
Surveillance et investigation des cas de grippe humaine due à un virus influenza d'origine aviaire ou porcine

23/02/2022

Ce document détaille la conduite à tenir face à une suspicion de cas de grippe humaine dû à un virus influenza d'origine animale (zoonotique), aviaire ou porcine. Les définitions de cas et la conduite à tenir sont adaptées de celles détaillées dans [l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 10 décembre 2021](#).

I. Etat des lieux sur l'influenza zoonotique

En dehors de la grippe saisonnière, les virus influenza à l'origine de cas humains sont d'origine aviaire (influenza aviaire, ou IA) ou porcine (influenza porcin, ou IP). Si tous les virus IP ont un potentiel zoonotique, seuls une quinzaine de virus IA ont été à l'origine de cas humains à ce jour (notamment des sous-types H5, H7 et H9). Le spectre clinique de l'infection humaine par un virus IA ou IP est très large, allant de formes bénignes, voire asymptomatiques, à des formes sévères d'infection respiratoire aiguë, avec une létalité pouvant être élevée pour certains virus IA. Des événements de transmission interhumaine ont été décrits pour certains virus influenza zoonotiques (principalement IP), mais ceux-ci ont été dans leur très grande majorité limités à l'entourage proche du cas index, sans chaîne de transmission soutenue (c'est-à-dire impliquant plusieurs générations successives de contaminations).

La situation épidémiologique actuelle de l'influenza aviaire, et particulièrement celle des virus du clade 2.3.4.4b, se caractérise par différents éléments constituant des signaux incitant à une grande vigilance. La diffusion géographique de ce clade s'étend considérablement depuis l'hiver 2020-21 en Europe, en Asie et en Afrique, et désormais jusqu'en Amérique du Nord, où il a été détecté pour la première fois, au Canada début décembre 2021 puis aux Etats-Unis début 2022. Les souches virales appartenant à ce clade et circulant actuellement en Europe se caractérisent par une grande diversification génétique et des événements de réassortiments nombreux, ce qui peut favoriser l'émergence d'un nouveau virus à potentiel pandémique. Un cas humain dû au sous-type H5N1 appartenant au clade 2.3.3.4.4b a été détecté pour la première fois en Angleterre début 2022, et plusieurs cas humains dus au sous-type H5N8 ont été identifiés pour la première fois en Russie début 2021. Par ailleurs, une recrudescence de la détection de cas humains d'infection par un virus IA du sous-type H5N6 est observée actuellement en Chine (38 des 67 cas humains dus au sous-type H5N6 détectés depuis 2014 et en date du 14/02/2022 sont survenus depuis janvier 2021, quasiment tous appartenant au clade 2.3.3.4.4b, même si ces événements demeurent rares).

Par ailleurs, plusieurs virus IP circulent activement dans le cheptel porcin en France et ailleurs dans le monde, appartenant aux sous-types H1N1, H1N2 et H3N2. Des cas humains d'infection par un virus IP sont sporadiquement détectés, principalement en Amérique du Nord, en Asie et en Europe, dont plus d'une trentaine survenue en 2021. En France, un cas humain d'infection par un virus IP a été identifié pour la première fois en septembre 2021, dû au sous-type H1N2. En parallèle de ces événements de transmission porc-homme de virus IP, il est également à noter que les virus grippaux humains peuvent infecter le porc (il s'agit de rétro-zoonose). Certains d'entre eux, notamment les sous-types A(H1N1)_{pdm09} et A(H3N2), se sont adaptés au porc et circulent activement dans le cheptel porcin, divergeant du point de vue antigénique par rapport aux virus humains d'origine. Ces échanges bidirectionnels de virus grippaux entre l'Homme et le porc, impliquant parfois également des oiseaux sauvages ou domestiques, peuvent favoriser l'émergence de virus à potentiel pandémique, comme cela s'est produit lors de la dernière pandémie grippale en 2009.

II. Préambule à la surveillance et à l'investigation des cas de grippe humaine due à un virus influenza d'origine aviaire ou porcine

La surveillance et l'investigation des cas humains de grippe aviaire ou porcine ont pour objectifs :

- D'identifier précocement tout cas survenant sur le territoire national ou importé depuis l'étranger
- De mettre en place une prise en charge médicale adaptée (notamment par antiviraux)
- De réduire le risque d'émergence et de diffusion d'un virus à potentiel pandémique en isolant les cas confirmés et en investiguant les personnes-contacts et co-exposées
- De décrire et caractériser les cas humains d'infection par un virus influenza aviaire ou porcine et leurs expositions, notamment dans le but d'informer les autorités sanitaires dans le cadre de la surveillance internationale des virus influenza

En raison de l'épidémiologie actuelle et des caractéristiques détaillées ci-dessus des virus influenza aviaires (en particulier les virus H5Nx hautement pathogènes du clade 2.3.4.4b circulant activement en Europe, dont en France, depuis 2020) et porcins, **la recherche de grippe par RT-PCR suivie d'un sous-typage de tout prélèvement positif pour une grippe A est nécessaire pour toute personne présentant un tableau clinique d'infection respiratoire aiguë (IRA) et rapportant une exposition à risque** à un élevage de volailles, palmipèdes, porcs, sangliers (avec ou non des symptômes cliniques), ou des oiseaux sauvages malades ou morts. Cette approche permet d'exclure la suspicion de grippe porcine ou aviaire, notamment en période d'épidémie de grippe saisonnière, et donc le classement en cas possible de grippe porcine ou aviaire.

