



*Préparation et riposte
à la grippe humaine
A/H1N1*

Manuel de procédures

11 mai 2009

Sommaire

Page

I. Introduction et contexte	3
<i>Fiche n°1 : Définitions cliniques et épidémiologiques</i>	5
<i>Fiche n°2 : Procédures de la surveillance épidémiologique</i>	7
<i>Fiche n°3 : Mesures et procédures au niveau des points d'entrée au territoire</i>	9
<i>Fiche n°4 : Confirmation Virologique</i>	12
<i>Fiche n°5 : Prise en charge d'un cas possible</i>	14
<i>Fiche n°6 : Conduite à tenir devant un cas possible</i>	16
<i>Fiche n°7 : Transport du cas possible</i>	17
<i>Fiche n°8 : Isolement des malades</i>	19
<i>Fiche n°9 : Mesures barrières sanitaires</i>	22
<i>Fiche n°10 : Principales règles d'hygiène face au risque épidémique</i>	24
<i>Fiche n°11 : La désinfection des surfaces et des locaux en milieu de soins</i>	25
<i>Fiche n°12 : Gestion des déchets</i>	28
Annexes	30

I. Introduction et contexte

La grippe est une infection respiratoire aiguë d'origine virale très contagieuse qui peut toucher l'Homme et plusieurs espèces animales notamment les oiseaux et le porc.

Elle est sans gravité pour la population en parfaite santé, mais peut exposer à de graves complications les personnes aux âges extrêmes de la vie et/ou fragilisées par une maladie chronique.

Elle évolue sur un mode épidémique saisonnier, mais des pandémies grippales peuvent avoir lieu à intervalles de temps plus au moins réguliers comme ce fût le cas dans les années 1918, 1957 et 1968.

Une pandémie de grippe est définie comme une forte augmentation des cas dans le temps et dans l'espace, avec une proportion plus importante de cas graves et mortels que lors d'une grippe saisonnière, ainsi que des perturbations économiques et sociales considérables.

Elle résulte de l'introduction chez l'espèce humaine, le plus souvent à partir d'un réservoir animal, d'un virus grippal complètement nouveau vis-à-vis duquel la population humaine n'est pas encore immunisée.

Contexte actuel

Le monde fait face actuellement à une épidémie de grippe humaine d'origine porcine (porc) déclarée au Mexique avec un taux de létalité autour de 4%, ayant touché par la suite plusieurs pays dans le monde. Le taux de létalité dans ces pays reste très faible, et se situe entre 0 et 0,1%.

L'agent responsable de cette épidémie de grippe est un virus de type A/H1N1 dont la transmission interhumaine est avérée.

Selon l'évaluation de l'Organisation Mondiale de la Santé, la situation actuelle constitue une urgence de santé publique de portée internationale au sens du Règlement Sanitaire International 2005.

Concernant les mesures de santé publique et conformément aux dispositions de ce Règlement, le directeur général de l'OMS recommande que tous les pays intensifient la surveillance de flambées inhabituelles de maladies de type grippal et de pneumonies sévères.

L'OMS considère, à ce jour, que le monde est dans la phase 5 d'une échelle de 1 à 6 et ne recommande pas de restriction du trafic international.

A l'échelle nationale, l'intervention du Ministère de la Santé s'inscrit dans le cadre du plan National de Préparation et de Riposte à une éventuelle Pandémie de grippe humaine, articulé autour des axes stratégiques suivants :

1. Planification et coordination ;
2. Surveillance et évaluation de la situation;
3. Prévention et mesures visant à contenir la dissémination du virus
4. Réponse du système de santé ;
5. Communication.

Cependant, malgré qu'aucun cas possible ou confirmé de grippe humaine de type A/H1N1, n'a été signalé au Maroc, et pour protéger notre pays d'une éventuelle introduction du virus, le Ministère de la Santé a élaboré un ensemble de procédures, organisées dans le présent manuel.

Ces procédures élaborées par des experts nationaux en la matière, en se référant aux normes et standards définis par l'organisation mondiale de la santé, visent à apporter aux professionnels de santé les éléments nécessaires pouvant guider leur intervention, notamment en ce qui concerne la surveillance épidémiologique, les modalités de prise en charge et de transport et les mesures de protection et d'hygiène.

La partie relative à l'information, l'éducation et la communication est en cours de finalisation. Sa diffusion est prévue après l'élaboration des différents outils et instruments nécessaires à toute action de communication.

Le contenu de ce manuel est susceptible de subir des modifications et des mises à jours compte de l'évolution de la situation mondiale et nationale ainsi que l'état d'avancement de l'état des connaissances en la matière.

Définitions cliniques et épidémiologiques

1. Définition clinique

Tableau clinique :

- Apparition brutale ;
- Incubation de 2 à 8 jours ;
- Fièvre supérieure à 38°C, frissons, malaise, sueurs profuses, céphalées, myalgies ;
- Toux, douleurs pharyngées, catarrhe nasal ;
- Photophobie, douleurs et sensation de brûlure, manque d'appétit, parfois signes digestifs (vomissements, diarrhée) ;
- L'évolution d'une grippe non compliquée se fait, généralement, vers une guérison en quelques jours mais une toux et une asthénie peuvent persister pendant quelques semaines ;
- Parfois survenue des complications (infections des voies respiratoires basses, y compris la pneumonie et les infections respiratoires aiguës sévères (IRA) qui peuvent être fatales.

Transmission :

- La grippe se transmet directement de personne à personne par des gouttelettes projetées dans l'air par la toux ou l'éternuement d'une personne déjà infectée ;
- Le virus de la grippe peut également se transmettre indirectement par le biais des mains et des surfaces souillées par les personnes infectées.

Traitements anti-viraux:

- La plupart des cas de grippe A/H1N1 jusqu'à maintenant notifiés ont montré un rétablissement complet sans assistance médicale ni traitement antiviral spécifique ;
- Néanmoins, des antiviraux efficaces contre la grippe sont disponibles et permettent de prévenir et de traiter efficacement cette maladie. Il existe deux classes d'antiviraux :
 - les adamantanes (amantadine et rimantadine) ;
 - les inhibiteurs de la neuraminidase des virus grippaux (oseltamivir et zanamivir) ;
- Il est à signaler que les virus obtenus à partir des cas de grippe A/H1N1 récemment dépistés chez l'homme, étaient sensibles à l'oseltamivir et au zanamivir mais résistants à l'amantadine et à la rémantadine.

Prévention primaire :

- Il n'existe aucun vaccin contre le nouveau sous type du virus grippal A/H1N1 ;
- On ignore si les vaccins contre la grippe saisonnière peuvent conférer une protection.
- Les virus grippaux évoluent très rapidement. Il est important de mettre au point un vaccin contre la souche virale qui circule actuellement, de façon qu'il confère une protection maximum aux sujets vaccinés.
- C'est pourquoi l'OMS doit avoir accès au plus grand nombre de virus possibles pour pouvoir mettre au point le vaccin approprié dans les délais optimum.

2. Définitions épidémiologiques : définition du cas¹

Cas possible :

- Personne (**vivante ou décédée**) présentant, ou ayant présenté, une maladie aiguë et inexpliquée du bas appareil respiratoire, avec fièvre (température $\geq 38^{\circ}\text{C}$) et toux ou difficulté à respirer **et** au moins un lien épidémiologique avec un cas confirmé ou probable dans les **10 jours** précédant le début des symptômes :
 - Contact à moins de 1 mètre (soigner, toucher, parler avec...) d'une personne index d'être infectée par le nouveau sous type de virus A/H1N1 ;
 - Retour d'un pays (liste quotidiennement mise à jour et communiquée) où il y a notion de circulation communautaire active du même sous-type de virus.

Cas probable :

- C'est un cas possible dont le **test est positif pour la grippe à virus de type A** sans toutefois que le sous type puisse être déterminé à l'aide de réactifs utilisés pour le dépistage du virus de la grippe saisonnière ;

Cas confirmé :

- Toute personne répondant aux critères de cas possible confirmé biologiquement par un laboratoire national de référence.

NB : Dans l'état actuel d'absence de cas au niveau national, seules les définitions « **cas possible** » et « **cas confirmé** » sont à retenir.

