

Procédure COREB - Santé publique France

Recommandations professionnelles pour la prise en charge des personnes - contact « Peste »

Document actualisé au 13 novembre 2017

Procédure susceptible d'évolution en fonction de l'acquisition de données et des connaissances au cours de l'épidémie

Table des matières

1. Contexte	2
2. Objectifs	2
a. Définition des personnes-contact et co-exposées	2
i. Une personne-contact d'un cas de peste pulmonaire	2
ii. Une personne-contact d'un cas de peste bubon	2
iii. Une personne co-exposée	2
3. Recommandations professionnelles pour la prophylaxie post-exposition (PPE) des personnes-contact	3
a. Principes généraux	3
b. Personne-contact d'un patient cas probable ou confirmé	3
c. Personne-contact d'un patient suspect	4
4. Contexte particulier des personnes-contact à Mayotte	5
5. Recommandations professionnelles pour la PPE des personnes- co-exposées	5
6. Autres mesures de protection et recommandations en cas de symptômes	5
Annexe 1 : Tableau résumé des recommandations pour les personnes-contact, ou co-exposées, avec un patient index suspect, cas probable ou cas confirmé de peste	6
Annexe 2 – Exemple de Note pour information d'une personne contact d'un patient suspect de peste non traitée	7
Annexe 3 – Exemple de Note pour information du médecin traitant d'une personne contact d'un patient suspect de peste, non traitée	8
Annexe 4 – Exemple de Note pour information de la personne contact d'un cas probable ou confirmé de peste	9
Annexe 5 – Exemple de Note pour information du médecin traitant d'une personne contact d'un cas probable ou confirmé de peste	10

1. Contexte :

Cette procédure a été élaborée par la mission nationale COREB et Santé publique France (SpF) à la demande de la Direction Générale de la Santé (DGS), dans le cadre de l'alerte Peste à Madagascar. Elle complète la fiche radar Peste, diffusée le 6 octobre 2017, que ce soit en milieu communautaire ou hospitalier (cf fiche radar COREB : <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/coreb/fiche-radar-peste-coreb-vf-6-oct-actu-13-nov-2017.docx>).

Il est rappelé que :

- ☞ cet épisode de peste est inhabituel par ses formes pulmonaires contagieuses surreprésentées par rapport à l'état endémique « habituel », et par la diffusion aux centres urbains,
- ☞ un patient atteint de **peste pulmonaire** est contagieux *via* les sécrétions respiratoires en milieu communautaire, ou particules aérosolisées dans certaines des circonstances de soins comme les gestes d'intubation/extubation ; la kinésithérapie respiratoire ; les aspirations trachéales...
La durée d'incubation de cette forme clinique est de 1 à 4 jours.

De façon exceptionnelle un patient atteint de **peste bubonique** peut être contagieux en cas de contact avec le suppurât du bubon.

La durée d'incubation de la forme bubonique est de 2 à 5 jours.

2. Objectifs :

Cette procédure définit les personnes-contact et co-exposées à des patients atteints de peste (cf définition de cas) et propose une conduite à tenir pour ces personnes.

a. Définition des personnes-contact et co-exposées

- i. Une personne-contact d'un cas de peste pulmonaire est une personne asymptomatique qui :
 1. a été en **contact rapproché** (face-à-face, à moins de 2 mètres) sans mesures de protection avec un cas suspect, probable ou confirmé de peste **pulmonaire**, jusqu'à 3 jours après le début d'un traitement efficace ;
 2. a voyagé dans le même avion, sur un siège situé sur le même rang, ou les rangs immédiatement à deux mètres devant ou derrière un cas suspect, probable ou confirmé de peste **pulmonaire**, non traité ou traité par un traitement efficace de la peste depuis moins de 3 jours ;
- ii. Une personne-contact d'un cas de peste bubonique est une personne asymptomatique qui :
 - a été exposée, par voie cutanée ou muqueuse avec le suppurât du bubon (comprenant les accidents d'exposition au sang des soignants en cas de bactériémie chez le patient index), sans mesures de protection, d'un cas suspect, probable ou confirmé de peste, jusqu'à 3 jours après le début d'un traitement efficace ;
- iii. Une personne co-exposée est une personne asymptomatique qui a séjourné à Madagascar dans les mêmes bâtiments, et exposée aux mêmes sources qu'un cas probable ou confirmé de peste.

