

**Groupe SPILF – COREB - Emergences* - Actualisation de la procédure
Infections à virus grippaux émergents HxNy**

Document de travail au 17 février 2017 (*modifications mineures au 11.08.2017*)

Note introductive – Objectifs de la procédure

Dans un contexte d'alerte des autorités sanitaires françaises et internationales concernant des récents foyers d'influenza aviaire A(H5N8) en France sans cas humain documenté, et de cas humains de nouveaux virus influenza A essentiellement dus à A(H5N1) et A(H7N9), l'objectif de l'actualisation, ici présentée, de la procédure publiée en février 2014 est d'apporter aux premiers médecins qui verront les premiers patients les éléments d'information nécessaires leur permettant d'exercer de façon harmonisée et opérationnelle leur double mission d'acteur de soins et de santé publique, et notamment de dépister précocement les patients suspects d'infection à virus grippal émergent HxNy.

A ce stade de connaissances du profil de l'infection, il est essentiel de ne pas méconnaître une forme débutante qui pourrait s'aggraver rapidement en cas de prise en charge et traitement retardés. Cette analyse clinique des patients suspects est la première étape obligée. Elle se situe en amont du signalement et du classement des cas possibles et confirmés, classification qui se fait en collaboration entre le premier clinicien et le point focal de l'ARS, en liaison avec les expertises appropriées.

Cette analyse s'appuie sur une procédure généraliste standardisée de prise en charge par les urgences et les SMUR des patients suspects d'infections à risque épidémique et biologique (REB), élaborée en décembre 2010. Cette procédure a servi de référence en plusieurs points à la procédure « Infections à virus grippaux émergents HxNy ». Elle est destinée à tout médecin de première ligne, urgentiste (régulation SAMU-Centre 15, SMUR et structures des urgences), médecin généraliste, interniste et infectiologue, chargé de prendre en charge les patients suspects. Les médecins seront amenés à moduler leur démarche clinique habituelle face à un syndrome respiratoire, en renforçant l'intégration des pratiques d'intérêt collectif. Il s'agit notamment de recherche d'un facteur d'exposition par un interrogatoire orienté, avec analyse combinée des données cliniques et épidémiologiques d'exposition, de port d'un masque chirurgical et « isolement géographique » des patients suspects, précautions complémentaires d'hygiène pour les professionnels, de type air et contact, en attendant de plus amples précisions, et signalement ad hoc. Ces mesures sont majeures pour la protection de la collectivité.

La procédure d'origine, avait été élaborée en février 2014, à partir des données partielles disponibles à ce temps. Dans une approche pluridisciplinaire, elle avait été validée avec le CNR, et les sociétés savantes, Société française d'Hygiène Hospitalière, Société française de Médecine d'Urgence, Société de Médecine des Voyages, Société de Réanimation de Langue Française et Société d'Anesthésie-Réanimation et par « SAMU Urgences de France ». Elle était complémentaire et en cohérence avec l'avis du HCSP sur ce thème du 25 avril 2013 (<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=323>). Sa version actualisée au 17 février 2017, publiée sous forme "document de travail" est destinée à être commentée et actualisée à mesure de l'acquisition de nouvelles connaissances.

* COREB : Coordination Opérationnelle pour le Risque Épidémique et Biologique

Groupe Procédures SPILF - COREB - Emergences
Infection à virus grippaux émergents HxNy

**Comment repérer et prendre en charge un patient suspect
d'infection par un nouveau virus grippal ?**

Selon l'OMS, au 6 février 2017, un total de 1107 cas humains d'infection à un nouveau virus grippal aviaire A(H7N9) a été rapporté en Chine, avec une létalité observée d'environ 30%. A ce jour, aucune transmission interhumaine soutenue n'a été formellement mise en évidence. Cependant, devant la gravité des formes cliniques observées, la surveillance de ce virus grippal A(H7N9) émergent est réalisée à l'échelle mondiale et les mesures barrières doivent être maximales.

Concernant l'épizootie due à un virus A(H5N1) avec survenue de cas d'infection chez l'homme depuis 2003, 854 cas ont été rapportés dans 16 pays, dont 450 décès (létalité de 53 %) ; à noter un cas d'importation Nord-Américain le 8 janvier 2014. La Chine a récemment rapporté 16 cas humains d'infection à virus A(H5N6), et 3 cas à virus A(H10N8).

Depuis juin 2016, de nombreux foyers d'infections HxNy parmi les oiseaux sauvages ou domestiques ont été rapportés en Europe, Asie et Afrique. En France ces dernières semaines une extension de plusieurs foyers d'épizootie à virus A(H5N8) est sous surveillance active (cf lien figuré chapitre « Dépister », page 3) et a justifié la diffusion d'un Message d'Alerte Rapide Sanitaire le 20 décembre 2016.