¹ **N.B :**

Ces définitions sont inspirées des recommandations de l'OMS, compte tenu du niveau actuel des connaissances, en les adaptant au contexte épidémiologique marocain.

Elles sont valables durant la période d'alerte à la pandémie et risquent de subir des mises à jour à tout moment.

Elles sont préconisées pour les besoins de la déclaration immédiate et de l'investigation épidémiologique qui devra s'en suivre.

Procédures de la surveillance épidémiologique

Circonstances de suspicion

Une grippe humaine due au nouveau sous type de virus A/H1N1 devra être suspectée chez tout malade répondant à la définition de cas (fiche technique N°1) et ce par tous les professionnels de santé publics et privés. La suspicion peut avoir lieu dans différentes circonstances :

- Lors d'une consultation médicale : Centre de Santé, Cabinet Privé, Service des urgences, centre de consultation externe, ...
- Dans un service hospitalier : médecine, pneumologie, réanimation, pédiatrie, ...
- Au niveau d'un point d'entrée au territoire ;
- Lors d'un constat de décès.

Procédures de la surveillance épidémiologique

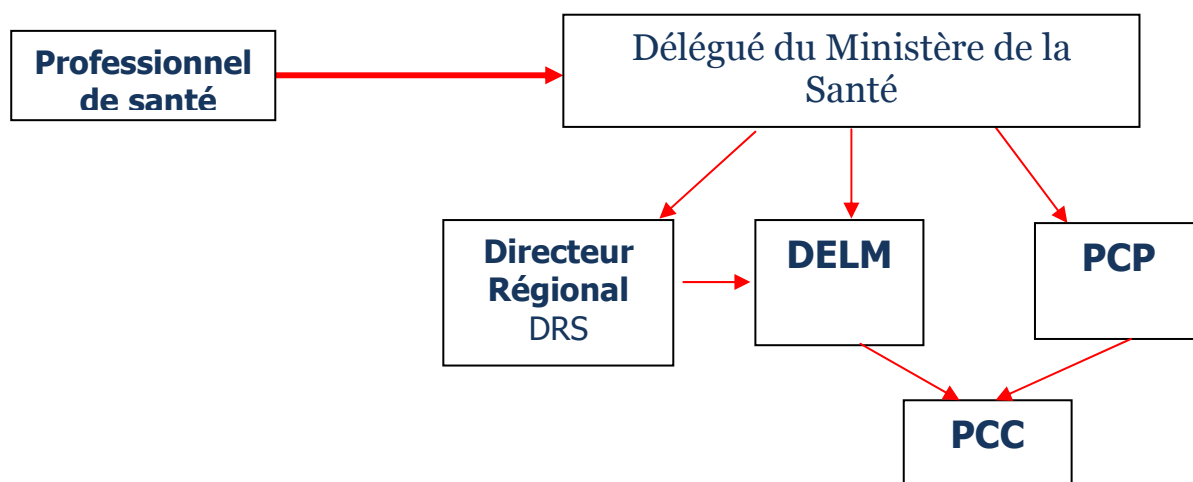
Objectifs

La surveillance épidémiologique visera essentiellement les objectifs suivants :

- Détecter précocement les premiers cas de grippe A/H1N1 ;
- Confirmer les cas ;
- Identifier la source de l'infection ;
- Détecter précocement d'autres cas dans l'entourage ;
- Mettre en évidence une éventuelle transmission interhumaine.

A la moindre suspicion, le professionnel de santé fait une **déclaration immédiate par téléphone** à la délégation du Ministère de la Santé concernée (Cf. liste des Délégations).

Au même moment que commencent les premières investigations, une notification du cas se fera selon le schéma ci-dessous :



Modalités de la surveillance

Aussitôt le cas déclaré, une investigation épidémiologique est entreprise par l'équipe de la Cellule Provinciale d'Epidémiologie, appuyée par les cadres de l'ORS.

En plus de la collecte des données démographiques, cliniques et épidémiologiques, l'investigation devra comporter les informations relatives à la confirmation biologique (voir annexe n° 3).

Une surveillance active sera menée au profit des personnes contacts du cas possible définies comme suit :

- *Toute personne ayant été en contact étroit (Relation intime, activités de soins ou de prélèvement, vie sous le même toit...) avec le cas après l'apparition des symptômes et sans mesures de précaution respiratoire ;*
- *Toute personne ayant été à moins d'un mètre du cas (saluer, parler avec...) de manière répétée ou prolongée et sans mesures de protection respiratoire.*

Quatre types de supports seront utilisés par les équipes chargées de mener l'investigation épidémiologique d'un cas possible :

- *Dossier individuel d'investigation d'un cas possible (Annexe 3) ;*
- *Fiche individuelle de suivi d'une personne contact (Annexe 4) ;*
- *Liste des personnes contacts (Annexe 5) ;*
- *Rapport journalier de suivi des personnes contacts (Annexe 6).*

Grippe sous type A/H1N1 :

Mesures et procédures au niveau des points d'entrée au territoire

Les mesures décrites ci-dessous s'inspirent des dispositions du Règlement Sanitaire International (2005) - (RSI(2005)), des lignes directrices de l'OMS et de celles de l'Organisation de l'Aviation Civile Internationale (OACI) destinées aux Etats concernant la gestion des maladies transmissibles présentant un risque grave pour la santé publique.

Les mesures à prendre au niveau des points d'entrée au territoire s'articulent sur les points suivants :

A- Mesures d'ordre général

Si un cas est suspecté à bord d'un aéronef ou navire, le responsable du SCSF, dans le cadre de sa mission de contrôle et de police sanitaire, doit exiger, selon le moyen de transport, le remplissage du document de la partie relative aux questions sanitaires de la Déclaration Générale de l'Aéronef ou la Déclaration Maritime de Santé (annexes 9 et 8 du RSI (2005)).

Le débarquement des passagers et des marchandises ne sera opéré qu'après la délivrance de la libre pratique accordée par l'officier de santé en fonction de l'état sanitaire des passagers ou du risque constaté.

En cas de suspicion d'un cas à bord d'un aéronef, et en vue d'aider à repérer les contacts du passager malade, la fiche individuelle de suivi de contact (annexe 4) sera utilisée.

B- Mesures durant la phase 5

- Renforcement de la surveillance épidémiologique et du contrôle avec dépistage systématique pour les voyageurs en provenance des zones affectées. Les outils de dépistage (détecteurs de température, etc.) devront être installés avant le contrôle des passeports par la police (si la configuration du point d'entrée le permet).
- Les professionnels de santé ainsi que les autres intervenants stratégiques, doivent observer les mesures de protection individuelle en vigueur (masque FFP II, gants latex, etc.) ;
- Sur les vols provenant des régions touchées, si un cas est suspecté à vol, des masques chirurgicaux doivent être offerts, à tous les passagers à bord, sinon lors du débarquement ;
- Remplissage systématique, à bord d'un aéronef ou d'un navire provenant de pays à transmission communautaire active de la maladie (sinon après débarquement), des fiches de renseignements individuels selon le modèle présenté en annexe (annexe 2) ;
- Isolement des cas suspectés en se conformant aux mesures décrites dans la fiche n° 8 ;
- Le stationnement, si nécessaire, du moyen de transport dans une zone d'isolement désignée par l'autorité aéroportuaire ;
- La désinfection / décontamination systématique du moyen de transport où des cas ont été détectés ;
- La prise en charge des personnes contacts se fera selon les procédures arrêtées au niveau de la Fiche technique n°5.

C- Contrôle sanitaire des cas suspects de grippe A/H1N1

1. Présence d'un cas suspect à bord d'un aéronef

Une fois informé d'une présence de cas suspect de grippe A/H1N1, Les services de la circulation aérienne, doivent :

- Transmettre immédiatement l'information à la permanence de l'aéroport et au service de contrôle sanitaire aux frontières ;
- Diriger l'aéronef en question vers le poste de stationnement isolé de l'aéroport.

