

# MARS

## Message d'Alerte Rapide Sanitaire

### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ SOUS-DIRECTION DE LA VEILLE ET DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE

DATE : 11/08/2016

REFERENCE : MARS N°2016\_ 11

**OBJET** : ACTUALISATION DU MARS N°2015\_03 DU 23/06/2015 – MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SUSPECTS D'INFECTION À MERS-CORONAVIRUS SUR LE TERRITOIRE NATIONAL

#### Pour action

Établissements hospitaliers

SAMU / Centre 15

Service(s) concerné(s) : SMIT, SAU

#### Pour information

DGOS

ARS

ANSP

DGCS

ARS de Zone

ANSM

Autre :

La situation épidémiologique internationale actuelle des infections à MERS-CoV a conduit à une évolution du dispositif de surveillance en France. La levée du dispositif de surveillance renforcée qui impliquait la mobilisation de nombreux acteurs pour le classement de chaque cas suspect, conduit à une organisation simplifiée mais suffisamment sensible pour garantir une détection et une prise en charge précoce de toutes les suspicions de MERS-CoV. Dans ce cadre, la direction générale de la santé (DGS) actualise les messages d'alerte rapide sanitaires (MARS) des 16 mai 2014 et 23 juin 2015 et précise la stratégie de prise en charge des patients suspects d'infection à MERS-CoV.

#### I – Situation épidémiologique et définition de cas

L'infection à MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrom – Coronavirus) a émergé en 2012 et à ce jour est responsable de plus de 1700 cas confirmés et au moins 630 décès. Des cas ont été rapportés dans 27 pays, mais les épisodes de transmission inter-humaine sont essentiellement documentés dans les pays de la péninsule arabique. Néanmoins, 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 importante sur le risque d'importation sur le territoire national.

La source de contagion et les modalités de transmission interhumaine de ce virus émergent restent à l'heure actuelle mal connues. Les principaux modes de contamination jusque-là identifiés par l'OMS sont la transmission à partir du réservoir animal, les infections nosocomiales (en particulier en l'absence de mesures de protection adéquates) et les infections de personnes à personnes au sein d'un même foyer. Dans la péninsule arabique, de nombreux cas d'infections sporadiques sont très vraisemblablement liés aux contacts directs ou indirects avec des camélidés. Pour tous les types de transmission, un contact rapproché et prolongé semble nécessaire.

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

L'European Center for Disease Control and Prevention (ECDC) a considéré, dans sa dernière évaluation du risque en date du 21 Octobre 2015 (21<sup>ème</sup> mise à jour), que l'importation 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 a été considéré comme faible.



La définition de cas, avec la liste à jour des pays considérés comme à risque est disponible sur le site de l'Agence Nationale de Santé Publique à partir du lien suivant :

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Infection-a-coronavirus/Infection-a-nouveau-coronavirus-MERS-CoV>

## **II – Stratégie de prise en charge des patients suspects**

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 respiratoires. Il est également impératif de sensibiliser les professionnels de santé, notamment hospitaliers, à la situation épidémiologique du MERS-CoV, l'évolution du système de surveillance en France et au respect des principes de prise en charge suivants :

### **A. Prise en charge en ambulatoire (au cabinet, en visite à domicile ou appelant au SAMU – Centre 15) :**

Toute identification d'un patient suspect d'infection à MERS-CoV (le plus souvent, patient de retour d'un pays à risque et présentant des signes respiratoires) doit systématiquement faire l'objet d'un appel au SAMU-Centre 15 territorialement compétent afin d'organiser l'évaluation clinique de la suspicion en lien, en tant que de besoin, avec un infectiologue référent.

Dès l'évocation du diagnostic de MERS-CoV chez un patient pris en charge par un professionnel de santé en ambulatoire (au cabinet ou en visite à domicile) 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 » : appareil de protection respiratoire 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.