I- Dépister

Patient suspect = Manifestations cliniques ET Exposition compatibles

A ce jour, fondé sur les données descriptives limitées des patients infectés A(H5N1) et A(H7N9)

1. Critères cliniques :

- Fièvre : température > 38°C
- et au moins un des trois symptômes respiratoires suivants, datant de moins de 10 jours : toux, et/ou expectoration et/ou dyspnée
- ou signes de pneumopathie aigue communautaire, pouvant se présenter sous forme d'un tableau grave ou un SDRA sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer la symptomatologie (diagnostics alternatifs ci-dessous).
A évoquer en particulier face à une symptomatologie n'ayant pas répondu à un traitement anti-infectieux spécifique d'autres étiologies.

A ce stade, une présentation avec des manifestations extra-respiratoires atypiques ne peut être exclue : signes neurologiques en premier lieu, mais aussi rhabdomyolyse, signes digestifs, défaillance viscérale ou multi-viscérale.

Et

2. Critères épidémiologiques d'exposition :

Dans les 10 jours ayant précédé l'apparition des symptômes :

- Retour de zone à risque (cf ci-dessus et liste actualisée sites OMS, ECDC, Santé publique France) a fortiori fréquentation des marchés de volailles vivantes, contact à moins de 1 mètre avec des volailles et/ou leurs déjections,
- **ou** contact direct avec des oiseaux sauvages ou domestiques dans un contexte de surmortalité inexpliquée ou de foyers aviaires identifiés*, avec ou sans cas humain décrit.
- **ou** autre exposition à risque
 - contact étroit** avec un cas possible/confirmé (définition Cf avis HCSP),
 - exposition avec des prélèvements biologiques infectés dans un laboratoire manipulant les virus grippaux HxNy

* concernant les foyers d'épizootie A(H5N)8 en France, liste à jour sur : <http://agriculture.gouv.fr/influenza-aviaire-h5n8-le-suivi-de-la-propagation-du-virus-dans-les-elevages-et-dans-la-faune>

** personnes partageant ou ayant partagé le même lieu de vie que le cas index (famille, même chambre d'hôpital ou d'internat) ou contact direct, en face à face, à moins d'1 mètre du cas index au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; actes exposants ...

Diagnostiques alternatifs

☞ Démarche à mettre en œuvre au plus vite, dès dépistage d'un patient suspect, en lien avec le service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) référent.

Principaux diagnostics à envisager devant :

- la fièvre chez un patient revenant d'une zone d'endémie : autre **virose banale** ; **infection urinaire haute** ; **typhoïde** ; **arbovirose** (fièvre à phlébotomes, dengue, Chikungunya), hépatite virale aiguë, **paludisme**, encéphalite à tiques, encéphalite japonaise, autres causes infectieuses, selon la zone.
- le syndrome respiratoire : **pneumopathie bactérienne** (dont légionellose, infection à *Mycoplasma*, *Chlamydia*, ou *Coxiella*) ou **virale autre**.

Définition d'un cas possible

A consulter sur le site de Santé publique France, avec liste des zones à risque mises à jour : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-aviaire/Surveillance-definitions-de-cas-et-conduite-a-tenir-pour-la-grippe-aviaire>

Un **cas possible** est défini comme :

- a) toute personne qui a présenté :
 - des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë basse grave (nécessitant une hospitalisation)
 - sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer la pathologie.

Et qui, au cours des 10 jours avant le début de ses symptômes :

- a voyagé ou séjourné dans les pays à risque
- ou a été en contact rapproché (toucher ou présence d'un aérosol) et non protégé avec des oiseaux infectés par un virus aviaire ou suspects d'infection (élevage de volailles avec une haute mortalité, oiseaux sauvages morts) plus particulièrement plumes, déjections, résidus des animaux lors des processus de nettoyage et désinfection des zones où un virus influenza aviaire hautement pathogène a été détecté. La liste des zones à risque* est mise à jour sur le site de Santé publique France.

b) toute **personne co-exposée**, définie comme :

- celle ayant séjourné dans les pays à risque avec le cas confirmé
- ou celle ayant eu un contact rapproché et non protégé avec les mêmes oiseaux en France que le cas confirmé

Et qui, dans les 10 jours suivant l'exposition, présente une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité.

c) tout **contact étroit d'un cas confirmé**, qui présente une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 10 jours suivant le dernier contact avec le cas confirmé pendant que ce dernier était malade (i.e. symptomatique).