Une fois l'aéronef immobilisé au poste de stationnement isolé :

- L'accès à bord est réservé uniquement aux membres de l'équipe médicale ;
 - Le débarquement des passagers se fera en premier et le patient suspect débarquera en dernier lieu, selon les consignes du Médecin en charge :
1. Si l'évaluation préliminaire de l'équipe médicale exclut le cas possible, le patient est pris en charge par cette équipe ou sera référé, selon le cas, aux services sanitaires compétents de la Délégation du Ministère de la santé à la province ou préfecture ;
 2. Si l'évaluation médicale préliminaire conclut que le passager est un cas possible, les mesures suivantes doivent être prises :
 - Le cas possible est pris en charge par le service de contrôle sanitaire aux frontières en coordination avec la préfecture concernée, avec transfert vers l'hôpital de référence selon les procédures en vigueur ;
 - Toutes les personnes qui sont entrées en contact avec le cas possible doivent être identifiées (Annexe 5).
 - La désinfection de l'aéronef doit être effectuée sous la supervision des membres de l'équipe du service de contrôle sanitaire aux frontières.

2. Cas possible détecté à l'Arrivée de l'aéronef

Placer le passager « cas possible » en isolement afin d'évaluer son état :

- Si l'évaluation médicale exclut le cas possible, sans notion de voyage dans les 10 jours précédents dans une zone avec transmission communautaire active, le Médecin du SCSF décidera de la suite à donner selon le cas ;
- Si l'évaluation médicale exclut le cas possible, avec notion de voyage dans les 10 jours précédents dans une zone avec transmission communautaire active, les voyageurs feront l'objet d'une surveillance active, devant s'opérer au moins pendant 10 jours par rapport à la date de départ par les services de la délégation concerné (CPE, ORS)
- Si l'évaluation médicale préliminaire conclut que le passager est un cas possible, les mesures suivantes doivent être prises :
 - Prendre en charge le patient selon la procédure de prise en charge en vigueur (fiches n° 5 et 6) ;
 - Collecter toutes les informations concernant les personnes ayant été en contact avec le patient (annexe n° 4) ;
 - Les cas possibles sont référés (fiche n° 7) vers l'hôpital de référence pour une prise en charge en respectant toutes les procédures de protection en vigueur.

3. Voyages maritimes et terrestres

Les procédures de signalement et de prise en charge lors de voyages maritimes s'inspirent de celles prévues pour les voyages aériens mais doivent être adaptées en fonction de la localisation du navire par rapport au prochain port d'escale.

A l'arrivée du navire, en respectant les mesures de protection en vigueur on procédera comme suit :

- Isolement du cas suspect (avec port de masque chirurgical) à l'infirmierie de bord ou au quai ;
- Port de moyens de protection (masque FFP2, gants, lunettes de protection...) pour les personnes qui s'occuperont du ou des cas suspect ;
- Isolement temporaire des passagers et de l'équipage (IEC à bord) jusqu'à l'arrivée, si nécessaire, de l'équipe sanitaire provinciale ou préfectorale d'intervention ;
- L'équipe du SCSF avec l'équipe d'intervention s'occuperont du :
 - Transfert sécurisé du ou des malades au Centre hospitalier provincial (Hôpital désigné à cet effet) ;
 - Investigation épidémiologique auprès des contacts et de l'équipage ;
 - Suivi de toutes les personnes débarquées
- Si besoin et selon la situation, désinfection du navire (évaluation du besoin par l'équipe du Service de Contrôle Sanitaire au point d'entrée)
- Quarantaine du navire si indiquée :
 - Navire de marchandise : Garder le en rade
 - Navire à passagers : l'interdiction de l'accostage ou l'accostage dans une zone de quarantaine peut être envisagée selon le cas et en coordination avec le Délégué et le Directeur Régional de la Santé.

Un cas détecté au sol sera traité selon les procédures décrites pour un cas détecté à l'arrivée de l'aéroport.

Pour les voyageurs terrestres

Au niveau des frontières terrestres, il sera aussi procédé à la recherche systématique de cas possibles.

Un cas détecté à ce niveau sera également traité selon les procédures décrites pour un cas détecté à l'arrivée de l'aéroport.

Confirmation Virologique

Le kit de prélèvement viral est destiné aux professionnels de santé réalisant des prélèvements naso-pharyngés sur des patients classés « **cas possible** » de grippe due au nouveau sous-type de virus grippal A/H1N1.

Le Kit de prélèvement est constitué de deux écouvillons stériles, un tube contenant un milieu de transport viral et une boîte d'emballage pour le transport.

Types de prélèvement

Les prélèvements à effectuer systématiquement sont :

- écouvillonnage de gorge ;
- écouvillonnage naso-pharyngé (NP) ;

Autres types de prélèvements possibles :

- produits d'aspiration naso-pharyngé ou de lavage nasal (le liquide de lavage est dilué volume à volume dans le milieu de transport) ;
- liquide de lavage broncho-alvéolaire (LBA), si le malade est intubé (à placer dans un contenant stérile).

Réalisation du prélèvement

Ce prélèvement est un geste techniquement simple ; il est réalisé dans la narine et dans le pharynx. Il doit être vigoureux pour qu'un nombre suffisant de cellules soit détaché et récupéré par écouvillonnage.

Le premier écouvillon est introduit dans la narine sur une longueur de 1,5 à 2 cm ; une rotation lente est alors appliquée sur l'écouvillon (Fig 1).

Le prélèvement pharyngé, effectué à l'aide du deuxième écouvillon, se fera entre les piliers de l'amygdale et le fond de la gorge (Fig 2).

Les deux écouvillons seront remis dans le même tube jusqu'à les plonger dans le milieu de transport ; casser l'extrémité des deux tiges qui dépasse pour pouvoir fermer le flacon qui sera bien vissé.

Réalisation du prélèvement nasal et pharyngé

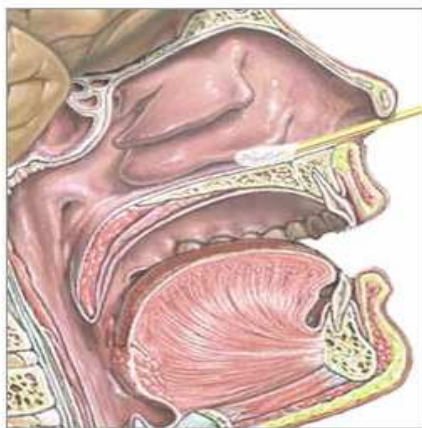


Fig 1 : Ecouvillonnage naso-pharyngé

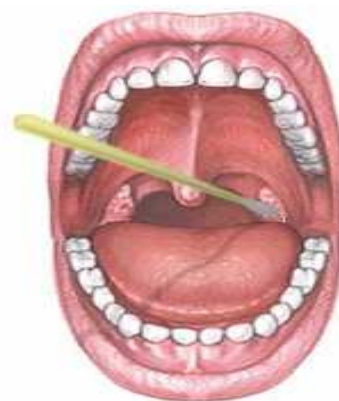


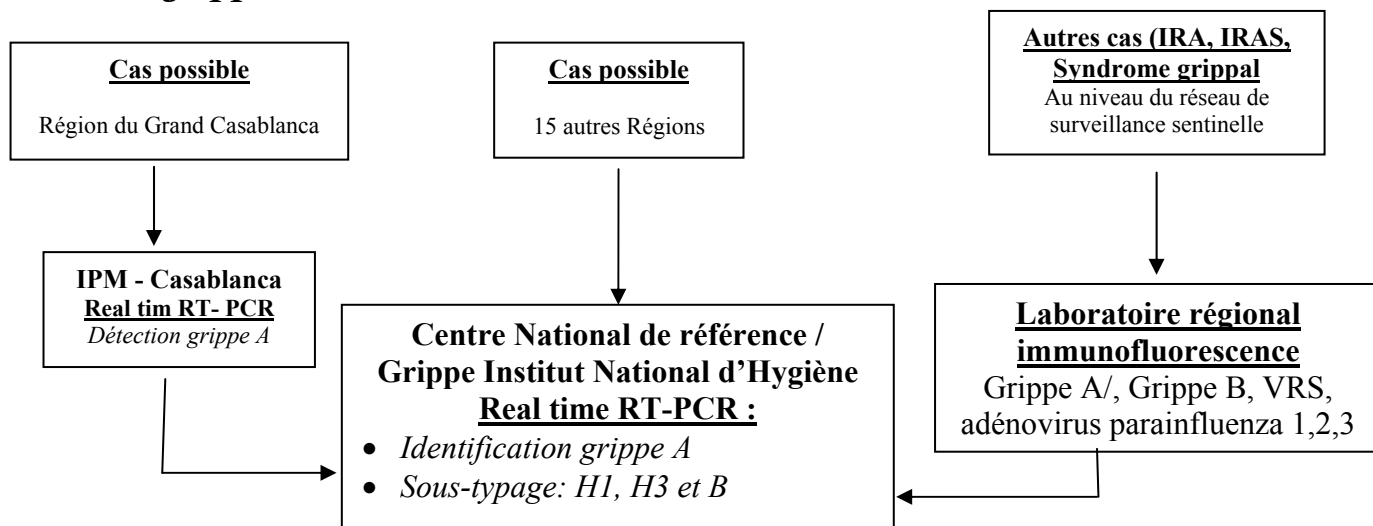
Fig 2 : Ecouvillonnage de gorge

Envoi du prélèvement

Les prélèvements ayant été effectués, doivent être acheminés aux laboratoires suivants :

- L'Institut Pasteur/Maroc pour la Région du Grand Casablanca ;
- l'Institut National d'Hygiène (Centre National de Référence/Grippe) pour le reste des régions.

