Maladies infectieuses émergentes (MIE)
Réseau national de coordination pour le risque épidémique et biologique (COREB)

Catherine Leport,

Avec les groupes MIE /HCSP et SPILF COREB

Haut Conseil de la Santé Publique

Haut Conseil de la Santé Publique

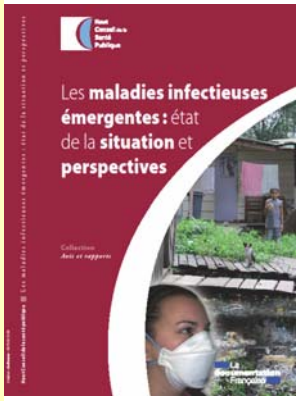
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

MIE : entité clinique d'origine (ou présumée) infectieuse, **nouvellement apparue ou identifiée** (SRAS)

ou

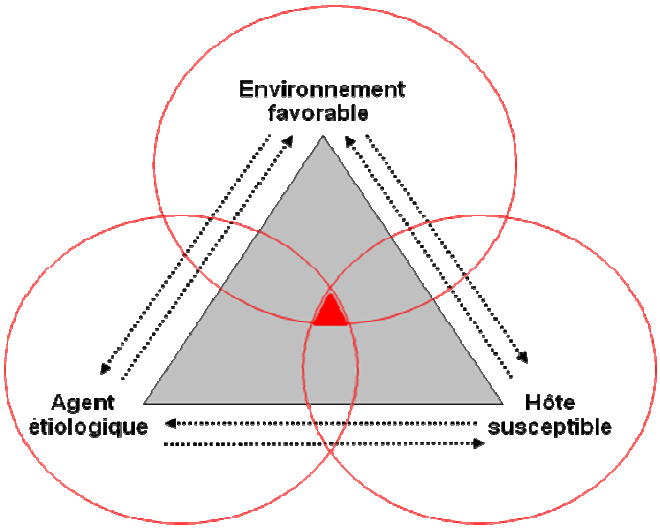
connue, dont l'incidence augmente ou dont les caractéristiques **se modifient** dans un **espace** ou dans un groupe de **population** donné (Chikungunya, West Nile)



Facteurs et situations d'émergence
Réseau SPILF COREB
Procédure MERS CoV

MIE/BMRe - Facteurs et Situations d'émergence

MIE/BMR: intersection de
3 ensembles conditions nécessaires



Equilibres dynamiques multiples

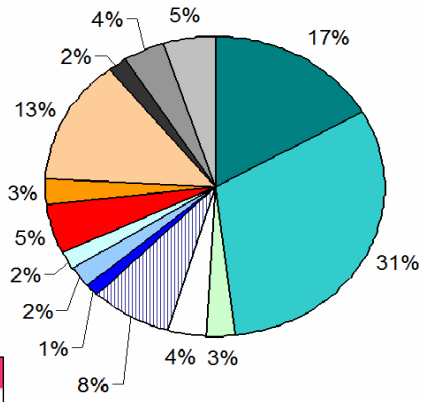
Agents infectieux humains
Origine animale : 58 % ; Environnement : 42 %