II- Protéger

Toux + Fièvre =

Masque chirurgical pour le patient et hygiène des mains par produit hydro-alcoolique

Ce message doit être affiché à l'accueil de la structure médicale, et transmis au patient par le premier personnel soignant qui le voit.

Mettre en application des mesures barrières : précautions complémentaires de type "Air" et "Contact" (cf avis HCSP, mesures rappelées en annexe 1)

III- Prendre en charge :

1. Caractériser le tableau clinique, rechercher les signes de gravité et les facteurs de risque de complications

Les signes de gravité de l'infection à virus grippal émergent peuvent être :

- des signes d'insuffisance respiratoire aiguë, pouvant aller jusqu'au Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë (SDRA)
- des signes d'atteinte neurologique
- des signes de rhabdomyolyse
- un syndrome de défaillance multi-viscérale
- un choc septique

Les comorbidités classiques des gripes saisonnières A(H3N2) ou A(H1N1)pdm09 ne semblent pas devoir être prises en compte de la même façon. Les données actuelles au sujet des gripes humaines A(H7N9) semblent montrer une plus grande fragilité des

personnes de plus de 65 ans, notamment en présence de comorbidités cardiovasculaires. Les gripes H5N1 semblent, elles, toucher plutôt les personnes jeunes sans comorbidités.

A ce stade, les mesures d'urgence ayant été prises, si nécessaire, la poursuite de la démarche comporte un juste équilibre entre mesures individuelles (optimisation de la prise en charge du patient) et collectives (protection des autres personnes de la structure prenant en charge le patient), en interaction avec l'ARS (précisions chapitre IV et annexe 4) et avec recours, autant que de besoin, à l'infectiologue référent (annexe 5).

2. Orientation du patient

2.1 Dans le cas d'une consultation en médecine libérale (médecin généraliste, spécialiste, ou maison médicale de garde), le médecin contacte directement le SAMU-Centre 15 si l'état clinique du patient le justifie et le point focal régional de l'ARS de sa région. Si besoin, l'infectiologue référent peut être sollicité pour avis afin de conforter le choix de la prise en charge.

Si le patient est suspect d'infection à virus grippal émergent il est orienté directement vers le service d'hospitalisation adéquat, en lien avec le SAMU Centre 15 et le SMIT référent identifié dans chaque région, en évitant le SAU.

- Le patient présentant des signes de gravité sera admis directement en réanimation en évitant si possible le passage au préalable en salle d'accueil des urgences vitales des urgences.
- Le patient ne présentant pas des signes cliniques de gravité fera l'objet d'une admission directe en SMIT ou autre service compétent pour l'accueil de patient « suspect virus grippal émergent » à proximité d'une réanimation médicale (réanimateur prévenu).

2.2 Dans le cas où le patient se présente d'emblée au SAU, il appartient au premier soignant prenant en charge le patient d'alerter le médecin responsable dès la suspicion d'infection à virus grippal émergent, pour la prise en charge rapide et l'orientation vers le service d'hospitalisation adéquat, en lien avec le service référent de maladies infectieuses et tropicales (SMIT) identifié dans chaque région.

☞ Compte tenu de l'incertitude actuelle sur une transmission inter-humaine, les personnes co-exposées asymptomatiques et les contacts étroits des cas confirmés ou possibles seront orientés vers leur domicile avec des consignes écrites (Cf annexe 2).

3. Confirmation virologique

Un prélèvement naso-pharyngé sera réalisé avec du matériel dédié (écouvillon et milieu de transport) et des mesures de protection pour le préleveur de type air et contact (cf annexes 1 et 3 de l'avis du HCSP du 25 avril 2013 : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=323>).

Les prélèvements respiratoires doivent être conservés à 4°C, et transportés sous triple emballage adapté. Pour la recherche de virus grippal HxNy, il est adressé, après classification en cas possible, au CNR.

Après contact téléphonique avec le CNR, cet écouvillonnage nasal pourra être complété d'un prélèvement profond (en cas de pneumopathie), le prélèvement des voies aériennes supérieures pouvant donner lieu à de faux négatifs, d'un prélèvement de deux tubes de sang sur EDTA (recherche d'une virémie plasmatique) et d'un prélèvement de sang sur tube sec (sérologie), et/ou d'un prélèvement de selles en cas de signes digestifs (excrétion fécale du virus).

L'envoi au CNR des virus influenzae (grippe) (Institut Pasteur pour les régions Nord, Hospices Civils de Lyon pour les régions Sud) se fera en lien avec le microbiologiste de l'établissement. Les prélèvements devront être accompagnés de la fiche clinique dûment renseignée (Cf annexe 3).