Dans ce contexte, tout résultat positif pour un virus de type A, avec un sous-typage (c'est-à-dire la recherche des virus grippaux humains A(H1N1)_{pdm09} et A(H3N2)) **négatif ou ininterprétable doit faire suspecter une grippe d'origine animale** et conduire à l'envoi sans délai du prélèvement au Centre National de Référence (CNR) - virus des infections respiratoires, pour caractérisation virologique.

Si le sous-typage n'est pas possible dans le laboratoire local ou régional le plus proche, l'ARS, en liaison avec le médecin ayant pris en charge le cas, veille à ce que le prélèvement respiratoire soit envoyé sans délai au CNR, pour caractérisation virologique. Dans le cas où ce prélèvement n'est plus disponible, l'ARS veille à ce qu'un nouveau prélèvement respiratoire soit effectué au plus vite et envoyé immédiatement par le laboratoire l'ayant réalisé sous emballage conforme accompagné de la fiche de renseignement complétée, au CNR. Pour toute information sur le type de prélèvement respiratoire à réaliser, se référer à la section V.1.

Par ailleurs, le HCSP recommande **d'envoyer systématiquement pour séquençage au CNR**, tout prélèvement respiratoire positif pour une grippe A, **quel que soit le résultat de sous-typage**, chez une personne présentant une infection respiratoire aiguë et rapportant **une exposition à des porcs ou sangliers**, même si cette personne n'est pas classée comme cas possible par la suite. Le cas échéant, l'analyse par séquençage peut permettre d'identifier des marqueurs suggérant une circulation de virus porcine chez l'Homme, événement utile à étudier et à documenter par le CNR dans le cadre de la surveillance internationale des virus influenza.

III. Définitions de cas de grippe porcine

La notion de **grippe porcine** fait référence à l'infection d'un humain par un virus influenza d'origine porcine. L'infection d'un porc par un virus influenza est qualifiée **d'influenza porcin**.

1. Cas suspect de grippe porcine

Un cas suspect est une personne répondant à la définition d'un cas possible (cf. définition *infra*) selon le clinicien ou le biologiste qui prend en charge le patient, mais **qui n'a pas encore été validé conjointement par Santé publique France et l'Agence régionale de santé (ARS) concernée**. Le clinicien ou le biologiste prenant en charge un tel cas doit contacter le point focal régional de l'ARS pour validation du cas suspect.

2. Cas possible de grippe porcine

La définition clinique d'un cas possible de grippe porcine (c'est-à-dire **le niveau de gravité des symptômes à prendre en compte**) diffère en fonction :

- des circonstances d'exposition ;
- de la concomitance ou non, au moment de la détection du cas, d'une épidémie de grippe saisonnière (telle que définie **par SpFrance**) ;
- de l'existence ou non d'une suspicion clinique d'influenza porcin chez les animaux (ou litière, déjections, prélèvement, cf. section III.5. *infra*) auxquels la personne a été exposée.

L'organigramme en annexe 1 synthétise les différentes circonstances à prendre en compte pour le classement en cas possible de grippe porcine.

a) Indépendamment de la concomitance ou non d'une épidémie de grippe saisonnière

Tout patient présentant des signes cliniques **d'infection respiratoire aiguë** (fièvre ou sensation de fièvre d'apparition brutale et signes respiratoires), **quel que soit le niveau de gravité** et sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer la symptomatologie, notamment la Covid-19 et la grippe saisonnière,

ET ayant eu une exposition à risque dans les 10 jours avant le début des signes, en l'absence de mesures de protection appropriées (absence de port de protection respiratoire et port de tenue spécifique) :

- avec un cas humain d'infection à virus influenza porcin confirmé biologiquement (personne-contact)
- avec des prélèvements ou des matériels biologiques infectés par un virus influenza porcin, en laboratoire par exemple

b) En l'absence d'épidémie de grippe saisonnière concomitante

Tout patient présentant des signes cliniques **d'infection respiratoire aiguë** (fièvre ou sensation de fièvre d'apparition brutale et signes respiratoires), **quel que soit le niveau de gravité** et sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer la symptomatologie, notamment le Covid-19 et la grippe saisonnière,

ET ayant eu une exposition à risque dans les 10 jours avant le début des signes, en l'absence de mesures de protection appropriées (absence de port de protection respiratoire, port de tenue spécifique) :