L'estimation du risque de contamination peut être difficile lors du premier interrogatoire effectué par le premier soignant rencontré par la personne, et peut nécessiter une réévaluation clinique et épidémiologique.

Le risque de contamination est considéré comme négligeable pour :

- un contact ou une co-exposition survenue plus de 7 jours après le début des symptômes du patient index (durée maximale d'incubation de la peste),
- les personnes ne répondant pas à la définition de personnes-contact ou co-exposées.

Dans ces situations, il est proposé qu'une information adaptée soit donnée à ces personnes, en prenant en considération leur éventuelle anxiété, sans autre mesure particulière.

Pour un patient index suspect, probable ou confirmé de peste :

Une liste de personnes-contacts pressenties doit être établie sous la responsabilité de l'ARS. Cette liste sera consolidée dès la confirmation du diagnostic de peste pour le patient index, et complétée par une recherche active d'autres personnes-contact éventuels.

3. Recommandations professionnelles pour la prophylaxie post-exposition (PPE) des personnes-contact

a. Principes généraux

- i. La conduite à tenir dépend du degré de certitude du diagnostic du patient index.
- ii. Si le patient index est suspect de peste, les actions proposées peuvent être modulées en fonction de plusieurs éléments définis au paragraphe 3 c. De ce fait, dans certaines situations, la conduite proposée ci-dessous peut s'appuyer sur une réunion de concertation pluridisciplinaire. En particulier, chez le jeune enfant et la femme enceinte, il peut être utile d'analyser la balance bénéfices-risques (effets indésirables des antibiotiques) de façon détaillée pour une prescription individualisée.
- iii. Dans toutes les situations où la communication avec la personne-contact est difficile (barrière linguistique, absence de domicile fixe), l'ARS doit mettre en œuvre les moyens nécessaires pour faciliter cette communication : mise à disposition d'interprète, proposition d'hébergement...
- iv. Pour toutes les personnes qui auront été identifiées comme personnes-contact ou co-exposées, une évaluation initiale médicale téléphonique avec l'ARS est nécessaire, afin de vérifier l'absence de symptômes débutants compatibles avec une peste (cf fiche radar COREB).

En l'absence de symptômes évocateurs de peste lors de cette évaluation initiale, le protocole de traitement et de suivi des personnes-contact ou co-exposées est débuté selon les modalités décrites ci-dessous.

b. Personne-contact d'un patient cas probable ou confirmé

Toute personne-contact identifiée doit recevoir une PPE systématique.

► **Consultation en urgence** : le patient est dirigé directement vers un service d'infectiologie, contacté au préalable, pour évaluation clinique, PPE et suivi en ambulatoire. Le déplacement de la personne-contact est possible sans restriction.

► **PPE : durée = 7 jours**

- antibioprofylaxie de première intention, en l'absence de contre-indications – **Adultes** :
 - ciprofloxacine per os : 500 mg deux fois par jour
 - ou lévofloxacine per os : 500 mg une fois par jour.

Alternative :

- doxycycline per os : 100 mg deux fois par jour.
- Traitement de première intention, en l'absence de contre-indications – **Enfants de moins de 15 ans :**
 - ciprofloxacine per os : 20 mg/kg deux fois par jour (sans dépasser la dose adulte) ; 15 mg/kg deux fois par jour pour le nourrisson.

Alternative :

- doxycycline per os chez l'enfant de plus de 8 ans : 4 mg/kg deux fois par jour (sans dépasser la dose adulte).
- trimethoprime / sulfamethoxazole : 20 mg/kg 2 fois par jour.

Chez la femme enceinte : la ciprofloxacine peut être prescrite dans cette indication pendant toute la grossesse; le trimethoprime /sulfamethoxazole peut également être utilisé à partir du deuxième trimestre.