4. Traitement antiviral spécifique

4.1 Traitement curatif

A ce stade, en lien avec l'infectiologue référent (cf annexe 5), il est recommandé que le **traitement antiviral soit mis en route le plus rapidement possible, dès que le diagnostic de grippe HxNy est évoqué**, car les virus sont en règle générale sensibles aux inhibiteurs de neuraminidase.

Il a été montré pour d'autres virus grippaux que son efficacité était significativement plus élevée chez les patients traités dans les premières 48h de la symptomatologie.

- Le traitement antiviral est particulièrement recommandé chez les patients jugés à risque de complications, ou présentant des formes compliquées ou graves.
- Le traitement antiviral doit aussi être mis en route au-delà de 48h d'évolution.
- L'attente des résultats ne doit pas retarder la mise en route du traitement antiviral.

Traitement de référence :

	Adulte	Enfant	Indications
Oseltamivir	<p><i>Voie orale *</i></p> <p>75 mg x 2/jour pendant 5 jours pour les formes modérées, 10 jours pour les formes graves ou patients immunodéprimés</p> <p><i>Si insuffisance rénale :</i></p> <p>Clairance < 15 ml/min/1.73 m² ou dialyse :</p> <p>30 mg x3 /sem en post-dialyse</p> <p>Clairance : entre 15 et 30 ml/min/1.73 m² : 75 mg /jour</p> <p>Clairance > 30 ml/min/1.73 m² : dose normale</p>	<p><i>Voie orale*</i></p> <p><u>13 ans et plus :</u></p> <p>75 mg x 2/jour pendant 5 jours</p> <p><u>< 13 ans :</u></p> <p>2 sem- 1 an : 3 mg/kg x 2 /j</p> <p>10 à 15 kg : 30 mg x 2/j</p> <p>> 15 à 23 kg : 45 mg x 2/j</p> <p>> 23 à 40 kg : 60 mg x 2/j</p> <p>> 40 kg : 75 mg x 2/j pendant 5 jours</p>	dès la suspicion et quelque soit la gravité

- Alternatives possibles, envisagées uniquement après discussion avec le médecin référent : zanamivir en inhalation, posologies plus élevées d'oseltamivir, forme intraveineuse d'oseltamivir ou de zanamivir (actuellement en ATU). L'association de 2 inhibiteurs de neuraminidase n'est pas conseillée.

4.2 Traitement prophylactique

- Pour les personnes co-exposées des cas confirmés (qu'elles soient ou non symptomatiques), il est recommandé de prescrire, après avis d'un infectiologue, un traitement d'oseltamivir à pleine dose durant 5 jours, dans les 10 jours suivant l'exposition
- Concernant l'éventuelle prophylaxie de l'entourage, elle n'est à ce stade pas recommandée pour les contacts étroits, mais une surveillance clinique stricte est à assurer à domicile en lien avec le médecin traitant (annexe 2). Dans certains cas, comme un terrain à risque, cette attitude pourra être discutée avec l'infectiologue référent.

IV- Alerter

Les médecins prenant en charge un patient suspect ou un regroupement de patients hospitalisés atteints d'infections respiratoires aiguës graves doivent signaler ces situations :

- à la plate-forme de veille et d'alerte de l'ARS (CVGAS, cellule de veille et gestion des alertes sanitaires) de chaque région (coordonnées en annexe 4), pour classification du patient en éventuel cas possible
- en prenant avis auprès d'un infectiologue référent de la région afin d'évaluer les critères cliniques, en faveur d'un cas possible de grippe aviaire

A noter que :

- l'infectiologue référent pourra contacter autant que de besoin Santé publique France notamment à la phase précoce d'une nouvelle alerte pour conforter l'expertise.
- tout cas possible humain d'influenza aviaire signalé à l'ARS fera l'objet sans délai d'une information au CORRUSS via l'application SISAC et Santé publique France (St Maurice/Cire).

Références :