Une fois ces mesures initiales de protection des personnes mises en place, l'évaluation de la plausibilité de la suspicion d'infection à MERS-CoV doit être conduite par le clinicien en charge du patient et le SAMU – Centre 15, en lien en tant que de besoin avec l'infectiologue du service de maladies infectieuses d'un établissement de santé identifié par l'ARS comme étant susceptible d'apporter un appui pour le classement et la prise en charge des cas « suspects » et « possibles » de MERS-CoV. 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 complémentaires pour permettre d'assurer le classement. Cette expertise peut être réalisée dans l'établissement hospitalier de proximité. Le transport se fera avec 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 règles, qui sont rappelées dans l'annexe 3 de l'avis du HCSP de 2015.
- 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 l'Agence nationale de santé publique (cellule en région ou, hors heures ouvrées, astreinte nationale) ;
- Considéré comme « exclu », c'est-à-dire ne répondant pas à la définition de cas possible, le patient sera pris en charge de façon habituelle. Il n'est pas nécessaire, dans cette situation, d'en informer l'ARS.



## **B. Prise en charge hospitalière (au service d'accueil des urgences ou lorsque la suspicion est évoquée au cours d'une hospitalisation)**

Pour tout patient se présentant dans un service d'accueil des urgences ou détecté au cours d'une hospitalisation et considéré comme cas « suspect » d'infection à MERS-CoV, les mesures suivantes doivent être immédiatement mises en œuvre :

- Limiter le nombre d'intervenants au strict nécessaire à la prise en charge et limiter tout déplacement inutile du patient au sein de l'établissement ;
- Isoler le patient dans une chambre individuelle et lui faire porter un masque chirurgical après friction des mains avec un soluté hydro-alcoolique ;
- Assurer la protection des professionnels de santé par des équipements à usage unique permettant la protection de type « air » et de type « contact » : appareil de protection respiratoire 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 ;

Une fois ces mesures initiales de protection des personnes mises en place, de même que dans le cas d'un patient pris en charge en ambulatoire, la pertinence de la suspicion d'infection à MERS-CoV doit être conduite par le clinicien en charge du patient, en lien en tant que de besoin avec l'infectiologue du service de maladies infectieuses d'un établissement de santé identifié par l'ARS et le SAMU – Centre 15. En parallèle, la recherche de diagnostics alternatifs devra être initiée sans délai, selon les procédures habituelles

De même que pour les patients pris en charge en ambulatoire, à l'issue de cette évaluation, le cas peut être :

- 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 l'Agence Nationale de Santé Publique (cellule en région ou, hors heures ouvrées, astreinte nationale) ;
- Considéré comme « exclu », c'est-à-dire ne répondant pas à la définition de cas possible, le patient sera pris en charge de façon habituelle. Il n'est pas nécessaire, dans cette situation, d'en informer l'ARS.

Il est possible de ne pas procéder immédiatement au classement, lorsque des éléments d'expertise clinique, radiologique ou d'évolution permettant d'asseoir la décision sont attendus dans les prochaines heures. Dans cette situation, il n'est pas nécessaire de transférer le patient dans un établissement pré-identifié par l'ARS, à condition que le patient puisse être hospitalisé 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, 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 pré-identifié par l'ARS le plus proche.

La nécessité d'établir, au moment du classement du cas en cas « possible », la liste des personnels et de toutes personnes ayant été en contact (ou amenés à être en contact) avec le patient suspect sera discutée au cas par cas avec l'ARS et l'infectiologue référent, en particulier sur la base du niveau de probabilité du diagnostic d'infection à MERS-CoV. Lorsque la probabilité diagnostique est considérée comme forte, la compagnie aérienne sur laquelle a été effectuée un éventuel voyage de retour de la zone à risque doit également être identifiée à ce stade, afin de pouvoir mettre en œuvre les mesures de contact-tracing international sans retard après confirmation de l'infection à MERS-CoV.

