



Avis et rapports du Haut Conseil de la santé publique

Les avis et rapports du HCSP de novembre 2012 à mars 2013

9 NOVEMBRE 2012

● Avis relatif à la diphtérie cutanée : adaptation de la conduite à tenir pour Mayotte

Des cas de diphtérie cutanée, majoritairement importés des Comores, surviennent épisodiquement à Mayotte. Or la couverture vaccinale contre la diphtérie dans la population de Mayotte est insuffisante pour assurer une immunité collective suffisamment protectrice.

Dans cet avis, le HCSP recommande que soit mise en place, sur l'île de Mayotte, une procédure pérenne permettant un diagnostic rapide de portage de *C. diphtheriae* et la mise en évidence du gène tox. Pour la prise en charge des cas de diphtérie, le HCSP a fait des recommandations concernant le recours à la sérothérapie et/ou à l'antibiothérapie curative en insistant sur la nécessité d'intervenir précocement en se référant aux informations en vigueur relatives à la sécurité d'emploi de ces spécialités (contre-indications, précautions d'emploi, interactions médicamenteuses). Concernant la conduite à tenir vis-à-vis des personnes contacts d'un cas de diphtérie cutanée, le HCSP recommande :

- pour les professionnels de santé : vérification du statut vaccinal et réalisation systématique d'un prélèvement de gorge ; l'antibiothérapie curative ne sera instituée qu'en cas de prélèvement avec résultat positif ; les cures itératives d'antibiotiques ne sont pas recommandées ;

- pour l'entourage : prélèvement des ulcérations cutanées chroniques, prélèvement pharyngé et antibiothérapie préventive systématique.

De plus, le HCSP recommande que soit réalisée à Mayotte une étude prospective de prévalence de *C. diphtheriae* au niveau d'ulcérations cutanées chroniques afin de disposer de données épidémiologiques.

Enfin, le HCSP rappelle l'importance du respect des règles de prévention, d'hygiène et de vaccination.

9 NOVEMBRE 2012

● Avis et rapport relatifs à l'actualisation des recommandations sur la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de gale

La gale humaine est due à un arthropode, acarien, dénommé *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Il s'agit d'une maladie infectieuse contagieuse, d'expression dermatologique.

L'incidence de cette maladie a augmenté en France de 10 % depuis 2002. Cette estimation d'incidence est semblable à celle observée dans la plupart des autres pays occidentaux.

Dans cet avis et le rapport qui l'accompagne, le HCSP rappelle les caractéristiques cliniques de la gale, fait le point sur les techniques diagnostiques et sur les traitements. Il recommande que les conditions du diagnostic de la gale soient précisées, que le traitement individuel puisse être rediscuté, que les traitements locaux soient remboursés, et que le traitement par la perméthrine topique soit mis à disposition. Le HCSP précise également les modalités de traitement de l'entourage du cas index, ainsi que celles du linge, de la literie et de l'environnement.

Concernant la gale hyperkératosique, le HCSP recommande que le traitement soit pris en charge en milieu spécialisé.

Par ailleurs, le HCSP recommande la réalisation d'études épidémiologiques ponctuelles et à intervalles réguliers (5 à 10 ans) afin de suivre les tendances épidémiologiques de la maladie notamment par la consommation des traitements spécifiques (antiscabieus), et l'impact des présentes recommandations qui pourront être revues en fonction de l'évolution des connaissances.

9 NOVEMBRE 2012

● Avis et rapport relatifs à l'utilisation des antiviraux chez les patients en extrahospitalier pour le traitement en curatif et le traitement en post-exposition en période de circulation des virus de la grippe saisonnière

Les antiviraux (inhibiteurs de la neuraminidase) ont une efficacité démontrée en traitement curatif sur la réduction du risque d'hospitalisation dans les cas de grippe saisonnières touchant des personnes à risque de complications. Toutefois, il existe un risque d'acquisition de résistance et des données récentes incitent à une utilisation raisonnée de ces antiviraux.

En période de circulation des virus de la grippe saisonnière, le HCSP recommande donc une utilisation ciblée des antiviraux en population générale et dans les collectivités de personnes à risque aussi bien en traitement curatif qu'en traitement post-exposition.