- avec des porcs ou sangliers (en élevage confiné ou non, ou domestiques, en abattoir, en foires ou salons d'exposition, en expérimentation), infectés ou suspectés de l'être, malades ou non
- avec un environnement ou un prélèvement contaminé (air, litière, déjections..).

c) En cas d'épidémie de grippe saisonnière concomitante

Tout patient présentant des signes cliniques **d'infection respiratoire aiguë** (fièvre ou sensation de fièvre d'apparition brutale et signes respiratoires) **quel que soit le niveau de gravité** et sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer la symptomatologie, notamment le Covid-19 et la grippe saisonnière, **ET** ayant eu une exposition à risque dans les 10 jours avant le début des signes, en l'absence de mesures de protection appropriées (absence de port de protection respiratoire, port de tenue spécifique), à des porcs ou sangliers dans un élevage, **avec suspicion clinique de grippe chez le porc/sanglier ou circulation avérée de virus influenza porcine dans l'élevage**

OU

Tout patient présentant des signes cliniques **d'infection respiratoire aiguë basse grave nécessitant une hospitalisation**, **ET** ayant eu une exposition à risque dans les 10 jours avant le début des signes, en l'absence de mesures de protection appropriées (absence de port de protection respiratoire, port de tenue spécifique), à des porcs ou sangliers dans un élevage, **en l'absence de suspicion clinique de grippe chez le porc/sanglier ou circulation avérée de virus influenza porcine dans l'élevage**

3. Cas confirmé de grippe porcine

Cas avec prélèvement respiratoire indiquant la présence du virus influenza d'origine porcine confirmé par le Centre National de Référence des virus des infections respiratoires (CNR).

4. Personne-contact

Une personne-contact est définie comme :

- toute personne partageant ou ayant partagé le même lieu de vie que le cas index, par exemple : famille, même chambre d'hôpital ou d'internat, à partir de 48h avant et jusqu'à 10 jours après l'apparition des symptômes chez le cas possible/confirmé
- toute personne ayant eu un contact étroit, c'est-à-dire direct, en face à face, à moins de 2 mètres, du cas possible/confirmé au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion (flirt, amis intimes, voisins de classe ou de bureau, voisins du cas index dans un avion ou un train), à partir de 48h avant et jusqu'à 10 jours après l'apparition des symptômes chez le cas possible/confirmé

5. Exposition à risque

Contact sans mesures de protection¹ avec :

- des porcs ou sangliers (en élevage confiné ou non, ou domestiques, en abattoir, en foires ou salons d'exposition, en expérimentation), infectés ou suspectés de l'être, vivant ou morts, malades ou non
- un environnement ou un prélèvement contaminé (air, litière, déjections..)
- un cas humain d'infection à virus influenza porcine confirmé biologiquement (cf. définition d'une personne contact)
- avec des prélèvements ou des matériels biologiques infectés par un virus influenza porcine, en laboratoire de recherche ou de diagnostic par exemple.

¹ Cas particulier : lors de situations d'aérosolisation importante (nettoyage sous pression, etc.), un risque résiduel ne peut être exclu chez les personnels malgré l'application des mesures de précaution.
Pour plus d'informations sur les mesures de protection, voir l'annexe 3 de [l'avis HCSP sur l'influenza zoonotique](#).

IV. Définitions de cas de grippe aviaire

La notion de **grippe aviaire** fait référence à l'infection d'un humain par un virus influenza d'origine aviaire. L'infection d'un oiseau par un virus influenza est qualifiée **d'influenza aviaire**.

6. Cas suspect de grippe aviaire

Un cas suspect est un cas possible (cf. définition *infra*) selon le clinicien ou le biologiste qui prend en charge le patient, mais qui n'a pas encore été validé conjointement par Santé publique France et l'Agence régionale de santé (ARS) concernée. Le clinicien ou le biologiste prenant en charge un tel cas doit contacter le point focal régional de l'ARS pour validation du cas suspect.

7. Cas possible de grippe aviaire

La définition clinique d'un cas possible de grippe aviaire (c'est-à-dire **le niveau de gravité des symptômes à prendre en compte**) diffère en fonction :

- des circonstances d'exposition ;
- de la concomitance ou non, au moment de la détection du cas, d'une épidémie de grippe saisonnière (**telle que définie par Santé publique France**) ;
- de l'existence ou non d'une suspicion clinique d'influenza aviaire chez les animaux auxquels la personne a été exposée.

