

Investigation du Sras en France

Isabelle Bonmarin, Département des maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire,
au nom du **Groupe impliqué dans la prise en charge, la surveillance et l'investigation du Sras***

L'épidémie de syndrome respiratoire aiguë sévère (Sras), qui avait émergé fin 2002 dans la province du Guangdong, en République de Chine, a fait l'objet d'une alerte de l'Organisation mondiale de la santé le 12 mars 2003. Un système de prise en charge des personnes malades a aussitôt été mis en place en France et l'Institut de veille sanitaire (InVS) a été chargé le 16 mars de la surveillance et de l'investigation épidémiologique nationale des cas de Sras.

IDENTIFICATION DES CAS

Définition de cas

Un cas possible de Sras est défini comme un sujet qui revient de zones où une transmission locale récente est documentée ou qui a été en contact avec des cas probables lors des 10 derniers jours et qui présente une fièvre à plus de 38° et des signes d'atteinte respiratoire basse (toux, dyspnée ...).

Un cas probable est un cas possible qui présente des signes de pneumopathie à la radiographie pulmonaire ou au scanner.

Classification des cas

Toutes les personnes exposées au risque de Sras et symptomatiques sont avisées de contacter le centre 15. Le médecin régulateur du Samu décide alors de l'opportunité de poursuivre les investigations. Le cas échéant, il organise le transfert du patient de préférence vers un des neuf hôpitaux de référence et dans des conditions strictes d'isolement.

Le clinicien notifie le cas à l'Institut de veille sanitaire grâce à un numéro de téléphone disponible 24h/24h. Après examen clinique, radiologique et biologique, le sujet est soit exclu, soit rentre dans la définition de cas probable ou possible. Une seconde série de prélèvements sanguins et respiratoires permet d'affiner la classification en recherchant le coronavirus et les agents des autres pneumopathies atypiques. En cas de fortes suspicions, les prélèvements sont adressés à l'Unité de génétique moléculaire des virus respiratoires, Centre national de référence du virus influenzae (région Nord), à l'Institut Pasteur pour la recherche du coronavirus par PCR. Après une période d'observation de quelques jours et au vu de l'évolution clinique et des résultats du bilan étiologique, les cas sont finalement classés comme probables ou alors exclus.

Personnes contact

Chaque identification de cas probable ou possible donne lieu à une recherche des personnes en contact proche avec ce cas depuis le début de sa maladie. Après identification, ces personnes contact sont isolées à domicile et suivies quotidiennement pendant 10 jours. Si ni fièvre ni signes respiratoires n'apparaissent pendant ce laps de temps, l'isolement est levé et la personne reprend ses activités normales. Dans le cas contraire, elle devient un cas possible et est hospitalisée pour investigation.

DONNÉES ACTUELLES

Au 27 mai 2003, les cliniciens ont signalé 426 cas possibles. Parmi ceux-ci, 7 (2 %) ont été considérés comme cas probables et 418 ont été exclus ; 1 cas possible est toujours en cours d'investigation.

Dans la première semaine de mise en place du système, du 16 au 23 mars, l'InVS recevait en moyenne 15 signalements de cas possibles par jour (figure 1). Par la suite et jusqu'à mi-avril, ce nombre quotidien a été divisé par deux. La baisse du nombre de signalements s'est poursuivie avec, en moyenne, moins de trois appels par jour depuis début mai.

Deux foyers en France

Les 7 cas probables identifiés appartiennent à 2 foyers. Le premier foyer est relié à l'épidémie de Sras de l'Hôpital français de Hanoï, Vietnam. Un médecin a examiné le 16 et 17 mars à Hanoï, sans précaution particulière, un de ses collègues qui a

développé un Sras. Ce médecin a quitté le Vietnam le 22 mars et a été hospitalisé dès son retour en France le 23 mars dans un tableau de détresse respiratoire. Il constitue le cas Index français.

Dès son hospitalisation, une recherche active de ses contacts a été entreprise. L'interrogatoire des personnes qui l'ont côtoyé à Hanoï ou dans l'avion montrait que ce patient était probablement malade avant de quitter le Vietnam. Par conséquent, ont été considérées comme contacts proches les personnes qui l'avaient accompagné à l'aéroport, le personnel de bord qui l'avait servi, les passagers assis à ses côtés et dans les deux rangs devant et derrière lui, le personnel de l'infirmierie de l'aéroport Roissy-Charles-de-Gaulle qui l'avait reçu et enfin, deux chauffeurs de taxi qui l'ont conduit de Paris à son domicile puis à l'hôpital. La recherche a permis d'identifier 50 personnes qui ont été isolées et suivies pendant 10 jours. Parmi elles, 2 personnes ont présenté des signes compatibles avec la maladie : une hôtesse et un des dix passagers suivis. Tous deux ont été hospitalisés. Un second passager assis quatre rang derrière le cas index et sur l'aile opposée de l'avion a également développé un Sras sans que l'on puisse mettre en évidence de contact étroit avec lui ou d'autres expositions à la maladie.