Schéma Organisationnel de gestion des prélèvements et de confirmation de la grippe.



Il est impératif de joindre à chaque prélèvement une copie du dossier d'investigation du cas (annexe 3).

Il faudra obligatoirement informer les responsables des laboratoires destinataires, de l'envoi des échantillons et des modalités d'acheminement et, ce avant leur expédition (voir tableau ci-dessous).

Laboratoires	Personne à contacter	N° Téléphones	
Centre National de Référence de la Grippe, Institut National d'Hygiène 27, Avenue Ibn Battouta, Agdal – Rabat	Mr Hassan Ihazmad	06 68 19 40 49	05 37 77 62 19
	Dr Mohammed Akrim	06 76 07 45 09	
	Dr Amal Barakat	06 61 22 73 04	
	Dr Mohammed Youbi	06 61 07 98 51	
Laboratoire de Virologie Institut Pasteur Maroc 1 place Louis Pasteur – Casablanca - 20100	Dr Jalal Nourlil	06 61 32 22 61	05 22 43 44 55
	Mme Nadia Friat	06 66 90 12 55	
	Mme Latifa Anga	06 62 71 38 26	

Le Délégué du Ministère de la santé veillera à assurer l'expédition des échantillons par la voie la plus rapide éventuellement en coordination avec le PCP.

Confirmation virologique :

La détection se fera par immunofluorescence et la confirmation par RT-PCR.

Grippe sous type A/H1N1**Prise en charge d'un cas possible**

Devant tout cas qui répond à la définition de « **cas possible** », les mesures suivantes doivent être mises en œuvre :

1.1. Patient se présentant dans un établissement de soins (centre de santé, centre de consultation externe ou service des urgences) :

- l'infirmier chargé de l'accueil et de l'orientation des patients (formé et sensibilisé) doit identifier rapidement les cas répondant à la **définition du cas possible** ;
- Il isole ces cas avec les précautions d'usage (Fiche n° 8) ;
- Il oriente le patient sans délai vers la consultation médicale pour confirmation clinique.
- le patient, avec ou sans signe de complications, est transféré sans délais vers l'hôpital de référence en respectant les mesures préconisées dans la fiche de transport (Fiche n° 7), pour une prise en charge dans les locaux dédiés à cet effet ;
- le prélèvement de confirmation sera effectué par le médecin traitant de l'hôpital de référence (Fiche n° 4) ;
- la cellule d'épidémiologie avec l'appui de l'ORS procède à l'enquête autour du cas et surveille tous les sujets contacts (annexes 4, 5 et 6).

1.2. Patient à l'hôpital de référence:

Les patients répondant à la définition du cas possibles doivent être systématiquement hospitalisés, sans aucun préalable, dans des chambres aménagées et équipées adéquatement et permettant leur isolement.

Les formalités administratives d'admission du patient se font auprès de la famille ou dans la chambre d'isolement en respectant les mesures de précaution en vigueur.

Dès l'arrivée du malade, les mesures de protection individuelle et d'hygiène sont prises pour contrôler l'infection et protéger le personnel contre une éventuelle contamination (Fiche N°4).

1.3. Traitement du patient

a. Indications

La prise en charge et le traitement non spécifique du patient dépendront de son état clinique alors que le traitement antiviral sera administré dès lors que le cas est classé « cas possible » selon la définition en vigueur.

Les contacts sous surveillance active, seront mis systématiquement sous traitement antiviral dès la confirmation virologique du cas index.

Le Tamiflu sera prescrit, en traitement curatif, selon le schéma suivant :

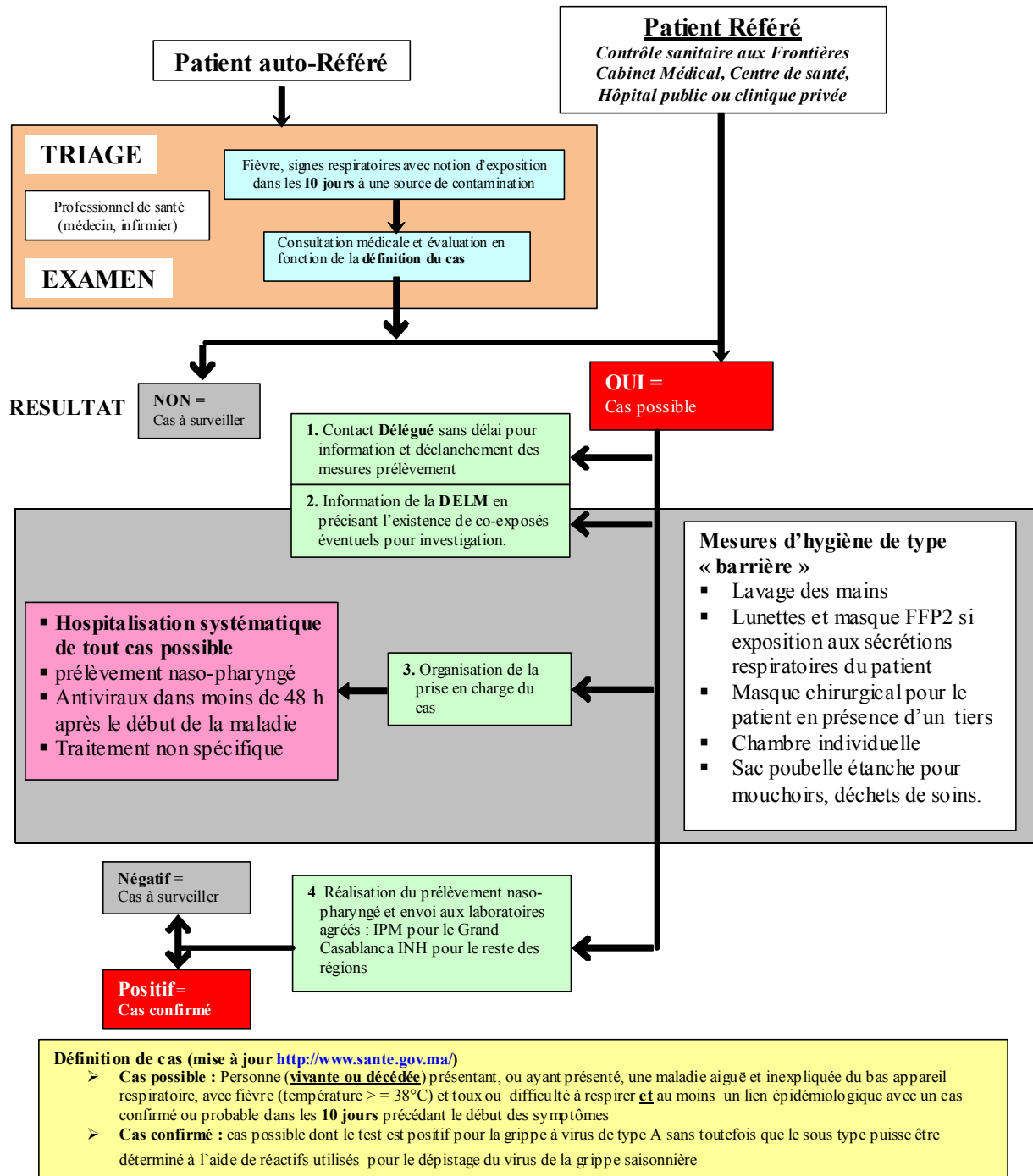
- **Adultes** : une gélule de 75 mg 2 fois par jour pendant 5 jours
- **Enfants** : gélules ou poudre
 - Moins de 15 kg : 30 mg 2 fois par jour pendant 5 jours ;
 - de 15 kg à 23 kg : 45 mg 2 fois par jour pendant 5 jours ;
 - de 23 kg à 40 kg : 60 mg 2 fois par jour pendant 5 jours ;
 - Plus de 40 kg : 75 mg 2 fois par jour pendant 5 jours.

