

	SAMU 49 – Urgences Collectives	0796-PR-SAN-01
	Procédure de Régulation	
	Virus Emergents : Régulation des patients suspects	
		V1 29/06/2013
		Version 29/06/2013

Rédaction	Validation
J.C. Lecuit – PH – SAMU 49	F. Templier – PH Chef de Service – SAMU 49

1) Rôle du SAMU 49 (Centre 15, SMUR) dans le contexte "virus émergents"

- a- Identifier les cas suspects en régulation
 - b- Mettre en œuvre la prise en charge, de l'envoi du moyen d'intervention à l'orientation en structure d'accueil dédiée et adaptée à la gravité de l'état clinique du cas suspect
 - c- Assimiler en première approximation les patients possiblement infectés par :
 - le nouveau coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV),
 - le nouveau variant d'influenza aviaire A (H7N9),
 - le virus de la grippe aviaire A (H5N1)
- et donc la conduite à tenir, bien que la transmission interhumaine n'ait été établie que pour MERS-CoV.

2) Définitions

1- Les principes à retenir pour mieux comprendre les définitions

Cas suspect

- Son diagnostic peut se faire en régulation, au téléphone, sur des critères anamnestiques

Cas possible

- C'est un cas suspect classé en cas possible par le médecin de la structure d'accueil en lien avec l'épidémiologiste de l'INVS après examen clinique et bilan paraclinique (RP, etc.)

Cas confirmé

- C'est un cas possible chez qui la confirmation microbiologique a été obtenue

2- Les définitions précises

Cas suspect

Toute personne ayant voyagé dans un des pays à risque (Cf. tab.1) qui présente :

- * au cours des 14 jours suivant son retour,
- * une fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ associée à :

- une toux et une dyspnée ou des signes de détresse respiratoire
- ou de la diarrhée chez le patient porteur d'une pathologie chronique ou l'immunodéprimé

- OU tout contact d'un cas suspect, possible ou confirmé qui présente ce même tableau dans les 10 jours suivant le contact pendant que celui-ci était symptomatique

Cas possible

Toute personne ayant voyagé dans un des pays à risque (Cf. tab.1) qui présente :

- * au cours des 14 jours suivant son retour
- * une fièvre $\geq 38^{\circ}$ associée à :

- une toux et des signes cliniques et/ou radiologiques d'infection du parenchyme pulmonaire ou de détresse respiratoire aiguë
- ou de la diarrhée chez le patient porteur d'une pathologie chronique ou l'immunodéprimé
- sans autre étiologie pouvant expliquer la pathologie

- OU tout contact d'un cas possible ou confirmé qui présente ce même tableau dans les 10 jours suivant le contact pendant que celui-ci était symptomatique.

Cas confirmé

- Cas possible après confirmation microbiologique. C'est le médecin de la structure d'accueil, en lien avec l'épidémiologiste de l'INVS, qui classe le cas suspect en cas possible et qui prescrit alors les examens virologiques à visée diagnostique.

3) Conduite à tenir

Ces recommandations sont provisoires.

- * Risque actuel faible, organisation de notre capacité de réponse nécessaire mais adaptée aux moyens actuels disponibles (notamment vecteur d'évacuation et accueil)
- * Réactualisation au fur et à mesure
 - de l'évolution des connaissances épidémiologiques et biologiques relatives à ces virus émergents
 - et de l'évolution des moyens logistiques de prise en charge et des circuits d'accueil hospitaliers

1- Identifier les cas suspects

1-1- ARM

- Priorisation en P1 ou P2 selon la gravité des signes respiratoires
- En fonction de la priorisation et de l'heure d'appel, la régulation pourra être faite par le MRU ou le MRG

1-2- MRU et MRG

- MRU et MRG : Identifier les cas suspects (Cf. définitions)
- MRG : si cas suspect identifié, renvoyer vers le MRU qui se chargera de l'organisation du transfert du patient
- MRU : en charge de l'organisation du transfert du patient, quelque soit sa gravité

2- Organiser le transfert du cas suspect vers la structure d'accueil du CHU, adaptée à sa gravité

2-1- Principes d'isolement soignant – patient et de mesures d'hygiène à respecter (type air et contact)

Pour le patient

Masque chirurgical, friction des mains avec SHA

Pour les professionnels de santé

Surblouse manches longues UU, gants non stériles, masque de type FFP2, lunettes de protection pendant un soin exposant au risque de projection, friction des mains avec SHA. (NB : tablier plastique recommandé en cas de soins à risque d'être mouillant ou souillant, pas à disposition au SMUR)

Pour l'ambulance

Drap à usage unique sur le brancard. Désinfection habituelle très soigneuse au décours.

2-2- Choix du vecteur de transport (MRU)

Absence de gravité

Quelque soit le lieu dans le 49 : équipe du SMUR d'Angers avec une AR : équipe T2IH si disponible, sinon Angers 2

Si critères de gravité

Procédure habituelle : SMUR de proximité et VSAV *en prévenant à l'engagement les intervenants du contexte "cas suspect virus émergent"* (kits de protection dans les VSAV)

Remarque : procédure justifiée par la très faible probabilité de survenue de ce type d'appel et l'absence de moyen d'isolement dans la majorité des ambulances privées.

2-3 Choix du lieu d'admission au CHU (MRU)

Absence de gravité

Au CHU, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT), dans un des trois lits d'isolement

- a- Directement de 9 heures à 18 heures, tous les jours de la semaine, après appel de l'infectiologue (Tél. 43130)
- b- Sinon, via les urgences, après contact avec le senior des urgences pour suivre un parcours d'entrée spécifique

Remarque : Actuellement au CHU, pas de possibilité de joindre un infectiologue H24.

Si critères de gravité

En réanimation médicale, après accord du réanimateur. Celui-ci se chargera de contacter l'infectiologue du CHU

Remarque : Déclaration auprès de l'InVS effectuée par le médecin ayant admis le patient dans sa structure.

Annexe 1

Tableau 1 : pays à risque

Virus émergents	Pays ou régions	
MERS-CoV <i>mise à jour le 7 Juin 2013</i>	Arabie Saoudite, Bahreïn, Emirats Arabes Unis, Irak, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, Syrie, Territoires palestiniens occupés, Yémen	
A(H7N9) <i>mise à jour le 29 Mai 2013</i>	Chine (provinces de Anhui, Henan, Beijing, Zhejiang, Jiangsu, Jiangxi, Shanghai, Shandong, Fujian, Hunan et Taiwan)	
	Pays ou régions où des oiseaux d'élevage ou de compagnie sont touchés avec cas humains	Pays ou régions où des oiseaux d'élevage ou de compagnie sont touchés sans cas humains
A(H5N1) <i>mise à jour le 13 Mai 2013</i>	Bangladesh, Cambodge, Chine (dont Tibet), Egypte, Indonésie, Laos, Myanmar, Vietnam	Russie (provinces entre la mer Noire et la mer Caspienne, de Volgograd aux frontières du Caucase et Kraï de Primorsk à l'extrême sud-est de la Russie) Iran (province de Mazandaran) Népal, Hong-Kong, Bhoutan, Inde , Corée du Nord