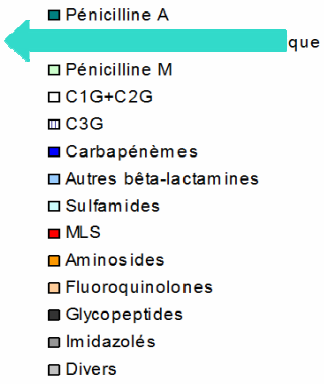
Augmentation voyages

UN DETERMINANT ESSENTIEL : LA CONSOMMATION

BMR avenir MIT / 4 mai 12

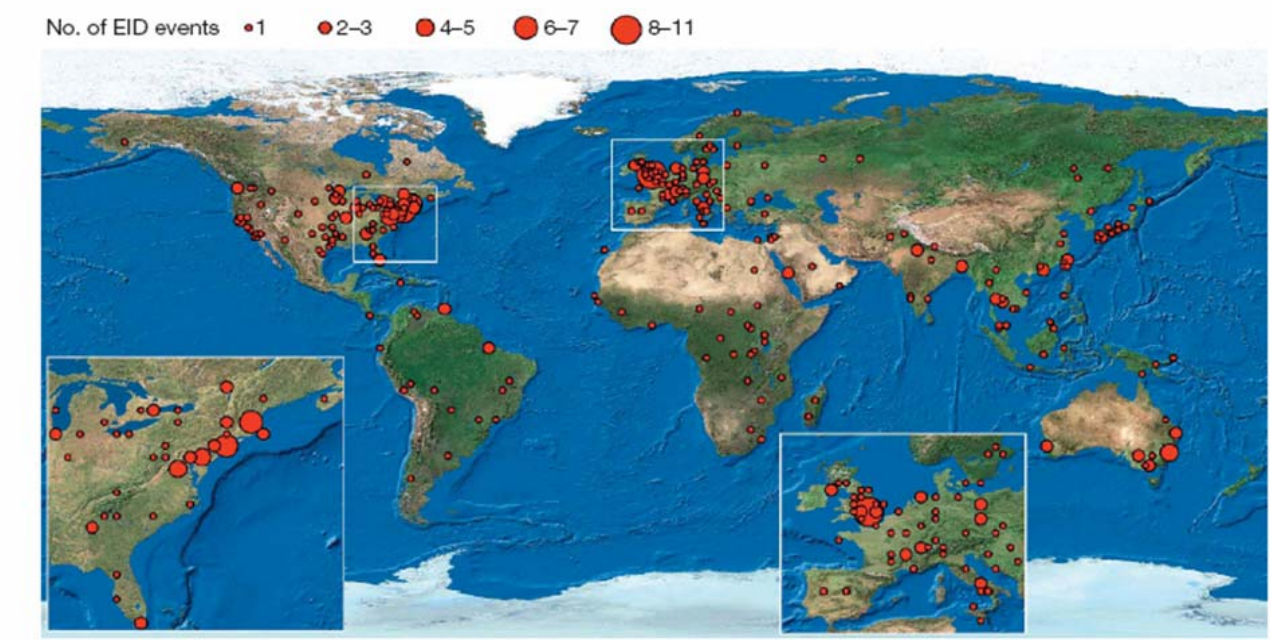
CONSOMMATION AB : DETERMINANT *ESSENTIEL*





LIMITER USAGE de :
- AUGMENTIN
- F-QUINOLONES

Mieux → Moins et Mieux



Localisation des Maladies Infectieuses Emergentes (MIE) d'aujourd'hui

d'après Jones et coll, 2008

GRANDE CAUSE NATIONALE 2008

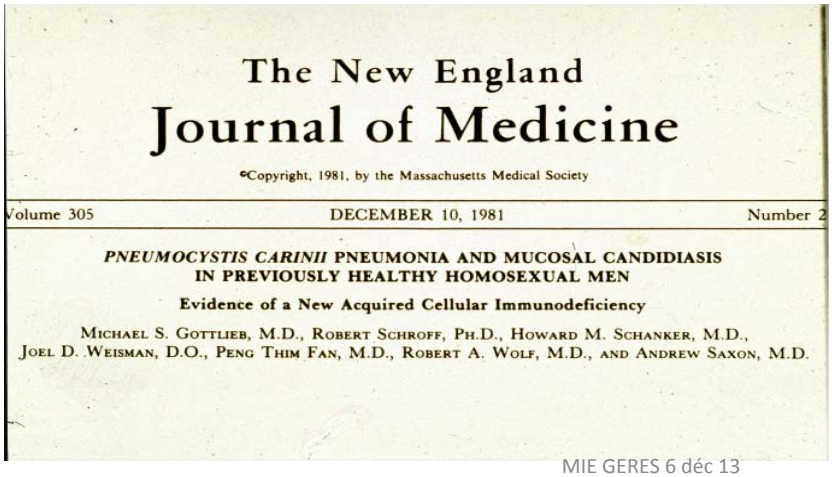
Institut Pasteur

Prix Nobel de Médecine 2008

Le sacre

de Françoise Barré-Sinoussi et de Luc Montagnier,

co-découvreurs du virus du sida en 1983



The New England
Journal of Medicine

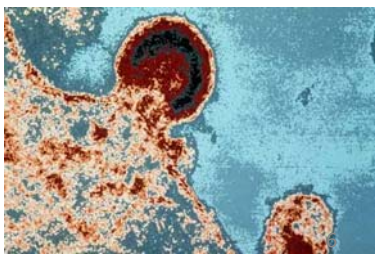
©Copyright, 1981, by the Massachusetts Medical Society