La délivrance des antibiotiques est à la charge de l'hôpital dans lequel été réalisée la consultation initiale en quantité suffisante pour 7 jours (appui possible de l'ARS/DGS si besoin). En cas de refus de la PPE par une personne-contact (incompréhension, barrière linguistique...), l'ARS et la DGS devront être informées afin que les mesures de gestion adaptées soient mises en œuvre sous l'égide des autorités sanitaires.

► Suivi

- Information de la personne-contact et de son médecin traitant (avec l'accord de la personne-contact) sur les symptômes à surveiller : fièvre et/ou signes respiratoires ou adénopathies (annexe 2 et 3),
- Suivi actif par téléphone par l'ARS toutes les 48 heures avec vérification de l'absence de symptômes,
- Prescription de masques et thermomètre si nécessaire.

c. Personne-contact d'un patient suspect

L'incertitude du diagnostic d'un patient index suspect de peste peut compliquer la conduite à tenir vis-à-vis de la personne-contact. Celle-ci peut dépendre d'éléments associés à la fois au patient index et à la personne-contact, du délai nécessaire pour le diagnostic microbiologique du patient suspect et des mesures de prévention qui ont été mises en œuvre dès le début de la prise en charge.

Elle peut nécessiter une seconde évaluation visant à compléter ou valider des informations épidémiocliniques afin de mieux estimer le risque de contamination de la personne-contact.

Cette estimation pourra considérer les conditions de son exposition, type, durée, proximité et le niveau de suspicion du patient index, mesures de protection adaptées, présentation clinique, circonstances d'exposition, et possible diagnostic alternatif.

Concrètement, la décision peut s'orienter selon le schéma suivant :

- Si le patient suspect présente un tableau typique de pneumonie avec toux et expectoration, ou une adénopathie fistulisée avec suppuration, une PPE est prescrite à la personne-contact.
- Dans les autres situations, tableau d'infection respiratoire atypique (absence de fièvre, absence de signes francs de pneumonie), la décision de prescrire la PPE doit être discutée au cas par cas et doit tenir compte du délai de confirmation microbiologique du diagnostic du patient index, et de la suspicion d'un diagnostic alternatif.

La décision peut être consolidée par le recours, en ce cas, à une concertation pluridisciplinaire. Cette concertation, associe le médecin prenant en charge le patient index ; l'infectiologue de l'établissement de santé (ES) CHU ou ESR le plus proche, avec le médecin de l'ARS, et selon besoin, le microbiologiste, le CNR *Yersinia*, un épidémiologiste, et tout autre expert approprié : pédiatre, obstétricien, hygiéniste, médecin de santé au travail...

Il est rappelé que l'interprétation du résultat microbiologique est à réaliser par l'infectiologue contacté en lien avec le microbiologiste, et le cas échéant le CNR, en tenant compte des performances du test, de la qualité du prélèvement diagnostique et du contexte clinico-épidémiologique.

4. Contexte particulier des personnes-contact à Mayotte

Compte tenu d'un délai diagnostique plus long chez le patient index (envoi des échantillons vers l'île de la Réunion pour la PCR), il est recommandé de mettre en place d'emblée la PPE pour toutes les personnes-contact dans l'attente de la confirmation microbiologique.

5. Recommandations professionnelles pour la PPE des personnes- co-exposés

L'évaluation du risque de contamination est complexe dans ces situations, il n'est pas proposé de PPE. Les personnes-co-exposées doivent faire l'objet d'une information adaptée permettant le dépistage précoce des premiers signes cliniques évocateurs. Elles doivent être identifiées et joignables.

6. Autres mesures de protection et recommandations en cas de symptômes

Les personnes-contact et co-exposées ne sont pas contagieuses et ne doivent pas faire l'objet de mesures d'éviction, d'isolement ou de limitation de leurs activités ou de leurs déplacements, notamment le port du masque n'est pas nécessaire. Il leur est cependant recommandé de rester joignables sur le territoire national jusqu'à sept jours après le dernier contact.