En traitement prophylactique le Tamiflu doit être prescrit selon le schéma suivant :

- **Adultes** : une gélule de 75 mg une fois par jour pendant 10 jours
- **Enfants** : gélules ou poudre
 - Moins de 15 kg : 30 mg une fois par jour pendant 10 jours ;
 - de 15 kg à 23 kg : 45 mg une fois par jour pendant 10 jours ;
 - de 23 kg à 40 kg : 60 mg une fois par jour pendant 10 jours ;
 - Plus de 40 kg : 75 mg une fois par jour pendant 10 jours.

Conduite à tenir devant un cas possible de grippe humaine due à un nouveau sous type de virus

Période d'alerte pandémique, avec transmission inter-humaine



I. Protection de l'équipe

L'objectif est de ne pas entrer en contact avec les sécrétions respiratoires et les liquides organiques qui contiennent le virus.

- **Tenue de l'équipe au contact du patient :**

- Masque de protection de type respiratoire FFP2, ou à défaut FFP1
- Lunettes individuelles de protection
- Une paire de gants à usage unique. Une deuxième paire doit être mise par le personnel soignant lors d'actes directs au patient et renouvelée à chaque soin.
- Port de sur blouse à usage unique en cas de contact avec le patient.

- Tenue du patient : Masque de protection de type chirurgical

II. protection du matériel et de l'ambulance

- Retirer du véhicule tout ce qui n'est pas indispensable pour le transport de ce malade
- Protéger le matériel non utilisé pour le patient, qu'il soit fixé ou non à la paroi de l'ambulance (notamment le respirateur) avec des couvertures en aluminium si possible
- Préparer le matériel en quantité suffisante avant de prendre en charge le malade pour éviter la contamination de l'environnement et des surfaces au cours du transfert.
- Utiliser exclusivement du linge à usage unique (équipement individuel, draps et couvertures, changes et alèses) qui sera incinéré
- Doubler les sacs poubelles pour les déchets et les déjections liquides et retourner les bords vers l'extérieur pour le remplissage.

III. Transport

- Les prélèvements biologiques ne doivent pas se faire au cours du transport.
- Le chauffeur évite si possible tout contact avec le malade, la cabine du conducteur doit être isolée de l'espace utilisé par le patient.
- L'infirmier ou l'autre ambulancier reste dans la cellule sanitaire pendant le transport et jusqu'au retour pour éviter la contamination de la cabine. Celle-ci sera nettoyée et désinfectée
- La climatisation éventuelle du véhicule doit être arrêtée et la cellule sanitaire aérée

IV. Dans le site d'accueil (service hospitalier désigné au niveau régional)

Après avoir transféré le patient, les personnes chargées des soins :

- Doivent mettre les protections utilisées à bord du véhicule, dans le contenant à déchets puis le ferment.
- Ils les placent dans un conteneur rigide mis à disposition dans l'unité de soins recevant le patient, ainsi que leur tenue de protection. L'ensemble suivra la filière des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI).

V. Nettoyage et Désinfection du véhicule

Le nettoyage et la désinfection vont permettre de réduire le niveau de contamination des surfaces des véhicules sanitaires.

L'entretien des véhicules sanitaires doit permettre d'assurer à la fois une propreté visuelle mais aussi sur le plan microbiologique. L'atteinte de ces objectifs sera fonction des techniques utilisées, du matériel et des produits employés.

Cet entretien comprend :

- le dépoussiérage par essuyage humide afin de limiter la mise en suspension de poussières, vecteurs de germes ;
- le nettoyage, opération visant à éliminer les salissures;
- la désinfection par contact, opération visant à détruire la population microbienne résiduelle terminera cet entretien.

L'entretien des véhicules doit se faire entre chaque intervention afin de prévenir les transmissions croisées. Il consiste à nettoyer et désinfecter les surfaces ayant été en contact avec le malade transporté. Cet entretien nécessite.

Matériel à utiliser

- Gants à usage unique non stériles,
- Chiffonnettes à usage unique,
- Détergent – désinfectant en pulvérisateur prêt à l'emploi,
- Sac à déchets.

Technique

- Rentrer le véhicule au garage après évacuation du malade,
- Laver les mains et mettre des gants à usage unique non stériles,
- Eliminer les déchets,
- Evacuer le petit matériel utilisé pour nettoyage désinfection et stérilisation éventuelle, en respectant les circuits de traitement du matériel de l'établissement,
- Evacuer systématiquement le linge utilisé,
- Nettoyer - désinfecter le brancard et les surfaces hautes avec des Chiffonnettes imprégnées par pulvérisation de solution détergente-désinfectante,
- En cas de souillures biologiques sur le sol, utiliser du papier absorbant suivi d'un nettoyage à l'aide d'une solution détergente-désinfectante.
- Il existe des produits susceptibles d'absorber les souillures liquides.
- Eliminer la chiffonnette et les gants dans le sac à déchets,
- Laver les mains ou utiliser la friction désinfectante,
- Remplacer le linge et le petit matériel de soins utilisés.

La traçabilité de l'entretien des véhicules

L'entretien des véhicules doit être complété par la mise en place de tableaux de bord (registres) permettant la traçabilité de l'application des procédures et des protocoles d'entretien.

Gestion des déchets de soins :

Les déchets liés aux soins, produits dans le cadre des transports sanitaires, répondent aux mêmes obligations que les déchets d'activité de soins des hôpitaux.

Isolement des malades

L'isolement des patients atteints de maladies contagieuses est destiné à éviter la transmission d'un agent infectieux à partir d'un patient infecté ou porteur identifié, à des individus non infectés et non porteurs mais réceptifs (patients ou membres du personnel). On parle alors **d'isolement septique**, dans lequel il faut faire barrière à la diffusion de l'agent infectieux à partir du patient ou de son environnement immédiat.

1. Les principales mesures d'isolement :

Il existe deux niveaux de précautions :

- les précautions «standard» à appliquer habituellement en milieu de soins et quel que soit le statut infectieux du patient ;
- les précautions particulières à appliquer pour prévenir la transmission du virus de la grippe A/H1N1.

1.1 Les précautions "standard"

Quel que soit le statut infectieux du patient, des précautions "**standard**" d'hygiène doivent être appliquées afin d'assurer une protection systématique des patients et des personnels vis-à-vis des risques infectieux.

- Port de masques FFP2 ;
- Port de gants, sur blouses et lunettes ;
- Nettoyer et désinfecter avec un désinfectant approprié le matériel médical et les surfaces souillées ;
- Les prélèvements biologiques doivent être transportés dans un emballage étanche et fermé.

1.2 Les précautions particulières

On distingue 3 groupes de précautions particulières :

- **Les précautions «air» («A»)** pour la transmission **aéroportée** par de fines particules inférieures à 5 µ («Droplet nuclei», poussières), elles comprennent :
 - Isolement en chambre individuelle, avec un renouvellement d'air, porte fermée. En cas d'impossibilité, regroupement des malades atteints de la même infection ;
 - Port obligatoire d'un masque dès l'entrée dans la chambre ;
 - Limitation des déplacements du patient.
- **Les précautions «gouttelettes» («G»)** pour la transmission par des gouttelettes (salive où sécrétions des voies aériennes supérieures), elles comprennent :
 - Isolement en chambre individuelle. En cas d'impossibilité, regroupement des malades atteints de la même infection.
 - **Port d'un masque FFP2 pour le personnel intervenant autour du lit du malade.**
 - Limitation des déplacements et port du masque par le patient lorsqu'il quitte la chambre.
- **Les précautions «contact» («C»)** pour la **transmission par contact**, elles comprennent :
 - Isolement en chambre individuelle. En cas d'impossibilité, regroupement des malades atteints par la même infection.