Volume 305 DECEMBER 10, 1981 Number 2

***PNEUMOCYSTIS CARINII* PNEUMONIA AND MUCOSAL CANDIDIASIS IN PREVIOUSLY HEALTHY HOMOSEXUAL MEN**

Evidence of a New Acquired Cellular Immunodeficiency

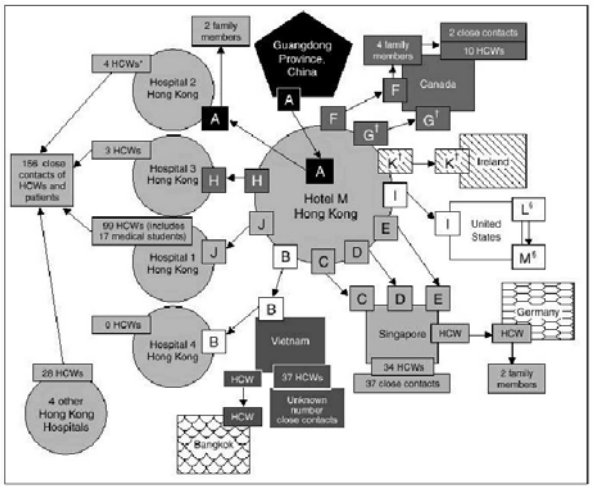
MICHAEL S. GOTTLIEB, M.D., ROBERT SCHROFF, PH.D., HOWARD M. SCHANKER, M.D., JOEL D. WEISMAN, D.O., PENG THIM FAN, M.D., ROBERT A. WOLF, M.D., AND ANDREW SAXON, M.D.



NOUVEAUX RISQUES INFECTIEUX : EPIDEMIQUES et BIOLOGIQUES (REB) ?

2001 : ANTHRAX

Source: FBI/ AP



2003 : SRAS

Réseau national de coordination pour le risque épidémique et 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 :

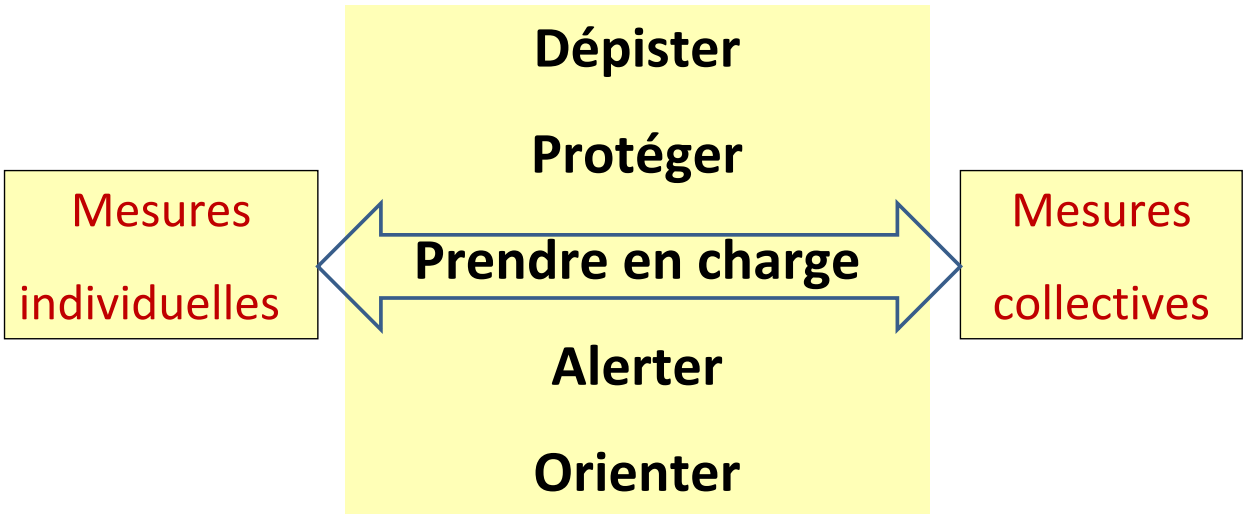
- SAMU, SAU, MG 1ère ligne
- Autorités santé (InVS - DGS - DUS - EPRUS - ARS - CIRE)