En cas d'apparition de symptômes compatibles avec une peste, la personne-contact ou co-exposée devient patient suspect. Ceci entraîne la mise en place des mesures de protection appropriées et l'appel au SAMU - Centre 15 pour orientation vers une consultation d'infectiologie en urgence. Le patient suspect ne doit pas se rendre par ses propres moyens à chez un médecin de ville ou à l'hôpital.

Annexe 1 : Tableau résumé des recommandations pour les personnes-contact, ou co-exposées, avec un patient index suspect, cas probable ou cas confirmé de peste

Personne-contact			Personne co-exposée	
avec un patient index cas probable ou cas confirmé	avec un patient index suspect		à Mayotte	à Madagascar
	Tableau clinique typique	Tableau clinique atypique		
PPE* - 7 jours Information	PPE - 7 jours Information	Discussion PPE au cas par cas, concertation pluridisciplinaire conseillée**	PPE - 7 jours Information	Information

* PPE : prophylaxie post-exposition ;

** Concertation comprenant : le médecin prenant en charge le patient index, l'infectiologue de l'établissement de santé (ES) CHU ou ESR, le médecin de l'ARS, et selon besoin, le microbiologiste, le CNR *Yersinia*, un épidémiologiste, et tout autre expert approprié.

Annexe 2 – Exemple de Note pour information d’une personne contact d’un patient suspect de peste non traitée

CONSEILS aux PERSONNES-CONTACT d’un PATIENT SUSPECT de PESTE, NON TRAITEES

Madame, Monsieur,

Vous avez été en contact avec un patient suspect de peste en cours d’investigation.

Le risque que vous développiez des symptômes a été jugé comme extrêmement faible.

Vous devez néanmoins appeler le SAMU - centre 15, si vous présentiez l’un des symptômes suivants, dans les 7 jours suivant le dernier contact :

- Fièvre
- Douleur dans la poitrine, toux, difficulté à respirer
- Ganglion augmenté de volume et douloureux

Un thermomètre peut vous être fourni pour surveiller votre température.

Si vous présentez une toux ou une gêne respiratoire, il vous sera demandé de porter un masque jusqu’à la prise en charge hospitalière remis avec cette note).

Pendant cette semaine de suivi, vous allez recevoir un appel téléphonique par une personne de l’Agence Régionale de Santé toutes les 48 heures qui permettra de faire le point sur votre état de santé et de répondre à vos questions.

Il vous est suggéré de rester joignable sur le territoire pendant 7 jours afin, de vous transmettre, si besoin, de nouvelles informations pouvant vous concerner.

Annexe 3 – Exemple de Note pour information du médecin traitant d'une personne contact d'un patient suspect de peste, non traitée

Chère Consœur, Cher Confrère,

Votre patient(e), Madame/Monsieur....., a été en contact avec un patient suspect de peste en cours d'investigation.

- ☞ Un patient atteint de **peste pulmonaire** est contagieux *via* les excréments respiratoires ou particules aérosolisées, dans certaines les circonstances de soins comme les gestes d'intubation/extubation ; la kinésithérapie respiratoire ; les aspirations trachéales... La durée d'incubation de cette forme clinique est de 1 à 4 jours.

De façon exceptionnelle un patient atteint de **peste bubonique** peut être contagieux en cas de contact avec le suppurât du bubon. La durée d'incubation de la forme bubonique est de 2 à 5 jours.

Au-delà de 7 jours après un contact supposé, le risque est négligeable.

Pour votre patient, le risque a été jugé suffisamment faible pour ne pas lui proposer d'emblée de prophylaxie post exposition (PPE). Il lui est toutefois recommandé de surveiller l'apparition des premiers signes : fièvre, signes respiratoires de pneumonie (douleur thoracique, gêne respiratoire, toux, expectorations) ou d'adénopathie douloureuse, après un séjour à Madagascar.