L'efficacité du traitement étant corrélée à la précocité de son administration, celui-ci doit être initié le plus rapidement possible, sans attendre le résultat du test de confirmation virologique du diagnostic s'il a été réalisé.

Le HCSP rappelle également l'importance de la vaccination grippale saisonnière pour les populations ciblées par les recommandations du calendrier vaccinal en vigueur.

Le HCSP ne recommande pas l'utilisation des antiviraux en curatif ou en post-exposition chez les personnes sans facteur de risque de complications grippales graves.

L'argumentaire sur lequel s'appuient ces recommandations est détaillé dans le rapport qui accompagne l'avis.

9 NOVEMBRE 2012

● Avis relatif à l'antibioprophylaxie et la vaccination méningococcique des personnes traitées par éculizumab (Soliris® 300 mg solution à diluer pour perfusion)

Le Soliris® (éculizumab) a obtenu en 2007 une autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne pour le traitement des patients adultes atteints d'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN). Fin 2011, une extension d'indication de cette AMM a été accordée au traitement des adultes et enfants atteints de syndrome hémolytique et urémique atypique (SHUa). Chez les patients traités par cette molécule, des mesures de prévention des infections invasives à méningocoque (IIM) sont nécessaires. Du fait de l'extension d'AMM, le Haut Conseil de la santé publique a été saisi afin de mettre à jour les recommandations relatives à la vaccination antiméningococcique et à l'antibioprophylaxie pour ces patients.

Le HCSP confirme les données de son avis du 12 juillet 2012 relatif aux indications du vaccin quadrivalent méningococcique A, C, Y, W135 conjugué, qui le recommandait aux personnes traitées par éculizumab (Soliris®). Cette vaccination doit être effectuée selon les AMM respectives des deux vaccins tétravalents conjugués disponibles (à partir de l'âge de 1 an pour le Nimenrix®, de 2 ans pour le Menveo®).

Il juge qu'aucun élément ne remet en cause aujourd'hui, ni l'intérêt, ni l'aspect rationnel des choix antibiotiques (pénicilline V, macrolides en cas d'allergie), que ces antibiotiques doivent continuer à être préconisés chez l'adulte et sont maintenant à préconiser chez l'enfant. Il recommande un traitement antibiotique



prophylactique pendant toute la durée du traitement par Soliris®, qui devra être poursuivi jusqu'à 60 jours après l'arrêt de celui-ci.

Dans tous les cas, les patients sous traitement par Soliris® doivent être informés des bénéfices et des risques liés à ce traitement, des signes et symptômes d'infection à méningocoque, ainsi que de la conduite à tenir pour obtenir une prise en charge immédiate. En cas de suspicion d'infection, une antibiothérapie appropriée doit être instaurée.

20 DÉCEMBRE 2012

● **Avis et rapport relatifs aux recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie**

Le Haut Conseil de la santé publique a été saisi par la Direction générale de la santé et la Direction générale du travail sur les risques liés aux pratiques de thanatopraxie et sur la possibilité de lever l'interdiction des soins de thanatopraxie pour les personnes décédées d'une des pathologies infectieuses mentionnées dans l'arrêté du 20 juillet 1998 (maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires, parmi lesquelles le VIH et les hépatites virales).

Dans son rapport et son avis, le Haut Conseil de la santé publique rappelle que les soins de thanatopraxie sont des actes invasifs, nécessitant l'utilisation de produits toxiques, voire cancérigènes. Quelles que soient les conditions dans lesquels ils sont réalisés, ils génèrent des risques pour le thanatopracteur. L'objectif du HCSP est de proposer un encadrement des conditions de travail des thanatopracteurs tel que ces risques soient réduits à un niveau aussi faible que possible. L'acceptabilité du risque résiduel devrait être analysée dans une perspective bénéfice-risque qui nécessite un débat sociétal.

Le HCSP recommande :

- qu'une bonne information des familles de défunts sur la réalité des soins de thanatopraxie soit délivrée ;

- que les actes soient réalisés exclusivement dans des locaux dédiés, spécifiques, et dans des conditions qui permettent de réduire les risques ;

- que les thanatopracteurs soient correctement formés à l'hygiène et à la sécurité.