Procédures SPILF – COREB
Prise en charge **Patients SUSPECTS** Infections REB
= OUTILS pour les PROFESSIONNELS de SANTE

- 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…

PROCEDURE STANDARDISEE de PRISE EN CHARGE
des Patients SUSPECTS D'INFECTION à
MERS Coronavirus
par URGENCES –SMUR et MG



Formation objectif n°1 :
EXAMEN 1er soignant, IAO - médecin

☞ Fièvre + autres S. éventuels infection (toux, diarrhée, éruption..)

☞ **Et** exposition possible**:** retour pays, contact **à risque**..

Patient SUSPECT → ISOLEMENT → ALERTE

↓

= prélèvt Agent inf.

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

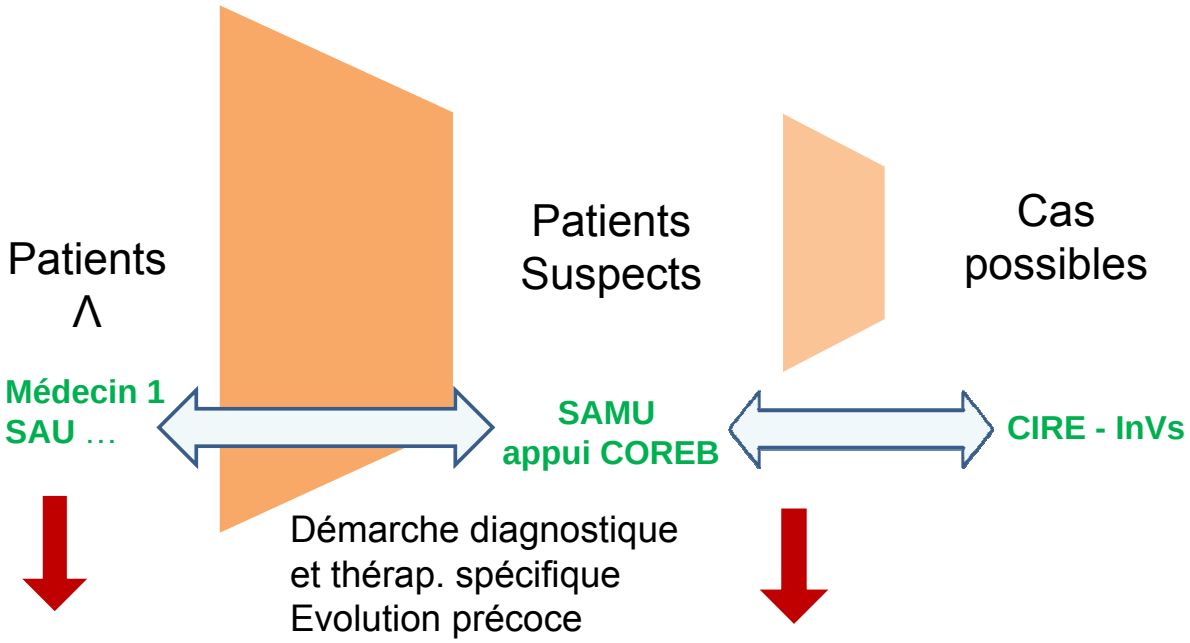
➢ sans autre étiologie identifiée = Dg différentiel