- 1- Actualisation des données épidémiques sur le site de l'OMS : http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/en/index.html
- 2- Actualisation des données sur le site du CDC : Interim Guidance on Case Definitions for Investigations of Human Infection with Avian Influenza A (H7N9) Virus in the United States, <http://www.cdc.gov/flu/avianflu/h7n9/case-definitions.htm>
- 3- Actualisation des données sur le site du CDC : Interim Guidance on Case Definitions for Investigations of Human Infection with Highly Pathogenic Avian Influenza A (H5N1) Virus in the United States <http://www.cdc.gov/flu/avianflu/h5n1/case-definitions.htm>
- 4- Actualisation des données épidémiques sur le site de l'ECDC : http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/avian_influenza/Pages/index.aspx
- 5- Actualisation des données sur le site de Santé publique France : <http://invs.santepubliquefrance.fr//Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-aviaire>
- 6- Ministère de santé : <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/>
- 7- Procédure standardisée de prise en charge par les urgences et les SMUR des patients suspects d'infections à risque épidémique et biologique (REB) en Ile de France, décembre 2010
<http://www.biostat.fr/docs/procedureCOREBonlinejan11.pdf>
- 8- Gao R, Cao B, Hu Y, Feng Z, Wang D, Hu W *et al.* Human Infection with a Novel Avian-Origin Influenza A (H7N9) Virus. *N Engl J Med.* 2013;368(20):1888-97
- 9- Kageyama T, Fujisaki S, Takashita E, Xu X, Yamada S, Uchida Y, Neumann G, Saito T, Kawaoka Y, Tashiro M. Genetic analysis of novel avian A(H7N9) influenza viruses isolated from patients in China, February to April 2013. *Eurosurveillance* 2013;18(15):20453
- 10- Maladies respiratoires aiguës à tendance épidémique ou pandémique, Prévenir et combattre les infections dans les établissements de soins.
http://www.who.int/csr/resources/publications/ICHC_booklet_FINALw_FR.pdf
- 11- Duval X, van der Werf S, Blanchon T *et al.* Efficacy of oseltamivir-zanamivir combination compared to each monotherapy for seasonal influenza: a randomized placebo-controlled trial. *PLoS Med.* 2010 Nov 2;7(11):e1000362
- 12- Qun L and *al.* Preliminary Report: Epidemiology of the avian influenza A (H7N9) outbreak in China. *N Engl J Med* , 2013 April 24 [Epub ahead of print]
- 13- Parry J. H10N8 avian flu virus claims its first known human casualty
BMJ 2014;348:g1360

ANNEXE 1 - Mesures barrières AIR et CONTACT dans l'hypothèse d'une infection à virus respiratoire émergent

Il faut distinguer les recommandations pour la grippe saisonnière de celles à appliquer face à des situations particulières comme l'émergence d'un nouveau variant hautement pathogène et/ou hautement transmissible pour l'homme (https://sf2h.net/wp-content/uploads/2013/05/SF2H_information-sur-les-mesures-grippe-coronavirus-HCSP_05-2013.pdf). Les mesures initiales souvent maximalistes pourront être réajustées par la suite en fonction des résultats des investigations biologiques.

Une vidéo pédagogique élaborée par la SF2H permet de visualiser la chronologie d'habillage et déshabillage des équipements de protection individuelle (<http://www.youtube.com/watch?v=LW3I5wiMFV0>).

Les visites sont limitées avec application des mêmes précautions complémentaires d'hygiène que pour les professionnels de santé.

Mesures de protection individuelle :

- port d'un appareil de protection respiratoire **(APR) de type FFP2 avant d'entrer dans la chambre et à ne retirer qu'à l'extérieur de la chambre suivi de la réalisation d'une hygiène des mains par produit hydro-alcoolique (PHA)**,
- port de surblouse à usage unique, avec un tablier plastique en cas de soins à risque d'être mouillant ou souillant,
- hygiène des mains par désinfection avec PHA avant et après les soins
- port de lunettes de protection lors des gestes à risque de projection (intubation, prélèvements naso-pharyngés...),
- port systématique de gants à usage unique.

Isolement du patient :

- Isolement géographique du malade en box ou chambre individuelle, avec un renouvellement d'air correct (6-12 volumes/h, non recyclé), si possible, avec sas (pour l'habillage et le déshabillage des intervenants auprès du patient). Une chambre à pression négative sera utilisée si un tel équipement est disponible.
- S'il est indispensable pour le malade de quitter sa chambre, lui faire porter un masque chirurgical et réaliser une friction des mains avec le PHA et durée du déplacement limitée au strict nécessaire en organisant le déplacement (pas d'attente sur le site des investigations complémentaires)

ANNEXE 2 - CONSEILS AUX PERSONNES CONTACTS

Pour une personne contact d'un patient cas confirmé, il est recommandé :

- que le médecin traitant de cette personne contact soit informé par le médecin hospitalier et/ou le médecin de l'ARS / Cire;

- que la personne contact soit surveillée pendant 10 jours après le dernier contact avec le cas confirmé ;

- que la personne contact prenne sa température 2 fois par jour tous les jours, car le premier symptôme à survenir sera le plus souvent de la fièvre ;

- que la personne contact se munisse d'un masque chirurgical et le porte dès l'apparition de symptômes ;

- qu'en cas de fièvre, elle appelle son médecin traitant ou le Centre 15 ;

- qu'en cas d'apparition d'un symptôme, fièvre ou toux, le contact réalise fréquemment une hygiène de mains avec un PHA, utilise des mouchoirs à usage unique et limite au maximum les contacts proches ;

- que la personne contact évite, pendant cette période, de fréquenter des personnes de façon rapprochée et/ou prolongée (face à face) et évite de se joindre à des rassemblements d'un grand nombre de personnes.