L'organigramme en annexe 2 synthétise les différentes circonstances à prendre en compte pour le classement en cas possible de grippe aviaire.

a) Indépendamment du lieu d'exposition et de la concomitance ou non d'une épidémie de grippe saisonnière

Tout patient présentant des signes cliniques **d'IRA** (fièvre ou sensation de fièvre d'apparition brutale et signes respiratoires), **quel que soit le niveau de gravité** et sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer la symptomatologie, notamment le Covid-19 et la grippe saisonnière,

ET ayant eu une exposition à risque dans les 10 jours avant le début des signes, en l'absence de mesures de protection appropriées (absence de port de protection respiratoire, port de tenue spécifique) :

- avec un cas humain d'infection à virus influenza aviaire confirmé biologiquement (personne-contact)
- avec des prélèvements ou des matériels biologiques infectés par un virus influenza aviaire, en laboratoire par exemple.

b) Situation d'exposition à l'étranger

Tout patient présentant des signes cliniques **d'IRA basse grave (nécessitant une hospitalisation)** et sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer la symptomatologie, notamment le Covid-19 et la grippe saisonnière,

ET ayant **voyagé ou séjourné en zone à risque**, dans les 10 jours précédant le début des signes cliniques (la liste des zones à risque est mise à jour sur **le site de Santé publique France**).

c) Situation d'exposition sur le territoire national, en l'absence d'épidémie de grippe saisonnière concomitante

Tout patient présentant des signes cliniques **d'IRA** (fièvre ou sensation de fièvre d'apparition brutale et signes respiratoires), **quel que soit le niveau de gravité** et sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer la symptomatologie, notamment le Covid-19 et la grippe saisonnière, **ET** ayant eu une exposition à risque dans les 10 jours avant le début des signes, en l'absence de mesures de protection appropriées (absence de port de protection respiratoire, port de tenue spécifique) à **des volailles / palmipèdes (avec ou non symptômes cliniques) si suspicion clinique d'influenza aviaire dans l'élevage ou circulation avérée de virus influenza aviaire dans l'élevage** (quel que soit le virus, faiblement pathogène (FP) ou hautement pathogène (HP), avec ou non risque établi de transmission à l'homme), **ou des oiseaux sauvages malades / morts** dans une zone à risque particulier (ZRP) ou toute zone géographique où un virus Influenza aviaire a été identifié² ;

OU :

Tout patient présentant des signes cliniques **d'IRA basse grave nécessitant une hospitalisation OU cas groupés d'IRA** (quel que soit le niveau de gravité) chez les personnes contacts / co-exposées, **ET** exposition à risque en l'absence de mesures de protection, à **des volailles / palmipèdes (avec ou non symptômes cliniques) en l'absence de suspicion clinique d'influenza aviaire dans l'élevage ou circulation avérée de virus influenza aviaire dans l'élevage**.

d) Situation d'exposition sur le territoire national, en période d'épidémie de grippe saisonnière concomitante

Tout patient présentant des signes cliniques **d'IRA** (fièvre ou sensation de fièvre d'apparition brutale et signes respiratoires) **quel que soit le niveau de gravité** et sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer la symptomatologie, notamment le Covid-19 et la grippe saisonnière, **ET** ayant eu une exposition à risque en l'absence de mesures de protection, à **des volailles / palmipèdes (avec ou non symptômes cliniques) si suspicion clinique d'influenza aviaire dans l'élevage ou circulation avérée de virus influenza aviaire dans l'élevage** (quel que soit le virus, FP ou HP, avec ou non risque établi de transmission à l'homme, **ou des oiseaux sauvages malades / morts**) dans une ZRP ou toute zone géographique où un virus Influenza aviaire a été identifié² ;

OU :

Tout patient présentant des signes cliniques **d'IRA basse grave nécessitant une hospitalisation** et exposition à risque en l'absence de mesures de protection, à **des volailles / palmipèdes (avec ou non symptômes cliniques) en l'absence de suspicion clinique d'influenza aviaire dans l'élevage ou circulation avérée de virus influenza aviaire dans l'élevage**

8. Cas confirmé de grippe aviaire

Cas avec prélèvement respiratoire indiquant la présence du virus influenza d'origine aviaire confirmé par le Centre National de Référence des virus des infections respiratoires (CNR).

² Liste des zones à risque en annexe III de l'Arrêté du 16 mars 2016 relatif aux niveaux du risque épizootique en raison de l'infection de l'avifaune par un virus de l'influenza aviaire hautement pathogène et aux dispositifs associés de surveillance et de prévention chez les volailles et autres oiseaux captifs (<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032320450/>)
Informations sur la situation épidémiologique liée à l'IA en France : <https://www.plateforme-esa.fr/>

9. Personne-contact

Une personne-contact est définie comme :

- toute personne partageant ou ayant partagé le même lieu de vie que le cas index, par exemple : famille, même chambre d'hôpital ou d'internat, à partir de 48h avant et jusqu'à 10 jours après l'apparition des symptômes chez le cas possible/confirmé
- toute personne ayant eu un contact étroit, c'est-à-dire direct, en face à face, à moins de 2 mètres, du cas possible/confirmé au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion (flirt, amis intimes, voisins de classe ou de bureau, voisins du cas index dans un avion ou un train), à partir de 48h avant et jusqu'à 10 jours après l'apparition des symptômes chez le cas possible/confirmé

10. Exposition à risque

Contact sans mesures de protection³ avec :