➢ échec anti-infectieux spécifique

1') Protéger **Suspicion = SHA et masque chirurgical**

pour le patient jusque plus ample informé, cf Avis HCSP

MERS CoV- prise en charge pts SUSPECTS 1ère ETAPE

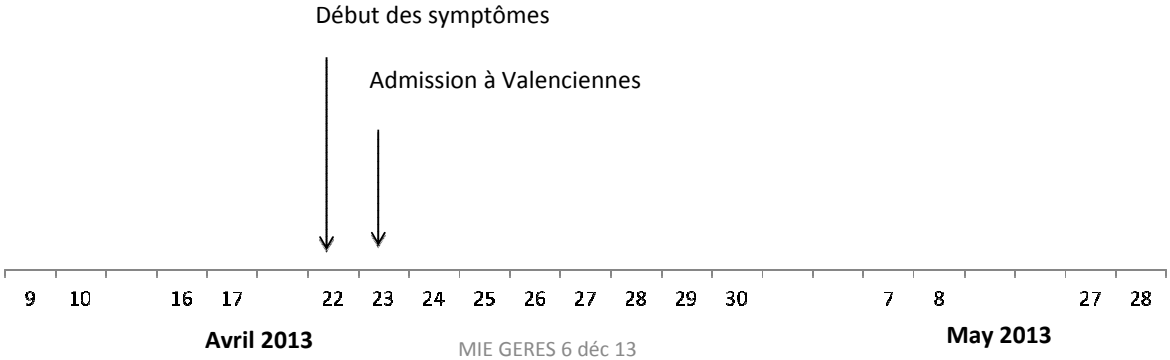


Patients avec diagnostic Alternatif -Tt adapté – levée isolement

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

1er Patient Nord : S. atypiques et …. exposition caractérisée : Pt Λ ou pt suspect ?

- H, 64 ans, admis Valenciennes , 23 avril 2013
- Hypertension, diabète, Transplantation rénale,1998 : mycophenolate mofetil, ciclosporin, prednisone
  - Fièvre (39°C), frissons, A : 14/7 cm Hg, diarrhée, SaO2: 96% (AA) **Pas de signes respiratoires**



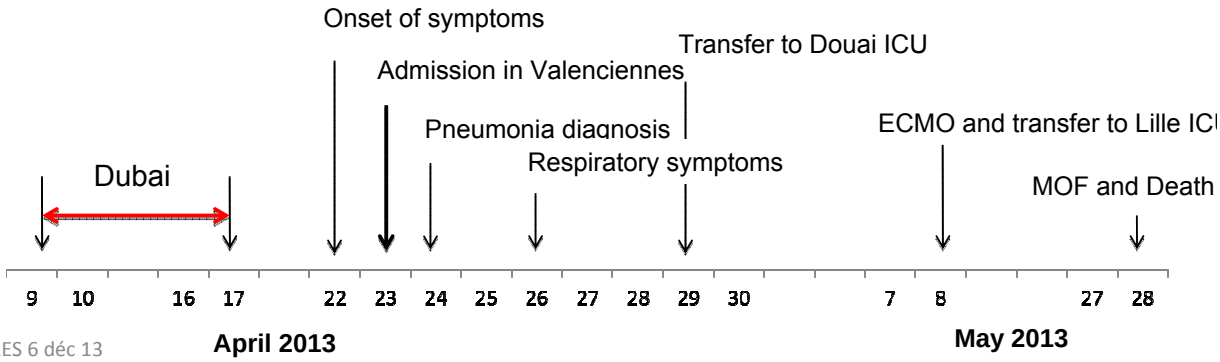
1er Patient Nord : S. atypiques et ….
exposition caractérisée : Pt Λ ou pt suspect ?

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



Pandémie grippale : Information « juste » (proportionnée et équitable)

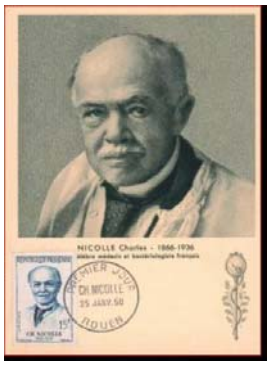
Logique **minimaliste**
Ne pas en dire assez
Banalisation

Logique **maximaliste**
En dire trop
Désordre d' exception

Voie médiane
Construction collective : débats publiques
Information graduée, diffusion progressive (étapes),
Adaptable temps, évolution risque,
différents publics

