

Surveillance et investigation des cas de grippe aviaire

Mise à jour du 18/07/2018

L'objectif de la surveillance en France est d'assurer la détection précoce des cas de grippe aviaire pour :

- une prise en charge thérapeutique rapide et adaptée du malade,
- une confirmation virologique, avec caractérisation précise, permettant le suivi de l'évolution du virus,
- l'alerte précoce des autorités sanitaires,
- la recherche active des personnes ayant partagé la même exposition,
- La recherche active de transmission interhumaine.

Santé publique France est en charge de la surveillance épidémiologique et de la validation du classement des cas possibles d'une infection à des virus grippaux émergents en France. Dans ce cadre, l'agence est en charge des liens avec les autorités nationales et internationales et s'appuie sur son réseau territorial constitué par les Cellules d'intervention en région (Cire).

I. Situation épidémiologique internationale

Treize virus influenza aviaires se sont montrés capables de franchir la barrière d'espèce et d'infecter l'Homme à ce jour, avec un nombre de cas confirmés variable selon le sous-type viral. Parmi eux, les virus A(H5N1) hautement pathogène (HP) de la lignée Gs/Gd/1/96, A(H7N9) faiblement pathogène (FP) et A(H7N9) HP sont à l'origine du plus grand nombre de cas.

Pour la majorité des cas humains, l'exposition a eu lieu en Chine, en Asie du sud-est et en Egypte. Aucun cas de grippe humaine à virus IA n'a été déclaré en France à ce jour.

Les cas de grippe aviaire sont généralement primaires, suite à une exposition à des oiseaux infectés ou un environnement contaminé, notamment dans le cadre de marchés aux volailles vivantes. Des cas de transmission interhumaine ont été toutefois observés pour les virus H5N1, H7N9 et H7N7 HP. Ces événements sont rares, à l'origine de clusters de petite taille et généralement limités à une transmission entre un cas primaire et un membre de son entourage ou un personnel soignant. A l'heure actuelle, aucun virus aviaire n'est capable d'initier une transmission interhumaine soutenue. Néanmoins, les capacités élevées de mutation et de réassortiment des virus IA n'excluent pas l'émergence d'un virus capable d'être transmis efficacement d'homme à homme, ce qui pourrait être à l'origine d'une nouvelle pandémie.

Quatre sous-types de virus aviaires présentent des caractéristiques épidémiologiques qui justifient une vigilance accrue : H5N1 HP, H7N9 HP et FP, et H5N6 HP. La liste des zones touchées par la circulation de ces virus est disponible sur [le site de Santé publique France](http://www.santepubliquefrance.fr).

II. Définitions

Les définitions de cas sont susceptibles d'être modifiées en cas d'apparition de souches ayant acquis la capacité d'une transmission interhumaine directe.

1. Cas suspect

Un cas suspect est un cas possible (cf. définition infra) selon le clinicien qui prend en charge le patient, mais qui n'a pas encore été validé conjointement par Santé publique France et l'Agence régionale de santé (ARS) concernée. Le clinicien prenant en charge un tel cas doit contacter le point focal régional de l'ARS pour validation du cas suspect.

2. Cas possible

a) Tout patient présentant

- des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë grave basse (nécessitant une hospitalisation),
- sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer la symptomatologie.

ET :

- ayant voyagé ou séjourné en zone exposée, (la liste des zones exposées est mise à jour sur le site de Santé publique France) dans les 10 jours précédant le début des signes cliniques.

OU :

- ayant eu une exposition dans les 10 jours avant le début des signes :
 - soit à des animaux infectés⁴ ou suspects d'infection en cas de foyer à virus IA,
 - soit avec un cas humain de grippe aviaire confirmé biologiquement,
 - soit dans un laboratoire, à des prélèvements ou matériels biologiques infectés par un virus IA, en l'absence de mesures de protection appropriées.

b) Toute personne co-exposée symptomatique, définie comme ayant été soumise aux mêmes risques d'exposition (de séjour et/ou de travail) qu'un cas possible ou confirmé, et qui présente une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 10 jours suivant l'exposition.

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 alors que ce dernier était symptomatique.

Dans le cas particulier d'une exposition avérée à des volailles ou d'autres oiseaux atteints d'IA dans un contexte d'épizootie **sur le territoire national** :

- Si le virus aviaire est à risque établi de transmission à l'homme, la définition d'un cas possible est adaptée de façon à élargir la surveillance aux personnes exposées développant un syndrome grippal, **sans notion de gravité nécessaire** ;
- Si le virus aviaire n'est pas à risque établi de transmission à l'homme, la définition d'un cas possible est inchangée (cf. supra).

La liste des zones à risque est mise à jour sur [le site de Santé publique France](#).