- des oiseaux domestiques (dans un élevage ou une basse-cour, en expérimentation) infectés ou suspectés de l'être, vivant ou morts
- des oiseaux sauvages isolés, malades ou morts, dans une ZRP (cf. <https://agriculture.gouv.fr/influenza-aviaire-la-situation-en-france>) ou toute zone géographique où un virus IA a été identifié (cf. [liste des zones à risque en annexe III de l'Arrêté du 16 mars 2016](#) relatif aux niveaux du risque épizootique en raison de l'infection de l'avifaune par un virus de l'influenza aviaire hautement pathogène et aux dispositifs associés de surveillance et de prévention chez les volailles et autres oiseaux captifs et [plateforme ESA](#)) :
- un environnement contaminé (plumes, déjections..)
- un cas humain confirmé biologiquement d'infection à IA (contact étroit)
- en laboratoire, avec des prélèvements ou des matériels biologiques infectés par un virus IA.

³ Cas particulier : lors de situations d'aérosolisation importante (nettoyage sous pression, etc.), un risque résiduel ne peut être exclu chez les personnels malgré l'application des mesures de précaution. Pour plus d'informations sur les mesures de protection, voir l'annexe 3 de [l'avis HCSP sur l'influenza zoonotique](#).

V. Conduite à tenir en cas de suspicion de grippe porcine ou aviaire

1. Identification et suivi du cas

Toute personne répondant à la définition de cas suspect est signalée à l'ARS par le clinicien ou le biologiste la prenant en charge⁴. **Le classement en cas possible doit être réalisé conjointement par SpFrance (via la cellule régionale concernée) et l'ARS**, avec l'appui d'un infectiologue référent si besoin.

L'ARS, en liaison avec le médecin ayant pris en charge le cas, veille à ce que **le prélèvement respiratoire soit envoyé sans délai au Centre National de Référence des virus des infections respiratoires**⁵. Dans le cas où ce prélèvement n'est plus disponible, l'ARS veille à ce qu'un nouveau prélèvement respiratoire soit effectué au plus vite et envoyé immédiatement par le laboratoire l'ayant réalisé sous emballage conforme accompagné de la fiche de renseignement complétée, au CNR.

Un prélèvement à *minima* naso-pharyngé est à réaliser pour le diagnostic, mais il est recommandé de coupler ce prélèvement à un prélèvement respiratoire profond si possible (patient hospitalisé).

En cas de classement en cas possible, l'ARS :

- **complète le questionnaire de cas possible** (questionnaire disponible [ici](#)), en lien avec SpFrance. Ce questionnaire comprend une partie concernant l'identification d'éventuelles personnes-contacts et co-exposées que le cas possible a pu avoir à partir de 48h avant et jusqu'à 10 jours après l'apparition des symptômes. Sauf situation exceptionnelle (cf. section 2 ci-dessous), les personnes-contacts ou co-exposées ne sont ni contactées et ni suivies par l'ARS avant la réception du résultat du test confirmant l'infection par un virus influenza d'origine porcine ou aviaire.
- **veille à l'envoi effectif du prélèvement au CNR**
- **assure le suivi des cas possibles jusqu'à guérison, décès ou exclusion**, en lien avec SpFrance.

En cas d'éléments épidémiologiques préoccupants (par exemple, cas groupés d'IRA dans l'entourage du cas possible), il peut être envisagé une demande d'ouverture de la Cibu (Institut Pasteur)⁵ pour analyser le prélèvement en urgence (c'est-à-dire hors jours ouvrés). Cette décision sera prise au cas par cas par la DGS, suite à une concertation avec Santé publique France, l'ARS et le CNR.

Pour plus d'informations sur les modalités de prise en charge d'un cas possible, se référer à [l'avis HCSP](#).

2. Identification et suivi des personnes-contacts ou co-exposées

Les personnes-contacts d'un cas possible sont listées dans le questionnaire cas possible, mais elles ne sont en principe pas contactées ni suivies avant la réception du résultat du test confirmant l'infection par un virus influenza d'origine porcine ou aviaire. Par ailleurs, les personnes ayant partagé la même exposition que le cas possible ne sont activement recherchées qu'en cas de confirmation de l'infection par un virus influenza d'origine porcine ou aviaire.

Toutefois, la recherche active et le suivi des personnes-contacts et co-exposées dès la validation du cas possible et sans attendre le résultat de la confirmation biologique, pourront être initiés **uniquement en cas d'éléments épidémiologiques ou cliniques alarmants** (par exemple, si le cas possible rapporte un nombre important de personnes symptomatiques parmi les personnes co-exposées ou ses contacts étroits, ou encore en cas de détection de plusieurs cas confirmés d'influenza d'origine porcine ou aviaire regroupés dans le temps et l'espace).

⁴ Les coordonnées des points focaux des ARS sont listées en annexe 3.

⁵ Les coordonnées du CNR Virus des infections respiratoires (dont la grippe) et de la Cibu sont listées en annexe 4.