- Port de gants dès l'entrée dans la chambre.
- Lavage des mains après avoir ôté les gants et avant de sortir de la chambre, avec un savon antiseptique ou une solution hydro alcoolique.
- Ne plus toucher l'environnement du malade après avoir ôté les gants et s'être lavé les mains.
- Port de sur blouse en cas de contact avec le patient ou avec des surfaces ou matériels pouvant être contaminés.
- Limitation des déplacements.
- Utilisation maximale d'instruments à usage unique ou réservés exclusivement au patient.

2. Locaux d'isolement :

- Isolement en chambre individuelle avec un renouvellement d'air d'au moins 6 volumes / heure, de préférence avec toilettes ;
- En l'absence de chambres individuelles disponibles, on peut regrouper des cas possibles dans une même chambre ;
- La porte doit être maintenue fermée ;
- Au cas où il ne serait pas possible d'assurer un système d'aération indépendant, il est obligatoire de :
 - déconnecter le système de climatisation ;
 - s'assurer qu'il ne sera pas réactivé durant toute la période d'utilisation et ouvrir régulièrement les fenêtres pour assurer une ventilation satisfaisante ;
 - Maintenir la porte fermée.
- La circulation des malades sera limitée et ces derniers devront porter un masque chirurgical au cours de leurs déplacements afin de réduire au maximum la dispersion par gouttelettes ;
- L'accès au lieu d'isolement doit être interdit aux visiteurs y compris les membres de la famille, aux stagiaires, étudiants et volontaires... ;
- Le personnel en charge du malade doit respecter rigoureusement les mesures de prévention recommandées.

3. Matériel :

Il est obligatoire de n'utiliser que du matériel jetable pour la prise en charge des malades présentant une grippe due à une nouvelle souche. Le matériel non disponible en version "usage unique" sera stérilisé selon les procédures en vigueur pour les risques biologiques.

- Les dispositifs médicaux doivent être à usage unique ou réservés exclusivement au patient ;
- En l'absence de disponibilité de tels dispositifs individualisés, les dispositifs médicaux réutilisables doivent être nettoyés, puis stérilisés ou désinfectés entre deux patients, selon le niveau de traitement requis par ces dispositifs ;
- L'usage prioritaire de matériel de sécurité pour tous les prélèvements et actes à risque d'accidents avec exposition au sang est à rappeler ;
- Les dispositifs médicaux à usage unique introduits dans la chambre du patient, mais non utilisés, seront éliminés tels quels par incinération ou par broyage/désinfection.

4. Tenue de protection du personnel

Pour toute personne entrant dans la chambre, quel que soit le motif, le port d'une tenue de protection est obligatoire. Il est composée de :

- Sur blouse à usage unique en cas de contact : avec le patient, ou avec des surfaces ou matériels pouvant être contaminés ou en cas de risque de projection de liquides biologiques ;
- Masque de protection de type FFP2 avant l'entrée dans la chambre ;
- Lunettes individuelles de protection systématique ;
- Une paire de gants à usage unique avant d'entrer dans la chambre. Une deuxième

paire doit être mise par le personnel soignant lors d'actes directs au patient. Cette deuxième paire doit être renouvelée à chaque activité ;

- A la sortie de la chambre : la sur blouse, puis la deuxième paire de gants sont ôtées avant de sortir ;
- A l'extérieur de la chambre : le masque, puis la paire de gants restants sont ôtés.

5. Hygiène des mains après sortie de la chambre

- Lavage des mains après avoir ôté le masque et les gants ;
- Lavage soigneux avec un savon antiseptique ou désinfection par friction avec une solution hydro alcoolique, en l'absence impérative de souillures visibles ou de poudre (gants) sur les mains.

6. Entretien des locaux

- Nettoyage et désinfection quotidienne des surfaces ;
- En application des précautions standards, un nettoyage suivi d'une désinfection à l'eau de Javel 12° diluée à 1/10^{ème} doit être immédiatement réalisé en cas de souillure par des matières biologiques.

7. Gestion des déchets

- Le tri et le conditionnement des déchets s'effectuent dans la chambre ;
- Utiliser des contenants adaptés à la filière des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) ;
- Tous les déchets doivent être éliminés en vue d'une incinération, d'un broyage désinfection ou d'autoclavage ;
- Les urines et selles doivent être évacuées dans les toilettes de la chambre ou de l'aile d'isolement avec désinfection après chaque usage.

La transmission interhumaine du virus A/H1N1 se fait essentiellement :

- Par voie « aérienne » : transmission aéroportée par de fines particules ($<5 \mu$).
- par voie « gouttelettes » : transmission par des gouttelettes de salive ou de sécrétions respiratoires ($>5\mu$).
- par contact (manu portée) : mains des malades et surfaces inertes contaminées (objets, mobiliers, ...).

1. Les différents types d'équipements de protection

Pour réduire les risques de transmission interhumaine, plusieurs équipements peuvent être utilisés, notamment des masques de différentes natures, des gants, des lunettes, des vêtements de protection (de type sur blouses).

Parmi les masques, peuvent être distingués :

1.1. Les masques anti-projections :

Ces masques correspondent aux masques dits chirurgicaux. Ils sont destinés à éviter la projection, par le porteur, de sécrétions des voies aériennes supérieures ou de salive pouvant contenir des agents infectieux transmissibles par voie de gouttelettes ou par voie aérienne.

Ils protègent celui qui le porte contre la transmission du virus par gouttelettes mais pas par voie aérienne.

Porté par le patient contagieux, le masque anti-projections prévient la contamination de son entourage et de son environnement. Le malade (personne infectée par le virus pandémique ou cas possible) doit donc porter un masque anti-projection dès qu'il est en contact avec un soignant ou avec toute personne l'approchant à moins d'un mètre.

1.2. Les protections respiratoires individuelles (FFP2)

a) Caractéristiques

Les masques de protection respiratoire individuelle (FFP2) sont des masques filtrants destinés à protéger le porteur contre les risques d'inhalation d'agents infectieux transmissibles par voie aérienne. Ils le protègent aussi contre le risque de transmission par gouttelettes.

La durée de protection de ces masques varie, selon leur conception, entre 3 et 8 heures ; toutefois ils sont difficilement supportés au-delà de quelques heures. De plus, un masque enlevé ne peut pas être réutilisé, l'utilisateur risque de se contaminer lors de la manipulation.

b) Cas des personnes en situation professionnelle

Le port de masques de type FFP2 est préconisé pour les personnels de soins lors des phases de transmission interhumaine et pandémique et pour les personnes à risque majeur d'exposition par exemple les salariés exposés régulièrement à des contacts étroits avec le public ou les personnels des établissements de ramassage et de traitement des déchets.

c) Consignes d'utilisation

Pour être efficaces, ces appareils doivent être utilisés dans de bonnes conditions en respectant les règles suivantes :

1. ajuster les masques ou appareils de protection respiratoire : dépliage complet, liens bien serrés ou élastiques bien en place, pince-nez ajusté ;
2. une fois qu'il est en place, ne pas manipuler le masque, car il existe un risque de détérioration de celui-ci et de contamination des mains ;
3. se laver les mains avant la mise en place et après avoir enlevé le masque ;
4. éliminer le masque utilisé dans la filière des déchets d'activités de soins à risques infectieux, ou le placer dans un sac en plastique munis d'un lien pour la fermeture. Il est recommandé d'utiliser un double emballage, en évitant la présence d'air, de manière à préserver le contenu du premier sac en cas de déchirure du sac extérieur lors de la collecte.

2. Le devenir des équipements

Les lunettes de protection sont réutilisables après nettoyage et désinfection. Après usage, les autres équipements doivent être éliminés selon les dispositions figurant dans la fiche Gestion des déchets.

Grippe sous type A/H1N1

Principales règles d'hygiène face au risque épidémique

1. Mouchage, éternuements, expectoration, toux

Le virus de la grippe se transmettant par voie aérienne, notamment par les gouttelettes respiratoires, il est impératif alors de respecter les règles d'hygiène de base des voies respiratoires :

- se couvrir la bouche chaque fois qu'on tousse ;
- se couvrir le nez et la bouche chaque fois qu'on éternue ;
- se moucher avec des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle, si possible recouverte d'un couvercle ;
- ne cracher que dans un mouchoir en papier à usage unique, jeté dans une poubelle, si possible recouverte d'un couvercle.