☞ Permettre à chacun d'exercer son libre arbitre et d'agir en connaissance de cause (JF. Ternay, Pandemics, 2007)

« Les maladies infectieuses :
il en naîtra de nouvelles,
il en disparaîtra lentement quelques unes ; celles qui subsisteront ne se montreront plus sous les formes que nous leur connaissons aujourd'hui »



Maladies infectieuses émergentes
Actualités et perspectives

3è Séminaire annuel organisé sous l'égide du

HCSP, SSA, Ecole du Val-de-Grâce, EHESP, Université-Paris 7, Sorbonne Paris Cité, IRD, SPILF, Institut de Veille Sanitaire, Institut de Santé Publique, INSERM, Institut Pasteur, Chaire Santé de Sciences Po.

25 mars 2014, Paris

Objectif : rapprocher expertise scientifique et politique

Email : seminaireMIE@univ-paris-diderot.fr

Haut Conseil de la Santé Publique

EIDs Working Group

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Chair :
Catherine Leport, HCSP

Co-chair :
Jean-François Guégan, HCSP

Members :
Geneviève Abadia, MSA
Antoine Andremont, HCSP
Dounia Bitar, InVS
Jean-Paul Boutin, HCSP
Emmanuel Camus, HCSP
Jean-Didier Cavallo, SSA
Yves Charpak, HCSP
Martin Danis, CMVI
Marianne Deschênes, Afssaps
Paule Deutsch, sec. gén. HCSP
Marc Eloit, HCSP
Alain Epelboin, MNHM
Marie-Christine Favrot, Afssa
Matthieu Fintz, Anses
Pierre Formenty, OMS
Claude Gilbert, MSH Grenoble
Tamara Giles-Vernick, IPP
Geneviève Harrous-Paicheler CERMES
Frédéric Keck, CNRS
Benoît Guéry, SPILF
Christine Jestin, Inpes
Gérard Lasfargues, ANSES
Jean-Claude Manuguerra, IPP
Jean-Paul Moatti, Inserm
Anne-Marie Moulin, CNRS
Jean-Nicolas Ormsby, Afsset
Patrick Peretti-Watel, Inserm
Christian Perronne, HCSP
Paul Petit, SAMU
Jocelyn Raude, EHESP
Fernand Sauer, HCSP
Bernard Swynghedauw, Inserm
Jean-François Toussaint, HCSP
Sylvie van der Werf, IPP
Patrick Zylberman, EHESP

Reporters :
Jean-Jacques Laurichesse, CH MLJ
Pascale Longuet, HBCB

HCSP secretary :
Claudine Legrand

Public Declarations of Conflicts of Interest , HCPH, ID Committee website HCSSP http://www.hcsp.fr ; chapter Collège et commissions

Groupe SPILF COREB, oct.2013

CoPil

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

LEPORT CATHERINE
RABAUD CHRISTIAN
ALFANDARI SERGE
JARLIER VINCENT

Groupe (Réf. Zonaux) :