Une telle décision sera prise au cas par cas, à l'issue d'une concertation entre l'ARS, SpFrance et le CNR. L'expertise du laboratoire national de référence (LNR) influenza porcin ou aviaire pourra être sollicitée pour la prise de décision.

3. Identification et suivi des personnes-contacts ou co-exposées de cas confirmés

En cas de confirmation de l'infection par un virus IA ou IP par le CNR, l'ARS, en lien avec SpFrance, prend contact avec **les personnes-contacts et co-exposées du cas confirmé** qui ont été identifiées dès le classement en cas possible. Elle s'assure que ces personnes sont asymptomatiques et informées que toute apparition de symptômes doit être rapidement prise en charge et signalée soit au SAMU/centre 15, soit directement à l'ARS. Le suivi de ces personnes se poursuit jusqu'à 10 jours après la fin de l'exposition/le dernier contact à risque.

Toutes les informations recueillies lors de l'investigation des cas confirmés sont colligées dans les questionnaires « cas possible/confirmé » (disponible [ici](#)) et « personnes co-exposées/contact » (disponible [ici](#)), qui sont saisies par SpFrance dans l'application informatique dédiée.

Pour plus d'informations sur les modalités de prise en charge d'un cas confirmé (mesures d'hygiène, traitement, désinfection du matériel, etc.), se référer à [l'avis HCSP](#).

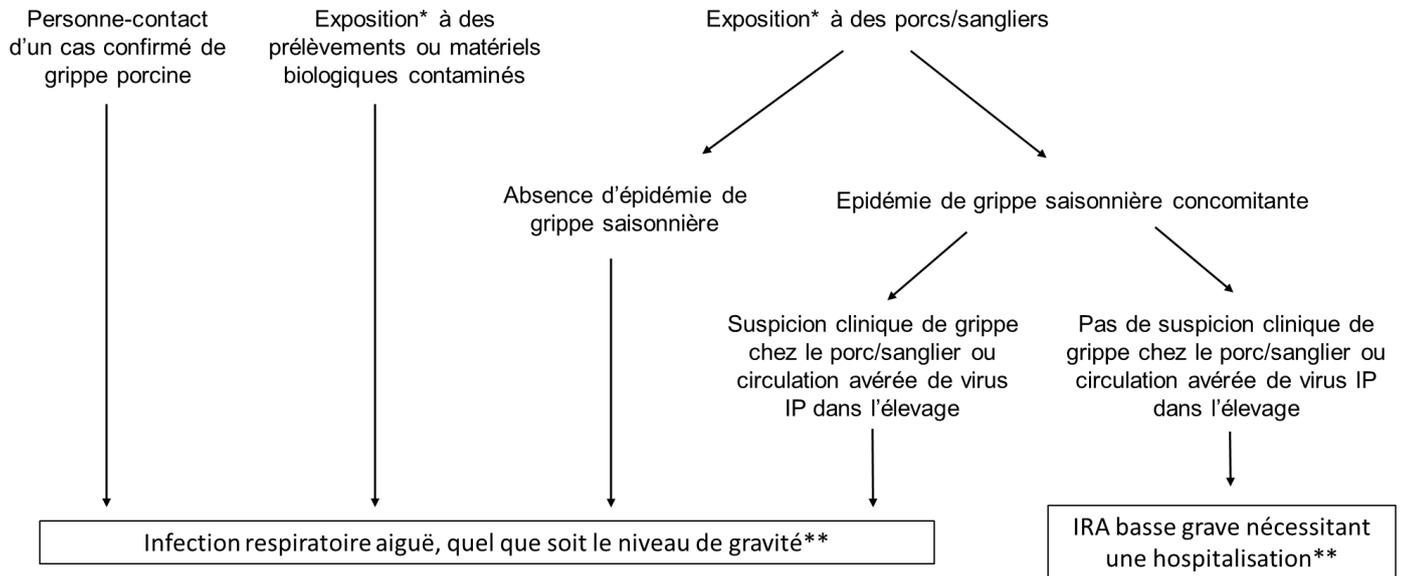
4. Modalités de transmission d'information

Le signalement initial du classement en cas possible par l'ARS à SpFrance se fait :

- En heure ouvrée : à la cellule régionale, qui en informe les directions des Maladies infectieuses (dmi-grippe@santepubliquefrance.fr) et Alerte et crise de SpF (alerte@santepubliquefrance.fr)
- En soirée ou le weekend : à l'astreinte épidémiologique de SpFrance, *via* l'adresse mail alerte@santepubliquefrance.fr

Les informations recueillies lors du signalement sont renseignées par l'ARS, en lien avec SpFrance, dans le questionnaire *ad hoc* (questionnaire « cas possible/confirmés » ou « personnes co-exposées/contact », puis saisies dans l'application informatique dédiée par Santé publique France.