Le dernier cas concerne un membre du personnel de l'hôtel d'Hanoï où séjournait l'équipe. Cette personne entretenait de bonnes relations avec le cas index et l'avait rencontré pour la dernière fois le jour de son départ d'Hanoï le 22 mars. Il est rentré en France le 30 mars et a développé les signes de Sras le 1er avril.

Au total, entre le 26 mars et le 1er avril 2003, soit après une période d'incubation de 3 à 10 jours, 4 personnes ont été classées cas probables, portant à 5 le nombre de cas de ce premier foyer. Sur ces 5 cas, 4 étaient de sexe masculin. L'âge s'échelonnait entre 26 et 56 ans. Tous présentaient une fièvre de plus de 38°, 4 une toux sèche et 2 une dyspnée. La radiographie pulmonaire montrait une pneumonie interstitielle chez 4 patients et alvéolaire pour le 5ème. Un coronavirus était détecté par PCR chez 3 sujets. A ce jour, seul le cas index est encore hospitalisé.

Le second foyer concerne une équipe professionnelle de retour de Chine. Après six semaines à Nankin, dans la province du Jiangsu, au nord-ouest de Shanghai, un homme a été hospitalisé le 3 mai 2003, quelques heures après son retour de Chine. Il présentait des signes cliniques depuis le 30 avril. Le 5 mai, un de ses collègues était à son tour hospitalisé alors qu'il présentait des frissons depuis le 3 mai. Tous deux ont été classés comme cas probable devant l'association de signes cliniques compatibles avec le Sras, d'images interstitielles au scanner et l'élimination d'autres étiologies de pneumopathies infectieuses. La recherche de coronavirus est restée négative. Une recherche de contact a été organisée et le groupe de 19 personnes avec lequel ils avaient voyagé a été placé en isolement ainsi que les personnes avec lesquelles ils avaient été en contact dans les heures précédant l'hospitalisation. Les 2 patients ont quitté l'hôpital et aucun de leurs contacts n'a développé de signes évoquant la maladie.

CONCLUSION

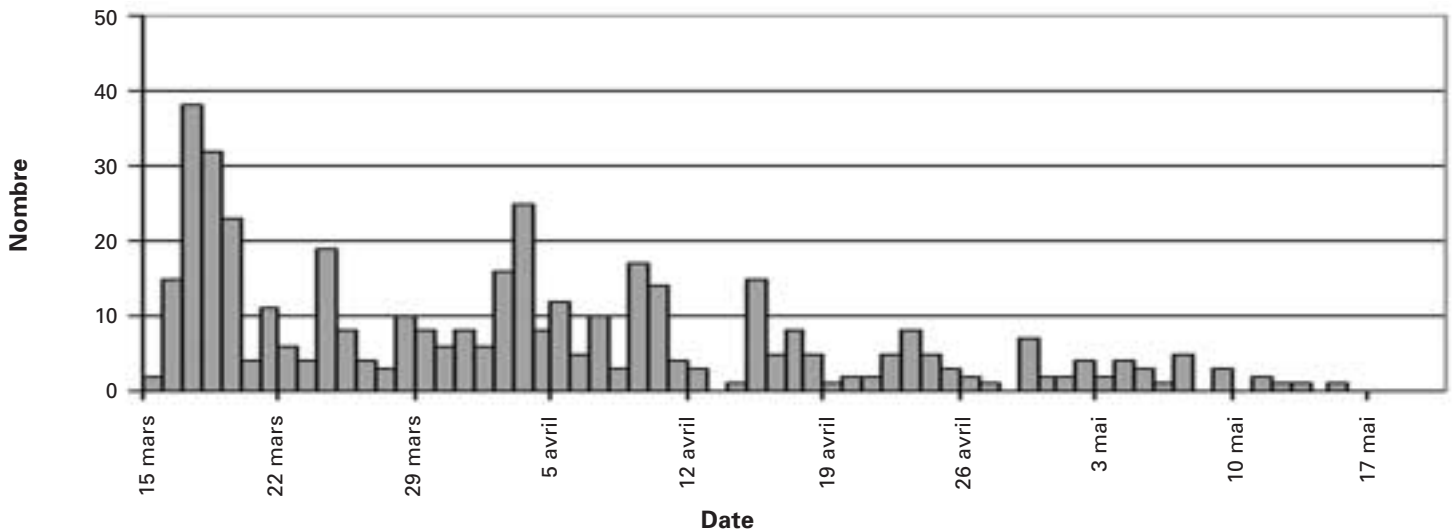
Le système de surveillance mis en place a permis de détecter rapidement les cas index de Sras et les cas co-primaires ou secondaires engendrés.

Aucune transmission locale n'a eu lieu en France. La détection et l'isolement rapide des cas et de leurs contacts ont permis de l'éviter.

Le système de prise en charge des cas de Sras en France s'est inspiré du plan Biotox. La réflexion qui avait précédé l'élaboration de ce plan a permis de gagner un temps considérable et de mettre très rapidement en place le système de prise en charge.