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

Sociétés partenaires

SF2H : BERTHELOT PHILIPPE

SFP : BRIGITTE CHABROL
GPIP : ROBERT COHEN , EMMANUEL GRIMPEL

SFAR : DAN BEHHAMOU, RÉMY GAUZIT

SFM : RENÉ COURCOL

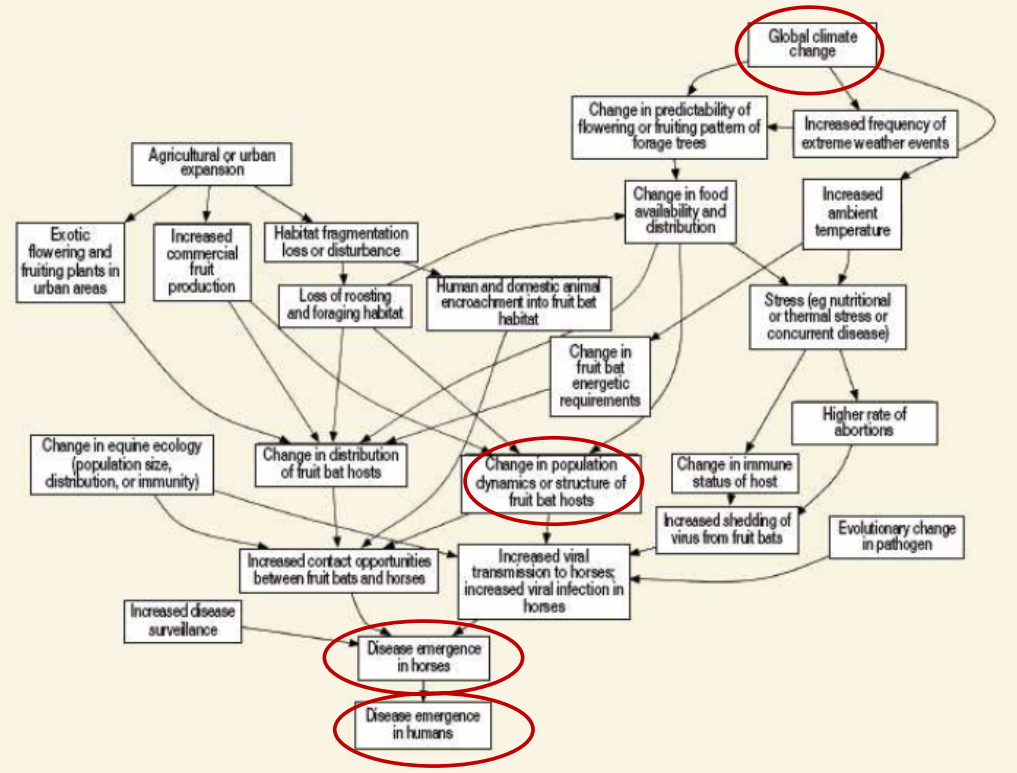
SFMU : JL SCHMIT

SMV : OLIVIER BOUCHAUD

SRLF : DJILLALI ANNANE , JEAN-LUC DIEHL

www.infectiologie.com

EMERGENCE MIE – ex. VIRUS HENDRA



Phénomène complexe, multifactoriel

Plusieurs niveaux de déterminants dans espace et temps

Approche inter -sectorielle, intégrant aspects anthropologiques et sociologiques

Procédure H7N9
Dépister, Protéger, Prendre en charge

➢ **Sd grippal** ou **pneumopathie aigue** (évoluant en 5-7 jours)
ou **syndrome de détresse respiratoire aigue** (SDRA)
ou **complications extra-respiratoires** (rhabdomyolyse, défaillance multi-viscérale, choc septique, encéphalopathie)

➢ **Et Critères épidémiologiques d'exposition** :
Retour de Chine depuis moins de 10 jours (zone épidémique (Cf liste actualisée sites ECDC et InVS)

Ou contact avec un cas possible/confirmé (définition Cf avis HCSP), dans les 10 jours < 1ers symptômes

▪ **Caractériser facteur (âge) et signes de gravité :**
insuffisance respiratoire aigue, atteinte neurologique, rhabdomyolyse défaillance multi-viscérale, choc septique

Procédure H7N9 – Tt antiviral référence dès suspicion

OSELTAMIVIR, le plus précoce possible (mieux si <48h),

- particulièrement recommandé si formes compliquées ou graves
- non retardé par prélèvement virologique

	Adulte	Enfant	Indications
Oseltamivir	*Voie orale ** 75 mg x 2/jour pendant 5 jours *Si insuffisance rénale :* Clairance < 15 ml/min ou dialyse : 30 mg x3 /sem en post-dialyse Clairance : entre 15 et 30 ml/min : 75 mg /jour Clairance > 30 ml/min : dose normale	*Voie orale** 13 ans et plus : 75 mg x 2/jour pendant 5 jours 1-12 ans : 10 à 15 kg : 30 mg x 2/j > 15 à 23 kg : 45 mg x 2/j > 23 à 40 kg : 60 mg x 2/j > 40 kg : 75 mg x 2/j pendant 5 jours	dès la suspicion et quelque soit la gravité

Alternatives possibles : zanamivir inhalation, oseltamivir doses majorées, ou IV (ATU)
Association de 2 INA déconseillée.