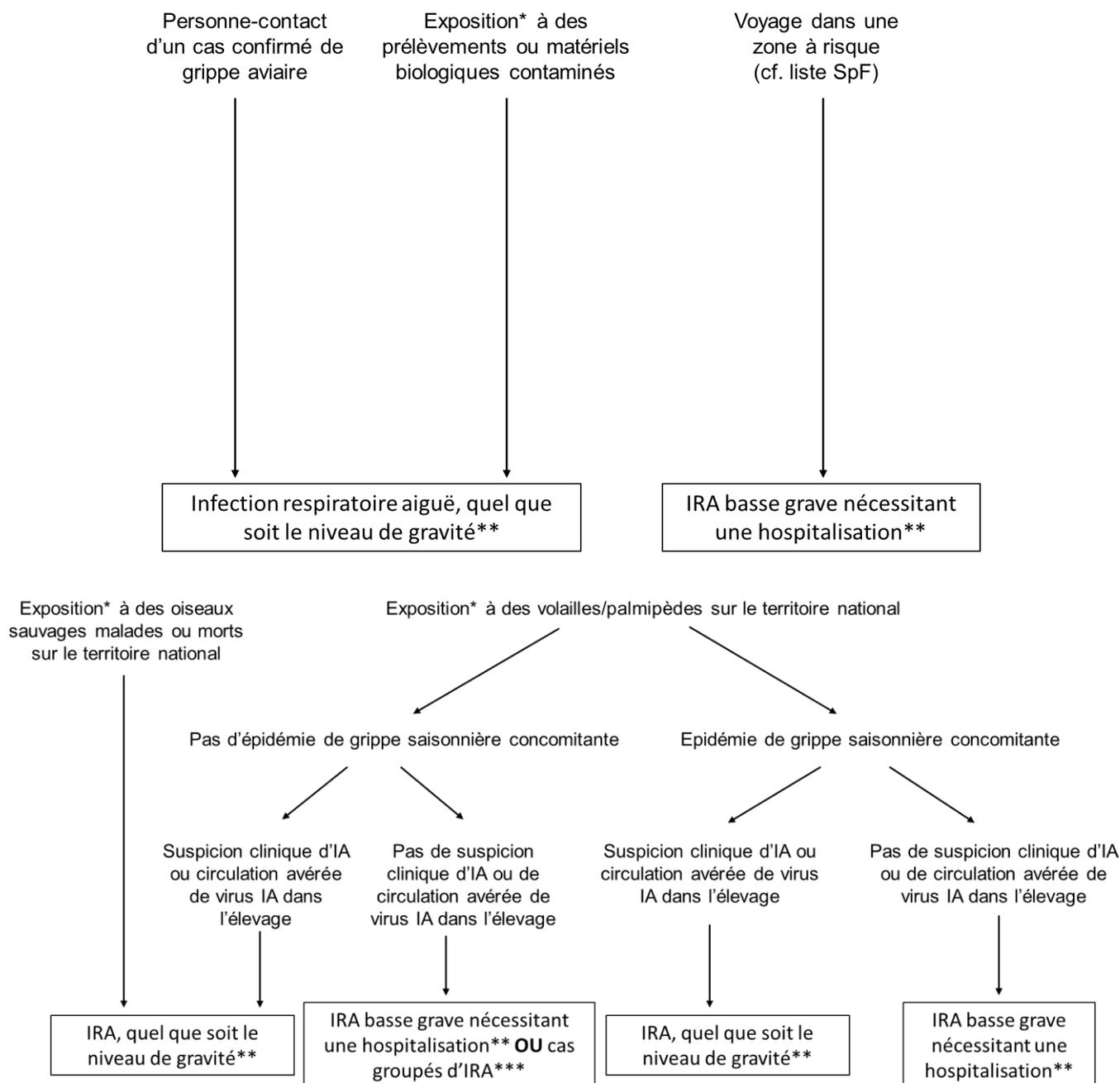
Annexe 1 : Circonstances à prendre en compte pour le classement en cas possible de grippe porcine



* Exposition en l'absence de mesures de protection.

** Sans autre étiologie identifiée, y compris le Covid-19 et la grippe saisonnière.

Annexe 2 : Circonstances à prendre en compte pour le classement en cas possible de grippe aviaire



* Exposition en l'absence de mesures de protection.