Figure 1

Sras, nombre d'appels téléphoniques reçus à l'Institut de veille sanitaire, mars-mai 2003



Les cas secondaires diagnostiqués en France semblent montrer qu'un contact court suffit à transmettre la maladie. La contamination à distance du passager de l'avion non directement en contact avec le cas index et l'apparente non-contamination de 9 des 10 passagers assis très près du cas s'expliquent mal. L'arrivée d'un test sérologique pourra nous éclairer en précisant la part des formes asymptomatiques du Sras et la diffusion du virus autour d'un cas.

Le coronavirus a été détecté uniquement chez 3 des 7 patients. Deux d'entre eux avaient une exposition documentée à 1 cas probable symptomatique et la négativité des tests peut être liée à un manque de sensibilité des techniques utilisées, à des prélèvements réalisés avant que l'excrétion du virus soit à son maximum, à des prélèvements de mauvaise qualité ou à l'absence de Sras. Les 2 derniers cas probables ont une exposition moins bien documentée. Ils revenaient d'une région de Chine que l'OMS ne considère pas comme zone à risque et aucune exposition à des cas n'a été retrouvée. Il est cependant impossible, à ce stade, d'exclure le diagnostic de Sras. Les tests sérologiques pourront être d'une grande aide pour ces 2 cas.

Deux des 7 patients ont pris l'avion alors qu'ils étaient déjà malades. Dans le premier cas, les mesures de contrôle à l'embarquement n'étaient pas encore en place. Dans le second cas, elles n'ont pas permis d'identifier le malade et confirmer l'importance d'un système de détection sur le territoire de destination qui permet d'identifier rapidement les cas non détectés en amont.

La baisse du nombre de signalements montre que tous les interlocuteurs se sont familiarisés à la gestion de ce nouveau problème. Il se pose, en revanche, la question de la pérennisation d'un tel système. En effet, d'importantes ressources humaines ont été mobilisées en urgence et devront être maintenues tant que persistent des foyers de transmission active, notamment en République de Chine.

* Groupe Sras

Le groupe impliqué dans la prise en charge, la surveillance et l'investigation du Sras est composé de l'Institut de veille sanitaire, des hôpitaux référents de Tourcoing, Bordeaux, Strasbourg, Toulouse, Lyon, Marseille, Paris (Bichat, Pitié, Necker), Rouen, Nancy et Rennes, des services de maladies infectieuses des CHRU de Amiens, Angers, Besançon, Montpellier, Nantes, Nice, Nîmes, Caen, Orléans, Clermont-Ferrand, Poitiers, Dijon, Reims, Grenoble, St Etienne, Limoges, Tours, Toulon, Brest et des CHU de l'Île-de-France, de l'hôpital des Armées de Brest, des Centres nationaux de référence du virus influenzae, de la Direction générale de la santé, du GROG, du Service de médecine du travail d'Air-France, d'Aéroports de Paris, des Cellules interrégionales d'épidémiologie Ouest et Nord et des Directions départementales de l'action sanitaire et sociale du Finistère, du Doubs et d'Ille-et-Vilaine.

Sras

Définition de cas en France au 26 mai 2003

Des définitions de cas de Sras ont été élaborées sur la base des recommandations de l'OMS pour standardiser la recherche de cas, la prise en charge diagnostique et clinique, les mesures de prévention et le suivi de la situation épidémiologique.

CAS POSSIBLE

Toute personne présentant l'ensemble des signes suivants :

- une poussée fébrile (>38°C) ;
- un ou plusieurs signes d'atteinte respiratoire basse (toux, dyspnée, gêne respiratoire, anomalies auscultatoires, anomalies radiologiques si la radiographie pulmonaire a déjà été faite ou désaturation par saturomètre digital si fait) ;
- un ou plusieurs des éléments suivants dans les 10 jours précédant le début des signes :

- retour de zones considérées par l'OMS comme zones où il existe une transmission locale active ; à la date du 26 mai 2003, Singapour, Toronto et plusieurs provinces de Chine : Beijing, Guangdong, Hebei, Hongkong, Hubei, Mongolie intérieure, Jilin, Jiangsu, Shanxi, Shaanxi, Tianjin et Taiwan ; Les Philippines et Hanoï ne font plus partie des zones à risque ;
- notion de contact avec un cas probable : personne ayant soigné ou ayant vécu avec, ou ayant eu un contact face à face, ou ayant été en contact avec des sécrétions respiratoires d'un cas probable.

CAS PROBABLE

Tout cas possible présentant des signes de pneumopathie à la radiographie ou au scanner pulmonaire.

CAS EXCLU

Tout cas possible pour lequel un autre diagnostic explique complètement la symptomatologie ou pour lesquels les 4 critères suivants sont remplis : bon état clinique, absence d'atteinte à la radiographie ou au scanner pulmonaire lors du suivi, absence de lymphopénie et absence de contact avec un cas probable

Si au moins un de ces critères n'est pas rempli, le cas ne peut-être exclu à ce stade et une nouvelle évaluation devra être effectuée trois jours plus tard.

S'il ne répond pas aux critères d'un cas probable, il reste pendant la durée de ce suivi considéré comme cas possible / en cours d'évaluation.