NOM (patient) PRENOM

➔ **Information préalable du patient**

En vertu du Code de la Santé Publique et de la Loi « Informatique et Liberté », chaque patient doit être informé de l'utilisation possible, par le CNR, à des fins de recherche, et dans le respect de la confidentialité, de son ou ses échantillon(s) biologique(s) ainsi que des données qui y sont associées.

En effet, le CNR des Virus Influenzae conduit certains travaux de recherche en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les virus grippaux et les pathologies qui en résultent.

Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche.

Chaque patient peut, s'il le souhaite, refuser l'utilisation de ses prélèvements et/ou données personnelles à des fins de recherche.

Suite à cette information, le patient (ou pour les mineurs, le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale / pour les majeurs sous tutelle, le tuteur),

s'oppose ne s'oppose pas

à l'utilisation secondaire de son(s) prélèvement(s) et données associées, pour des fins de recherche et dans le cadre de la pathologie pour laquelle il consulte.

Patient(e) / représentant(s) legal(aux) non informé(s) Motif :

Cacher du médecin	Etiquette du laboratoire	Date d'arrivée au laboratoire

Date de naissance ____ (mm/aaaa) Sexe F M Code postal de résidence _____

Date de début de maladie ____ (jj/mm/aaaa) Date de prélèvement ____ (jj/mm/aaaa)

Vaccination antigrippale 2012-2013 Oui Non NSP Si oui, date ____ (jj/mm/aaaa)

Contexte

Voyage récent à l'étranger (<15 jours) pays

Etat clinique (cocher les signes présents)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fièvre Température max | <input type="checkbox"/> Dyspnée / Polypnée | <input type="checkbox"/> Otite / Otalgie |
| <input type="checkbox"/> Début brutal | <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Troubles digestifs |
| <input type="checkbox"/> Asthénie | <input type="checkbox"/> Expectoration | <input type="checkbox"/> Conjonctivite |
| <input type="checkbox"/> Myalgies / Courbatures | <input type="checkbox"/> Bronchiolite / Bronchite | <input type="checkbox"/> Adénopathies |
| <input type="checkbox"/> Frissons | <input type="checkbox"/> Rhinite / Coryza | <input type="checkbox"/> Eruption |
| <input type="checkbox"/> Céphalées | <input type="checkbox"/> Pharyngite | <input type="checkbox"/> Autres signes |

Prescription d'un antiviral :

le patient Oui Non si oui lequel :

un membre de la famille Oui Non si oui lequel :

Facteurs de risque, antécédents justifiant une vaccination antigrippale Oui Non

Précisez :

Grossesse en cours IMC ≥ 40 Diabète Maladie cardio-vasculaire

Maladie respiratoire Immunodépression Autre maladie chronique

Hospitalisation en lien avec ce(s) facteur(s) de risque au cours des 12 derniers mois Oui Non NSP

Commentaires

2012-2013

**Centre National de Référence des virus *influenzae* (Grippe) : CNR coordonnateur
Unité de Génétique Moléculaire des Virus à ARN**

CNR coordonnateur

Institut Pasteur

Unité de génétique moléculaire des virus à ARN

Département de Virologie

28 rue du Dr Roux, 75724 PARIS CEDEX 15

Nom du responsable : Pr Sylvie van der WERF

Tel : 01 45 68 87 25 (secrétariat) – 01 45 68 87 22 – Fax : 01 40 61 32 41

Email : sylvie.van-der-werf@pasteur.fr ; grippe@pasteur.fr

☞ **Les week-ends et jours fériés**

Institut Pasteur

Cellule d'Intervention Biologique d'Urgence (CIBU)

28 rue du Dr Roux, 75724 PARIS CEDEX 15

Nom du responsable : Dr Jean-Claude MANUGUERRA

Tel : 01 40 61 38 08, Email : jmanugu@pasteur.fr

En dehors des heures ouvrées (astreinte microbiologique)

Email : sam-liaison@pasteur.fr ; Tél : 06 86 68 35 53

CNR Laboratoires associés

Hospices civils de Lyon (HCL)