Devant l'apparition de symptômes évocateurs, il est recommandé :

- de fournir au patient et de lui recommander le port d'un masque chirurgical
- de préciser les symptômes et leur date d'apparition
- de lui recommander de s'isoler à son domicile en attente de la prise en charge
- de contacter le SAMU - centre 15 afin d'établir la conduite à tenir.

☞ fiche radar « Dépistage et 1ères mesures pour un patient suspect de peste » :

<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/coreb/fiche-radar-peste-coreb-vf-6-oct-actu-13-nov-2017.docx>

Annexe 4 – Exemple de Note pour information d'une personne contact d'un patient cas probable ou confirmé de peste

CONSEILS aux PERSONNES-CONTACT d'un CAS PROBABLE OU CONFIRME de PESTE

Madame, Monsieur,

Vous avez été en contact avec un patient atteint de peste le /_____/, à

Le risque que vous développiez des symptômes a été jugé comme non négligeable, et c'est pourquoi il vous est proposé un traitement antibiotique destiné à prévenir l'apparition de la maladie.

Une ordonnance et des antibiotiques vous ont été remis par le Dr _____
Il est impératif de débiter le traitement dès aujourd'hui, et de le poursuivre jusqu'à sa fin, même en l'absence de symptômes et même si vous vous sentez bien.

En outre, il vous est recommandé de prendre et noter votre température 2 fois par jour jusqu'au /_____/.

En cas de symptômes (fièvre, difficultés à respirer, toux, ganglion augmenté de taille et douloureux), vous devez appeler immédiatement le SAMU - centre 15, et préciser qu'un traitement préventif de la peste vous a été prescrit.

Si vous présentez d'autres symptômes tels que de la diarrhée par exemple, n'interrompez pas le traitement, et appelez votre médecin ou le 15 afin de discuter de la conduite à tenir.

Un thermomètre peut vous être fourni pour surveiller votre température.

Si vous présentez une toux ou une gêne respiratoire, il vous sera demandé de porter un masque jusqu'à la prise en charge par un hôpital (remis avec cette Note).

Un appel téléphonique par une personne de l'Agence Régionale de Santé toutes les 48 heures permettra de faire le point sur votre état de santé et de répondre à vos questions.

Il vous est demandé de rester joignable sur le territoire pendant 7 jours, afin de vous transmettre, si besoin, de nouvelles informations pouvant vous concerner.

Annexe 5 – Exemple de Note pour information du médecin traitant d'une personne contact d'un patient un cas probable ou confirmé de peste

Chère Consoeur, Cher Confrère,

Votre patient(e), Madame/Monsieur....., a été en contact avec un cas probable ou confirmé de peste.

- ☞ Un patient atteint de **peste pulmonaire** est contagieux *via* les excréments respiratoires ou particules aérosolisées, dans certaines les circonstances de soins comme les gestes d'intubation/extubation ; la kinésithérapie respiratoire ; les aspirations trachéales... La durée d'incubation de cette forme clinique est de 1 à 4 jours.

De façon exceptionnelle un patient atteint de **peste bubonique** peut être contagieux en cas de contact avec le suppurât du bubon. La durée d'incubation de la forme bubonique est de 2 à 5 jours.

Au-delà de 7 jours après un contact supposé, le risque est négligeable.

Pour votre patient, le risque de contamination a été jugé non négligeable et un traitement post exposition lui a été prescrit pour 7 jours et délivré. Il lui est toutefois recommandé de surveiller l'apparition éventuelle des premiers signes, fièvre, signes de pneumopathie ou adénopathie douloureuse, en cas de piqûre de puce.

Devant l'apparition de symptômes évocateurs, il est recommandé :

- de fournir au patient et de lui recommander le port d'un masque chirurgical
- de préciser les symptômes et leur date d'apparition
- de lui recommander de s'isoler à son domicile en attente de la prise en charge
- de contacter le SAMU - centre 15 afin de d'établir la conduite à tenir.

☞ fiche radar « Dépistage et 1ères mesures pour un patient suspect de peste » :
<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/coreb/fiche-radar-peste-coreb-vf-6-oct-actu-13-nov-2017.docx>