2. Hygiène des mains

Le lavage des mains au savon ou avec des produits hydro alcooliques est essentiel. Il doit être fait soigneusement et répété très souvent dans la journée par le malade et par les personnes intervenant dans son voisinage, plus particulièrement après chaque contact avec le malade, avec le matériel qu'il utilise ou avec ses effets personnels.

3. Nettoyage et désinfection des objets utilisés par le malade

Dans les établissements de soins, les règles de nettoyage et de désinfection des objets et du matériel contaminés par des agents infectieux doivent être respectées.

A domicile, les objets habituels utilisés par le malade doivent subir un nettoyage rigoureux et régulier. Chaque membre de la famille doit disposer de son propre linge, notamment de serviettes de toilette. La vaisselle et le linge du malade peuvent être lavés en commun avec la vaisselle ou le linge du reste de la famille dans un lave-vaisselle ou un lave-linge à plus de 60° C.

Les surfaces de contact (poignées de porte, chasses d'eau, meubles, etc.) doivent être nettoyées et désinfectées fréquemment (eau de javel).

4. Déchets

A domicile, les mouchoirs et les masques anti-projections usagés des malades doivent être placés dans des sacs en plastique munis d'un lien pour la fermeture. Il est recommandé d'utiliser un double emballage, en évitant la présence d'air, de manière à préserver le contenu du premier sac en cas de déchirure du sac extérieur lors de la collecte.

Les déchets ainsi conditionnés peuvent être jetés dans la poubelle des ordures ménagères.

La désinfection des surfaces et des locaux en milieu de soins

1 – Définition :

La désinfection est une opération au résultat momentané permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus portés par des milieux inertes contaminés en fonction des objectifs visés. Le résultat de cette opération est limité aux micro-organismes présents au moment de l'opération.

2 – Objectif :

La désinfection a pour but de prévenir les infections croisées et de réduire les micro-organismes présents sur des objets et des surfaces verticales ou horizontales à des niveaux de contamination les plus bas possibles dans l'environnement des patients fragilisés.

3- Produits de désinfection :

Un produit désinfectant des surfaces doit avoir, à la concentration d'emploi préconisée une activité bactéricide, fongicide et virucide.

Nom du produit	Description du produit	Composition	Utilisation	Matériel de pulvérisation à utiliser
ANIOSPRAY	Bactéricide Actif sur BK. Fongicide Actif sur les virus	éthanol 41 % v/v, formaldéhyde, glutaraldéhyde, glyoxal, chlorure de didécyl diméthylammonium. Dilution : 1%. Conditionnement 1 l et 5 l	Désinfection rapide des dispositifs médicaux, du matériel et des surfaces dans les blocs opératoires, les services à hauts risques, les services de soins (Chariots de soins, matelas, lits, téléphones...), transports sanitaires. Séchage rapide et sans trace.	-Pulvérisateur manuel à pression préalable -Pulvérisateur à Moteur -Pulvérisateur électrique
CHLORISPRAY	C'est un désinfectant bactéricide, fongicide et actif sur les virus.	l'éthanol (25%), digluconate de chlohexidine, glutaraldéhyde, formaldéhyde, chlorure de didécyl diméthylammonium. Produit prêt à l'emploi Conditionnement	Produit prêt à l'emploi s'utilise en pulvérisation sur des surfaces propres et des dispositifs médicaux en blocs opératoires service à hauts risques, service de soins...	-Pulvérisateur manuel à pression préalable -Pulvérisateur à Moteur -Pulvérisateur électrique

4- Les modes de désinfection des locaux

La désinfection se fait par projection d'un dispersât sur les objets et les surfaces à traiter à l'aide d'un appareil manuel ou automatique :

Il existe deux techniques de désinfection .

1. La désinfection par spray ou DISPERSATS DIRIGES se réalise EN PRESENCE HUMAINE (E.P.H) - mais en l'absence du patient - et utilise le pulvérisateur manuel, pneumatique et /ou électrique.
2. La désinfection par voie aérienne ou DISPERSATS NON DIRIGES se fait HORS PRESENCE HUMAINE **(H.P.H) stricte**, par aérosolisation avec un appareil automatique.

Préparation des locaux

Etapas préliminaires obligatoires et identiques pour les deux techniques :

- Phase d'évacuation
- Phase de nettoyage

➔ **Phase d'évacuation :**

- Tous les déchets et le linge sont évacués selon les circuits habituels en sacs fermés ;
- Tout le matériel destiné à être stérilisé est immergé totalement dans un bac contenant un nettoyant-décontaminant et évacué ;
- Tout petit matériel mobile non stérilisable (hôtelier, médical, (bassins, urinaux, cuvettes, etc.)), doit être évacué après application manuelle d'un nettoyant-désinfectant de surfaces; les objets traités ne seront ni rincés, ni séchés ;
- Après nettoyage et désinfection le matériel "électronique", en raison des risques de détérioration des composants, est sorti de la pièce ou protégé.

➔ **Phase de nettoyage :**

(Selon la technique du nettoyage des surfaces : du plus propre au plus sale)

- Nettoyage MINUTIEUX des surfaces horizontales et verticales de haut en bas ;
- Nettoyage SOIGNEUX du mobilier restant sur place (surfaces intérieures et extérieures) ;
- Nettoyage et désinfection de l'équipement sanitaire, sans omettre le traitement particulier des siphons (Rinçage des canalisations après javellisation).

Désinfection des locaux par dispersats :

➔ **DESINFECTION PAR DISPERSATS DIRIGES (E.P.H)**

▪ **Principe :**

Application d'un film homogène de désinfectant à l'aide d'un pulvérisateur sur des surfaces nettoyées (taille des particules $>10 \mu$)

▪ **Méthode :**



Pulvériser UN FILM UNIFORME sur les surfaces à traiter, en bandes parallèles, SANS FAIRE RUISSELER. Aucune surface ne doit être oubliée.

La pulvérisation se fait de 15 cm à 50 cm de la paroi (selon indication du fabricant du produit), de haut en bas et de bas en haut, en décalant de la largeur du spray à chaque passage.

Commencer la pulvérisation par les surfaces verticales depuis la porte d'entrée en allant dans le sens des aiguilles d'une montre, puis traiter le mobilier du fond de la pièce jusqu'à la sortie.

NE PAS RINCER, NE PAS ESSUYER LAISSER SECHER, PUIS AERER.

► DESINFECTION PAR DISPERSATS NON DIRIGES (H.P.H)

- Principe :

Dispersion du produit désinfectant par création d'un micro-brouillard ou aérosolisation (taille des particules < à 5 µ)

- Méthode :

- Placer l'appareil diffuseur automatique au centre de la pièce après avoir vérifié le niveau des produits en quantité utile pour le volume de la pièce.
- Programmer et mettre en fonction l'appareil (port du masque à cartouche filtrante indispensable si absence de temporisateur).
- Verrouiller la porte d'accès et la rendre étanche.
- Apposer une pancarte (exemple ci-après).



***DEFENSE D'ENTRER
PROCEDURE DE DESINFECTION
Hors Présence Humaine***

1. Gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)**1.1. Objectif**

La gestion des DASRI (collecte, transport, traitement) vise à maîtriser les risques d'infections pour les patients hospitalisés, le personnel de soins, l'entourage du patient et les agents chargés de la collecte et de l'élimination de ces déchets.

C'est le même objectif qui est visé en situation de pandémie grippale ; Les modalités de gestion de ces déchets produits dans les établissements de soins ou par les professionnels de santé restent les mêmes : seuls les déchets produits par les patients à domicile font l'objet de prescriptions particulières.

1.2. Catégories de déchets d'activités de soins à risques infectieux

Les déchets à prendre en charge sont de deux types :

- déchets perforants produits par le personnel de soins en établissement ;
- déchets mous :
 - produits par le personnel de soins et par le patient à domicile : masques, mouchoirs jetables, sondes d'aspiration, essuie-tout utilisé après lavage des mains... ;
 - produits exclusivement utilisés par le personnel de soins et assimilés, notamment les sapeurs pompiers intervenant dans la prise en charge des malades : gants et tenues jetables. . .