Groupement Hospitalier Nord

Institut des Agents Infectieux (IAI) - Laboratoire de Virologie

103 Grande Rue de la Croix-Rousse 69317 LYON Cedex 04

Nom du responsable : Pr Bruno LINA

Tel 24/24h: 04 72 07 11 11

Email : bruno.lina@chu-lyon.fr ; lina@univ-lyon1.fr

Institut Pasteur de la Guyane,

Laboratoire de virologie

23 avenue Pasteur, BP 6010 - 97306 Cayenne Cedex

GUYANE FRANCAISE

Nom du responsable : Dr Dominique ROUSSET

Tél : + 594 (0)5 94 29 26 09

Mél : drousset@pasteur-cayenne.fr

Région	Plateforme Alerte
Zone Sud-Ouest	Tel : 08 09 40 00 04 arszone33-alerte@ars.sante.fr
Nouvelle Aquitaine Départements : Dordogne-24, Gironde-33, Landes-40, Lot-et-Garonne-47, Pyrénées-Atlantiques-64, Corrèze-19, Creuse-23, Haute-Vienne-87, Charente-16, Charente-Maritime-17, Deux-Sèvres-79, Vienne-86	tel : 08 09 40 00 04 ars33-alerte@ars.sante.fr
Zone Sud-Est	Tel : 06 30 14 70 98 arszone69-alerte@ars.sante.fr
Auvergne-Rhône-Alpes Départements : Allier-03, Cantal-15, Haute-Loire-43, Puy-de-Dôme-63, Ain-01, Ardèche-07, Drôme-26, Isère-38, Loire-42, Rhône-69, Savoie-73, Haute-Savoie-74	tel : 08 10 22 42 62 astreinte direction : 04.72.34.31.45 ars69-alerte@ars.sante.fr
Zone Sud	Tel : 06 74 26 72 23 arszone13-defense@ars.sante.fr
Occitanie Départements : Aude-11, Gard-30, Hérault-34, Lozère-48, Pyrénées-Orientales-66, Ariège-09, Aveyron-12, Haute-Garonne-31, Gers-32, Lot-46, Hautes-Pyrénées-65, Tarn-81, Tarn-et-Garonne-82	tel : 08 00 301 301 ars31-alerte@ars.sante.fr
Provence-Alpes Côte d'Azur Départements : Alpes-de-Haute-Provence-04, Hautes-Alpes-05, Alpes-Maritimes-06, Bouches-du-Rhône-13, Var-83, Vaucluse-84	tel : 04 13 55 80 00 ars13-alerte@ars.sante.fr
Corse Départements : Corse-du-Sud-2A, Haute-Corse-2B	tel : 04 95 51 99 88 ars2a-alerte@ars.sante.fr
Zone Paris	Tel : en astreinte appeler le n° ARS IdF arszone75-alerte@ars.sante.fr
Ile-de-France Départements : Paris-75, Seine-et-Marne-77, Yvelines-78, Essonne-91, Hauts-de-Seine-92, Seine-St-Denis-93, Val-de-Marne-94, Val-d'Oise-95	tel : 08 25 811 411 ars75-alerte@ars.sante.fr
Zone Ouest	Tel : 02 90 01 25 35 arszone35-alerte@ars.sante.fr
Normandie Départements : Calvados-14, Manche-50, Orne-61, Eure-27, Seine-Maritime-76	tel : 08 09 400 660 ars14-alerte@ars.sante.fr
Centre Val-de-Loire Départements : Cher-18, Eure-et-Loir-28, Indre-36, Indre-et-Loire-37, Loir-et-Cher-41, Loiret-45	tel : 02 38 77 32 10 ars45-alerte@ars.sante.fr
Bretagne Départements : Côtes-d'Armor-22, Finistère-29, Ille-et-Vilaine-35, Morbihan-56	tel : 09 74 50 00 09 ars35-alerte@ars.sante.fr
Pays de la Loire Départements : Loire-Atlantique-44, Maine-et-Loire-49, Mayenne-53, Sarthe-72, Vendée-85	tel : 08 00 277 303 ars44-alerte@ars.sante.fr
Zone Nord	Tel : 07 70 02 40 95 arszone59-defense@ars.sante.fr
Hauts-de-France Départements : Nord-59, Pas-de-Calais-62, Aisne-02, Oise-60, Somme-80	tel : 03 62 72 77 77 ars59-alerte@ars.sante.fr
Zone Est	Tel : 09.69.39.89.89 arszone54-defense@ars.sante.fr
Bourgogne Franche-Comté Départements : Côte-d'Or-21, Nièvre-58, Saône-et-Loire-71, Yonne-89, Doubs-25, Jura-39, Haute-Saône-70, Territoire-de-Belfort-90	tel : 03 80 41 99 99 ars-bfc-alerte@ars.sante.fr
Grand-Est Départements : Bas-Rhin-67, Haut-Rhin-68, Ardennes-08, Aube-10, Marne-51, Haute-Marne-52, Meurthe-et-Moselle-54, Meuse-55, Moselle-57, Vosges-88	tel : 09.69.39.89.89 ARS-GRANDEST-ALERTE@ars.sante.fr
Zone Antilles Martinique – Guadeloupe – Saint Martin – Saint Barthélemy	Tel à privilégier H24 : 08 20 202 752 06 96 40 15 94 / 06 96 11 10 82 arszone972-alerte@ars.sante.fr
Guadeloupe (971)	tel : 05 90 41 02 00 ars971-alerte@ars.sante.fr
Martinique (972)	tel : 08 20 202 752 ars972-alerte@ars.sante.fr
Zone Guyane	Tel : 06 94 43 99 49 ars973-alerte@ars.sante.fr
Guyane (973)	tel : 05 94 25 72 37 ars973-alerte@ars.sante.fr
Zone Océan indien	Tel : 06 92 61 75 56 arszoneoi-alerte@ars.sante.fr
La Réunion (974)	Tel : 02 62 93 94 15 ars-oi-alerte@ars.sante.fr
Mayotte (976)	Tel : 02 69 61 83 20 ars-oi-alerte@ars.sante.fr

