANDARI SERGE
JARLIER VINCENT

BEUCAIRE GILLES
BEYTOUT JEAN
BOUVET ELISABETH
CARON FRANCOIS
CHRISTMANN DANIEL
DUPON MICHEL
GAILLAT JACQUES
GUERY BENOIT
MARCHOU BRUNO
MICHELET CHRISTIAN
PERRONNE
CHRISTIAN
ROBLLOT FRANCE
ROGER PIERRE-MARIE
SENNEVILLE ERIC
STAHL JEAN-PAUL
VERDON RENAUD
VITTECOQ DANIEL

Sociétés partenaires

SF2H : PHILIPPE BERTHELOT
SFP : BRIGITTE CHABROL
GPIP : ROBERT COHEN ; EMMANUEL GRIMPEL
SFAR : DAN BEHHAMOU ; RÉMY GAUZIT
SMV : OLIVIER BOUCHAUD
SRLF : DJILLALI ANNANE ; JEAN-LUC DIEHL
SFM : RENÉ COURCOL

InVS

**Département Maladies
infectieuses**

**Département de
Coordination des Alertes
et des Régions**

Cire (Nord)

www.infectiologie.com
www.invs.sante.fr

1^{er} Patient Nord : S. atypiques et

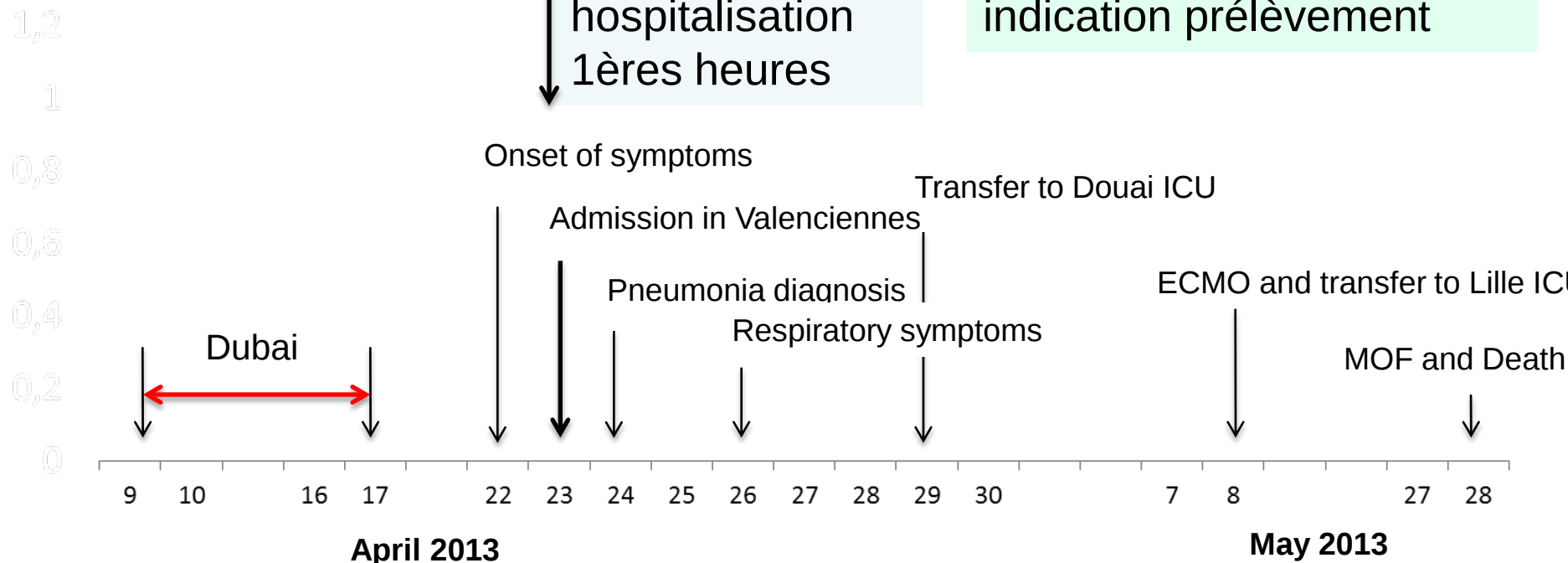
exposition caractérisée : Pt Λ ou pt suspect ?

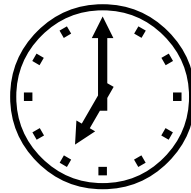
SAU - Proximité
EXPERTISE
infectiologue –
référent COREB

Suspecter = isoler
conditions « sécurité standard

Démarche
diagnostique
Intégr. évolution
hospitalisation
1ères heures

COREB interaction InVS :
évaluation ajustée enjeux
individuels –collectifs pour
indication prélèvement





JNI 2013 Late Breaker session
"Viroses respiratoires émergentes": Actualités
Vendredi 14 juin **07h00 – 08h15**

Epidémiologie - aspects virologiques
Aspects cliniques : Gripes aviaires : H5N1 vs H7N9
SARS vs nCoV : quelles différences ?
Quelles Conduites à tenir ?