3. Cas confirmé

Cas avec prélèvement respiratoire indiquant la présence du virus IA confirmé par le CNR.

4. Situations d'exposition animale, environnementale ou en laboratoire

Contact sans mesures de protection avec :

- des oiseaux domestiques (dans un élevage ou une basse-cour) infectés ou suspectés de l'être, vivant ou morts, dans le cas d'un foyer d'épizootie confirmé ;
- des oiseaux sauvages ou domestiques isolés, malades ou morts, dans une zone géographique où un virus IA a été identifié ;

(cf. liste des zones à risque en annexe 3 de l'Arrêté du 16 mars 20166 relatif aux niveaux du risque épizootique en raison de l'infection de l'avifaune par un virus de l'influenza aviaire hautement pathogène et aux dispositifs associés de surveillance et de prévention chez les volailles et autres oiseaux captifs) ;

- un environnement contaminé (plumes, déjections..) ;
- des prélèvements ou des matériels biologiques infectés par un virus IA.

Cas particulier : lors de situations d'aérosolisation importante (abattage, nettoyage sous pression, etc.), un risque résiduel ne peut être exclu chez les personnels malgré l'application des mesures de précaution.

5. Définition d'un contact étroit

Les contacts étroits (particulièrement exposés aux contaminations par gouttelettes) sont définis comme :

- des personnes partageant ou ayant partagé le même lieu de vie que le cas index, par exemple : famille, même chambre d'hôpital ou d'internat ;
- un contact direct, en face à face, à moins de 3 mètres du cas possible ou confirmé 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).

III. Conduite à tenir

La prise en charge de patient suspect d'infection due à un virus influenza aviaire est détaillée dans [l'avis du HCSP du 22 juin 2018](#), selon que le patient revienne de voyage dans une zone touchée / à risque ou qu'il ait été exposé à des volailles ou des oiseaux infectés ou suspects d'infection sur le territoire national.

1. Identification et suivi du cas

Les cas répondant à la définition de cas possibles sont signalés par les cliniciens aux ARS selon les organisations de réception des signaux mises en place dans chaque région et transmis dans les plus brefs délais à Santé publique France (la Cire pendant les heures ouvrées et l'astreinte pour les heures non ouvrées) pour validation du **classement en cas possible** afin de réaliser une recherche du virus. Un infectiologue référent peut être consulté au besoin.

Santé publique France, en lien avec l'ARS, **complète le questionnaire des cas possibles** lors de la validation du classement du cas possible (questionnaire disponible [ici](#)).

L'ARS, en liaison avec le médecin ayant pris en charge le cas, vérifie que le prélèvement a été effectué et envoyé sous emballage conforme et avec la fiche de renseignement complétée au CNR. Les prélèvements profonds sont à privilégier si possible.

L'ARS, en lien avec Santé publique France, assure le **suivi des cas possibles/confirmés jusqu'à guérison, décès ou exclusion**.

2. Identification et suivi des co-exposés ou des contacts étroits de cas confirmés

L'ARS, en lien avec Santé publique France, recherche d'autres **personnes ayant partagé la même exposition que le cas confirmé**. Elle s'assure qu'elles sont informées que toute apparition de symptômes doit être rapidement prise en charge et signalée à l'ARS et les suit jusqu'à 10 jours après la fin de l'exposition. L'ARS s'assure également que les personnes ayant partagé la même exposition qu'un cas confirmé de grippe aviaire ont reçu un traitement antiviral.

L'ARS, en lien avec Santé publique France, recherche les **contacts étroits du cas confirmé**, s'assure que les contacts étroits sont informés que toute apparition de symptômes doit être rapidement prise en charge et signalée à l'ARS et les suit jusqu'à 10 jours après le dernier contact non protégé avec le cas confirmé.

3. Identification et suivi des co-exposés ou des contacts étroits de cas possibles

Dès la validation du **cas possible**, l'initiation de la recherche de sujets co-exposés ou des contacts et leur éventuel suivi sans attendre le résultat de la confirmation biologique, sera décidée, au cas par cas, à l'issue d'une concertation entre l'ARS, Santé publique France et un infectiologue référent au besoin.

4. Transmission d'information

Les informations recueillies lors du signalement sont renseignées dans le questionnaire par Santé publique France en lien avec l'ARS, puis saisies par Santé publique France sur l'application informatique développée par Santé publique France.

Toutes les informations recueillies lors de l'investigation des cas confirmés sont colligés dans les questionnaires « cas possible/confirmés » et « personnes co-exposées/contact », qui sont transmis à Santé publique France.

5. Mesures de gestion

Les mesures de gestion du cas et de son entourage sont détaillées dans [l'avis du Haut Conseil de santé publique du 22 juin 2018](#).