** Sans autre étiologie identifiée, y compris le Covid-19 et la grippe saisonnière.

*** Cas groupés d'IRA, quel que soit le niveau de gravité, chez les personnes-contacts et/ou co-exposées.

Annexe 3 : Coordonnées des points focaux régionaux en ARS

Région	Courriel alerte	Plateforme alerte
Auvergne Rhône-Alpes	ars69-alerte@ars.sante.fr	Tél. 0810 224 262 (24h/24 ; 7j/7) Fax : 04 72 34 41 27
Bourgogne Franche-Comté	ARS-BFC-ALERTE@ars.sante.fr	Tél. : 0809 404 900 (24h/24 ; 7j/7) Fax : 03 81 65 58 65
Bretagne	ars35-alerte@ars.sante.fr	Tél. : 09 74 50 00 09 (24h/24 ; 7j/7) Fax : 02 90 01 25 25
Centre Val de Loire	ars45-alerte@ars.sante.fr	Tél. : 02 38 77 32 10 (24h/24 ; 7j/7) Fax : 02 34 00 02 58
Corse	ars2a-alerte@ars.sante.fr	Tél. : 04 95 51 99 88 (24h/24 ; 7j/7) Fax : 04 95 51 99 12
Grand Est	ars-grandest-alerte@ars.sante.fr	Tél. : 09 69 39 89 89 (24h/24 ; 7j/7) Fax : 03 10 01 01 61
Guadeloupe	ars971-alerte@ars.sante.fr	Tél. : 05 90 41 02 00 (24h/24 ; 7j/7) Fax : 05 90 99 49 24
Guyane	ars973-alerte@ars.sante.fr	Tél. : 05 94 25 72 37 Fax : 05 94 25 72 91
Hauts de France	ars-hdf-alerte@ars.sante.fr	Tél. : 03 62 72 77 77 Fax : 03 62 72 88 75
Ile-de-France	ars75-alerte@ars.sante.fr	Tél. : 0825 811 411 (24h/24 ; 7j/7) Fax : 01 44 02 06 76
Martinique	ars972-alerte@ars.sante.fr	Tél. : 0820 202 752 (24h/24 ; 7j/7) Fax : 05 96 39 44 26
Mayotte	ars976-alerte@ars.sante.fr	Tél. : 02 69 61 83 20 (24h/24 ; 7j/7) Fax : 02 69 61 83 21
Normandie	ars14-alerte@ars.sante.fr	Tél. : 0809 400 600 (24h/24 ; 7j/7) Fax : 02 31 70 95 50
Nouvelle Aquitaine	ars33-alerte@ars.sante.fr	Tél. : 0809.400 004 (24h/24 ; 7j/7) Fax : 05 67 76 70 12
Occitanie	ars31-alerte@ars.sante.fr	Tél. : 0800 301 301 (24h/24 ; 7j/7) Fax : 05 34 30 25 86
PACA	ars13-alerte@ars.sante.fr	Tél. : 04 13 55 80 00 (365 j/365) Fax : 04 13 55 83 44
Pays de la Loire	ars44-alerte@ars.sante.fr	Tél. : 0800 277 303 (24h/24 ; 7j/7) Fax : 02 49 10 43 89
La Réunion	ars-974-alerte@ars.sante.fr	Tél. : 02 62 93 94 15 (24h/24 ; 7j/7) Fax : 02 62 93 94 56

Annexe 4 : Coordonnées du CNR Virus des infections respiratoires (dont la grippe) et de la Cibu

CNR des virus des infections respiratoires (3 laboratoires)

Institut Pasteur (laboratoire coordonnateur)

Unité de génétique moléculaire des virus à ARN
Département de virologie
25 rue du Dr Roux
75724 PARIS CEDEX 15

Nom du responsable : Pr Sylvie van der WERF

Tel : 01 45 68 87 25 (secrétariat) – 01 45 68 87 22 – Fax : 01 40 61 32 41

Email : grippe@pasteur.fr ; sylvie.van-der-werf@pasteur.fr

Régions concernées : Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val-de-Loire, Grand-Est, Hauts-de-France, Ile-de-France, Normandie, Pays-de-la-Loire.

Hospices civils de Lyon (HCL) (laboratoire associé)

Laboratoire de Virologie du CHU de Lyon /CNR des virus des Infections Respiratoires
Institut des agents infectieux
Hôpital de la Croix Rousse – GHN
103, grande rue de la Croix Rousse
69317 Lyon CEDEX 04

Nom du responsable : Pr Bruno LINA

Tel : 04 72 07 11 11 (secrétariat) – 04 72 07 10 20 – Fax : 04 72 07 37 54

Email : bruno.lina@chu-lyon.fr ; bruno.lina@univ-lyon1.fr

Régions concernées : Auvergne-Rhône-Alpes, Corse, La Réunion, Mayotte, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Institut Pasteur de la Guyane (laboratoire associé)

Laboratoire de virologie
23, avenue Pasteur
BP 6010
97 306 Cayenne Cedex

Nom du responsable : Dr Dominique ROUSSET

Tél : 05 94 29 26 09 – Laboratoire : 05 94 29 58 27

Secrétariat : 05 94 29 58 16 – Fax : 05 94 29 58 09

Email : drousset@pasteur-cayenne.fr

Régions concernées : Antilles, Guyane.

Cibu (Cellule d'intervention biologique d'urgence)

Institut Pasteur
28 rue du Dr Roux
75724 PARIS CEDEX 15

Nom du responsable : Dr Jean-Claude MANUGUERRA

Tel : 01 40 61 38 08

Email : jmanugu@pasteur.fr

En dehors des heures ouvrées (Système d'astreinte microbiologique 24h/24, 7j/7)

Email : sam-liaison@pasteur.fr

Tél : 06 86 68 35 53