## **C. Documents d'aide au classement des cas suspects d'infection à MERS-CoV**

L'Agence nationale de santé publique met à disposition sur son site Internet, en plus de la définition actualisée des cas, des questionnaires d'aide au classement des cas suspects d'infections à MERS-CoV, à l'adresse suivante :

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Infection-a-coronavirus/Infection-a-nouveau-coronavirus-MERS-CoV>



### **III – Prise en charge spécifique des patients classés « possible »**

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 identifié par l'ARS et pris en charge conformément aux avis du Haut Conseil de la Santé Publique cités en référence. Chaque ARS doit disposer d'une liste actualisée des établissements de santé susceptibles d'apporter un appui pour le classement et la prise en charge des cas « suspects » et « possibles » de MERS-CoV selon les recommandations en vigueur.

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. 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.

La prise en charge directe doit être systématique, sans passage par le service d'urgence (hors 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 microbiologiste 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 prélèvement et début des signes cliniques sont précisés dans l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique cité en référence. En cas de difficultés ou si le laboratoire de l'établissement n'est pas en mesure de réaliser l'analyse des prélèvements ou n'est pas habilité à les réaliser, les prélèvements devront être adressés au laboratoire habilité le plus proche ou au CNR des virus influenzae. Le recours à la Cellule d'Intervention Biologique d'Urgence (CIBU) de l'Institut Pasteur à Paris est possible dans certains cas et nécessite alors une validation de la Direction Générale de la Santé.

Si le cas est confirmé, des prélèvements sont adressés au Centre National de Référence (CNR) des virus influenzae 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.

#### **Documents de référence**

- HCSP. 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 [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2015 avr. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=506>;
- Infection à nouveau coronavirus (MERS-CoV) / Infection à coronavirus / Infections respiratoires / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Infection-a-coronavirus/Infection-a-nouveau-coronavirus-MERS-CoV>
- Coronavirus infections [Internet]. Disponible sur: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/coronavirus-infections/pages/index.aspx>;
- WHO | Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/emergencies/mers-cov/en/>;

  
**Pr Benoit Vallet**  
Directeur Général de la Santé



**Mesures immédiates:**

- ✓ Patient: Isolement, lavage des mains, masque chirurgical ;
- ✓ Rappel des règles d'hygiène standard à l'entourage ;
- ✓ Limitation du nombre d'intervenants ;
- ✓ Mesures de protection « air » et « contact » pour tous les intervenants ;
- ✓ Limitation des déplacements

**Patient suspect**

**Patient vu en secteur ambulatoire**  
(au cabinet, à domicile ou appel au SAMU)

**Patient vu en secteur hospitalier**  
(arrivée au SAU ou suspicion au cours de l'hospitalisation)

**Appel au SAMU – Centre 15**

**Evaluation clinique du patient \***  
(conformité avec la définition de cas)  
Clinicien en charge du patient  
Infectiologue SAMU Centre 15

\* L'infectiologue du service de maladies infectieuses identifié par l'ARS et le SAMU – Centre 15 participent à l'évaluation clinique du patient en tant que de besoin

**Patient ne répondant pas à la définition de cas**

**Patient répondant à la définition de cas « possible »**

**Confirmation du classement du cas ARS**  
En lien avec les cliniciens

**Prise en charge du patient (autre étiologie)**

- ✓ Signalement sans délai via l'application SISAC ;
- ✓ Saisie du cas par l'ARS dans l'application Voozadoo ;
- ✓ Identification des sujets contacts, si probabilité diagnostique forte.

**ES identifié par l'ARS**

Transport, le cas échéant, du patient organisé par le SAMU territorialement compétent en lien avec le SAMU de l'ES d'accueil

**Prise en charge du patient**

**Laboratoire identifié par l'ARS**  
(dans l'ES assurant la prise en charge du patient ou autre)

- ✓ Identification des contacts par la plateforme VSS (ARS et CIRE / ANSP) (si non réalisée lors du classement en cas possible) ;
- ✓ Prise en charge des contacts dès confirmation du diagnostic.

**Diagnostic biologique de MERS-CoV**

**CNR virus influenzae**

**Cas confirmé**

**Cas exclu**

Envoi (transport sécurisé) de prélèvements au CNR pour analyse et conservation de la souche