ANNEXE 5 - Services des maladies infectieuses et tropicales référents zonaux et HIA

Services des Maladies Infectieuses et Tropicales

Dr Dina Andriamanantena

HIA Bégin

69 Avenue de Paris

94160 Saint-Mandé

01 43 98 48 37

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

Pr Philippe Brouqui

CHU Nord – Chemin des Bourrelys

13915 Marseille Cedex 20

Tél : 06 77 02 53 34

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Médecine polyvalente

Pr André Cabié

CHU de Martinique

CS 90632, 97261 Fort-de-France cedex

Tél : 0596 55 23 01

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

Pr François Caron

CHU Rouen Charles Nicolle – 1 rue de Germont

76031 Rouen Cedex

Tél : 02 32 88 87 39

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

Pr Éric Caumes

Hôpital Pitié Salpêtrière – 47 Bd le l'Hôpital

75013 Paris Cedex 13

Tél : 01 42 16 01 07 ou 01 42 16 03 73

Services des Maladies Infectieuses et Tropicales

Pr Christian Chidiac

Hôpital de la Croix Rousse – 103 Gde rue de la Croix Rousse

69317 Lyon Cedex 04

Tél : 04 72 07 11 07, et si urgence REB : 04 72 07 26 31

Unité des Maladies Infectieuses et Tropicales

Dr Felix Djossou

Centre Hospitalier Andrée ROSEMON – Avenue des flamboyants - BP 6006

97306 Cayenne

Guyane

Tel : 05 94 39 50 40

Fédération des Maladies Infectieuses

Pr Michel Dupon

Hôpital Pellegrin – CHU Bordeaux – Tripode 4^e étage

33076 Bordeaux Cedex

Tél : 05 56 79 55 36

S.G.R.I.V.I. – Hôpital Huriez/Pavillon Fourier
Pr Benoit Guery - Pr Karine Faure
Hôpital Albert Calmette – CHRU Lille
59037 Lille Cedex
Tél : 08 05 40 09 10 ou 06 70 01 51 15

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
Pr Yves Hansmann - Pr Daniel Christmann
Clinique Médicale A Hôpitaux Universitaires – 1 Place de l'Hôpital – BP 426
67091 Strasbourg Cedex
Tél : 03 69 55 10 58

Service des Maladies Infectieuses et Dermatologie
Pr Bruno Hoen
CHU de Pointe à Pitre – BP 465
97159 Pointe à Pitre
Tel (secrétariat) : 0590 89 1545, tel (bureau) : 0590 89 1589

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
Pr Olivier Lortholary
Hôpital Necker Enfants Malades – 149 rue de Sèvres
75743 Paris Cedex 15
Tél : 06 71 95 84 48 (heures ouvrables) et 01 42 19 26 23 (we, nuits et jours fériés)

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
Pr Christian Michelet - Pr Pierre Tattevin
Hôpital Pontchaillou – 2 rue Henri Le Guilloux
35033 Rennes Cedex 09
Tél : 02 99 28 95 64
Tél : 06 80 75 65 79

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
Dr Marie-Pierre Moiton
CHU – Site Felix Guyon – Allée des Topazes
97400 St Denis La Réunion
La Réunion

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
Pr Christian Rabaud
CHU de Nancy – Hôpital Brabois
Rue du Morvan
54511 Vandoeuvre Cedex
Tél : 06 85 11 67 94

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
Pr Yazdan Yazdanpanah
Hôpital Bichat-Claude Bernard – 46 rue Henri Huchard
75877 Paris
Tél : 01 40 25 78 04 (heures ouvrables) et 01 40 25 60 25 ou 01 40 25 77 30 (we, nuits et jours fériés)