1.3. Collecte et élimination des déchets

Les modalités de prise en charge diffèrent selon le lieu de production des déchets. Les modalités rappelées ci-dessous :

a) Établissement de soins

Les déchets doivent suivre la filière DASRI de l'établissement, qu'elle aboutisse à l'incinération ou au prétraitement par broyage - désinfection.

Le conditionnement de ces déchets doit se faire pour :

- Les déchets piquants/coupants dans des boîtes rigides et étanches ;
- déchets mous dans des sacs en plastique munis d'un lien pour la fermeture.

L'établissement doit veiller à adapter la fréquence de collecte et d'évacuation pour ne pas saturer ses locaux d'entreposage.

b) Transport de patients (véhicules d'urgence, ambulances privées)

Les déchets doivent suivre la filière DASRI.

2. Équipement de protection pour le personnel de collecte et de traitement des

déchets :

- appareils de protection respiratoire (FFP2 au minimum) ;
- lunettes de protection contre les projections des liquides biologiques ;
- gants de protection étanches résistants aux agressions mécaniques (coupure, déchirure, perforation) ;
- vêtements de protection à usage unique avec capuche intégrée. En l'absence de capuche intégrée, prévoir de plus des charlottes à usage unique ;
- bottes étanches.

ANNEXES

Royaume du Maroc
Ministère de la santé
Délégation de la santé :

ANNEXE 1

Surveillance des cas humains de grippe AH1N1 Service de contrôle sanitaire aux frontières.

Aéroport/Port/frontière Terrestre :.....

*RELEVÉ JOURNALIER**

Le/...../.....

Provenance	Nombre de passagers examinés	Nombre de passagers sous surveillance	Nombre de cas possible
Total			

*le zéro cas doit être rapporté.

signe :

**Fiche de renseignements à bord d'un moyen
de transport international**

DATE : Référence du Moyen de transport :

NOM & PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

PAYS ET VILLE DE PROVENANCE :

PAYS ET VILLE DE TRANSIT :

PRESENTEZ-VOUS DE LA FIEVRE OU DES SIGNES RESPIRATOIRES ? Oui / Non
(Toux, difficulté respiratoire, frissons, douleurs musculaires ou autres)

AVEZ-VOUS ETE EN CONTACT AVEC UNE PERSONNE AYANT PRESENTE CES SIGNES ?
Oui / Non

ADRESSE AU MAROC :

TELEPHONE AU MAROC :

EN CAS D'APPARITION DE CES SIGNES, MERCI DE CONTACTER LE SERVICE DE
SANTE LE PLUS PROCHE OU LES NUMEROS SUIVANTS :

Dossier d'investigation d'un cas possible

Délégation : N° du Dossier du cas² : / / / / / / / / / / / / / / / /

Identification du patient

Nom – Prénom :
 Age : / / an / / / mois Sexe : M F
 Ville de résidence : Commune :
 Adresse :tél :

Données cliniques

Date du début des symptômes : / / / / / / / / / / / / / / / /
 Date hospitalisation : / / / / / / / / / / / / / / / /
 Début brutal Fièvre > 38° T°max []
 Toux Mal de gorge Difficulté Respiratoire courbature myalgies
 Rhinite/coryza Céphalées trouble digestifs (diarrhées/vomissement)
 Autre troubles lesquels ?
 Existence d'une tare : Oui Non
 Si oui préciser :
 Décédé si oui date / / / / / / / / / / / / / / / /

Données épidémiologiques

Vaccination contre la grippe durant la saison actuelle³ : Oui Non
 Cas similaire dans l'entourage : Oui Non
 Si oui, préciser : famille Travail Ecole Voisins
 Voyage à l'étranger⁴ dans les 10 jours précédents le début des symptômes : Oui Non
 Si oui, préciser : Pays :
 Date de sortie du pays étranger : / / / / / / / / / / / / / / / /

Prélèvement biologique

Prélèvement effectué : Nasal Pharyngé Autre prélèvement préciser :
 Date du prélèvement : / / / / / / / / / / / / / / / /
 Date de réception par le laboratoire : / / / / / / / / / / / / / / / /
 Résultat de l'immunofluorescence : Négatif Positif
 Grippe A Grippe B Autre virus
 Résultat du sous typage de la grippe A :

DATE⁵ : / / / / / / / / / / / / / / / /

SIGNATURE DU MEDECIN :

² Les 3 premiers chiffres correspondent au N° de Série du cas, les deux suivants à l'année et les deux derniers au code de la Province/Préfecture (dont liste ci-jointe).

³ Une saison grippale commence la première semaine de Septembre et finit la dernière semaine du mois d'Août suivant.

⁴ Pays où il y a circulation de virus selon la liste communiqué quotidiennement.

⁵ Date du début de l'investigation.

**FICHE INDIVIDUELLE DE SUIVI
D'UN CONTACT D'UN CAS POSSIBLE
DE GRIPPE DUE AU NOUVEAU SOUS TYPE DE VIRUS A/H1N1**

Délégation : N° du Dossier du cas : /__/_/_/ /__/_/_/ /__/_/_/

Contact N° : /__/_/_/

Date de l'investigation : /__/_/_/ /__/_/_/ /__/_/_/ /__/_/_/

Identification :

Nom/Prénom : Sexe : F /__/_/ M /__/_/
Nationalité :
Date de naissance : /__/_/_/ /__/_/_/ /__/_/_/ /__/_/_/ Age :
Profession : Lieu de travail :
Province : Commune :
Adresse : Tél :

Exposition (sans protection respiratoire) :

Lien avec le cas : membre de famille : /__/_/ collègue au travail : /__/_/ Ecole : /__/_/
Personnel de santé : /__/_/ autre : /__/_/ préciser :
Date du dernier contact avec le cas : /__/_/_/ /__/_/_/ /__/_/_/ /__/_/_/ /__/_/_/ /__/_/_/
Type de contact : Vie sous le même toit : /__/_/ Travail sous le même toit : /__/_/
Activités de soins : /__/_/ Contact à moins de 1 mètre : /__/_/ préciser lequel :
Autre : /__/_/ préciser :

Examen initial

Le sujet a-t-il présenté ou présente-t-il un des symptômes suivants ?
Fièvre : /__/_/ Préciser la température maximale mesurée : /_____/°C
Toux : /__/_/ Dyspnée /__/_/ Détresse respiratoire /__/_/
Diarrhée : /__/_/ Vomissements : /__/_/
Autres symptômes : /__/_/ Préciser :

Date du début des signes : /__/_/_/ /__/_/_/ /__/_/_/ /__/_/_/ /__/_/_/ /__/_/_/

Examens de suivi :

Dates	J 0	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6	J 7	J 8	J 9	J 10
Résultat des examens ⁶											

⁶ 0 = RAS 1 = sujet devenu « cas Possible »

**LISTE DES PERSONNES CONTACTS D'UN CAS POSSIBLE
DE GRIPPE DUE AU NOUVEAU SOUS TYPE DE VIRUS A/H1N1**

N° du Dossier du cas : /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/

-Contact :

- a. *Toute personne ayant été en contact étroit (Relation intime, activités de soins ou de prélèvement, vie sous le même toit...) avec le cas après l'apparition des symptômes et sans mesures de précaution respiratoire ;*
- b. *Toute personne ayant été à moins d'un mètre du cas (saluer, parler avec...) et sans mesures de protection respiratoire, de manière répétée ou prolongée.*

N°	Noms et Prénoms	Age	Sexe	Date de contact	Type de contact
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

**RELEVÉ JOURNALIER DES ACTIVITÉS DE SUIVI DES PERSONNES CONTACTS
D'UN CAS POSSIBLE DE GRIPPE DUE AU NOUVEAU SOUS TYPE DE VIRUS A/H1N1**

Délégation : N° du Dossier du cas : /__/__/__/ /__/__/ /__/__/

Date de l'investigation initiale : /__/__/ /__/__/ /__/__/

Nombre de contacts identifiés⁷ : /____/

Jours de suivi	Nombre de personnes contacts examinées	Nombre de personnes devenues « cas possible »	Observation
J 0			
J 1			
J 2			
J 3			
J 4			
J 5			
J 6			
J 7			
J 8			
J 9			

Date :

Signé : Délégué du Ministère de la Santé

⁷ Identifiés lors de l'investigation autour du cas index