Il recommande, sous ces conditions, la levée de l'interdiction des soins de corps pour les personnes décédées des infections par le VIH et les virus de l'hépatite B ou C.

1^{ER} FÉVRIER 2013

● **Avis et rapport relatifs à la place de l'artésunate injectable dans le traitement du paludisme grave chez l'adulte et l'enfant**

En France métropolitaine, malgré une diminution du nombre de cas de paludisme d'importation ces dix dernières années, 100 à 200 formes graves surviennent chaque année, dont 10 à 20 décès rapportés au Centre national de référence (CNR).

La diminution de la mortalité liée au paludisme passe par une optimisation de la prise en charge thérapeutique avec un diagnostic précoce et l'utilisation de traitements antipaludiques appropriés. En 2010, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a clairement positionné l'artésunate intraveineux (IV) comme le traitement de première intention des formes graves de paludisme chez l'adulte et chez l'enfant. Depuis mai 2011, l'artésunate IV est mis à la disposition des cliniciens hospitaliers en France dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation nominative (ATU).

Dans ce contexte, le Haut Conseil de la santé publique a établi des recommandations précises sur la place de l'artésunate IV dans le traitement des formes graves du paludisme à *P. falciparum*, mais aussi à *P. vivax* et *P. knowlesi*, chez l'adulte comme chez l'enfant, sur le territoire métropolitain ainsi qu'à Mayotte et en Guyane.

Dans le rapport joint à cet avis,

le HCSP fait le point sur la situation épidémiologique du paludisme grave et sur les caractéristiques de l'artésunate injectable. Il détaille les modalités de traitement par l'artésunate IV pour l'adulte et pour l'enfant, ainsi que les modalités de suivi des patients traités.

1^{ER} FÉVRIER 2013

● **Avis et rapport relatifs à la place du vaccin grippal Optaflu® dans la stratégie de lutte contre la grippe saisonnière**

Dans le cadre de la procédure de mise sur le marché du vaccin grippal trivalent inactivé Optaflu®, le Haut Conseil de la santé publique a émis des recommandations afin de déterminer la place de ce vaccin parmi les vaccins grippaux saisonniers actuellement à disposition.

Ce vaccin est produit sur culture cellulaire. Ce mode de production permet de s'affranchir d'un éventuel problème de disponibilité des œufs embryonnés de poule. En outre, contrairement aux vaccins grippaux trivalents inactivés classiques, il ne contient aucun résidu de protéines de l'œuf, ni traces d'aminoside.

Le Haut Conseil de la santé publique a pris en considération les données d'immunogénicité et de tolérance concernant ce vaccin, fait le point sur la problématique de l'allergie à l'œuf et recommande que le vaccin Optaflu® puisse être utilisé, dans le cadre de son autorisation de mise sur le marché (actuellement à partir de l'âge de 18 ans), chez les personnes éligibles à la vaccination antigrippale selon le calendrier vaccinal en cours.

De par son mode de production, ce vaccin peut être utilisé chez les personnes ayant des antécédents d'allergie de type anaphylactique aux protéines de l'œuf ou aux aminosides.

Le Haut Conseil de la santé publique souligne que le vaccin Optaflu®, enregistré selon une procédure européenne, nécessite une prescription médicale.

19 MARS 2013

● **Avis relatif à la prise en charge des patients suspects d'infections dues au nouveau coronavirus (HCoV-EMC)**

Depuis septembre 2012, une quinzaine de cas d'infections à nouveau coronavirus, responsable de pneumonies sévères (coronavirus proche du Sras à l'origine de l'épidémie de 2003) ont été documentés dans la péninsule Arabique et en Grande-Bretagne, où une possible contamination interhumaine a été confirmée.

L'éventualité de la survenue d'un cas en France ne pouvant être écartée, la Direction générale de la santé a demandé au HCSP un avis sur la conduite à tenir face à ce virus.

Cet avis s'appuie sur l'état des connaissances actuelles, sur l'épidémiologie, la clinique et la transmission de ce nouveau virus. Il expose la définition des cas possibles et des cas confirmés, les conditions de réalisation de la confirmation microbiologique et le traitement. L'organisation de la prise en charge est détaillée, en milieu hospitalier, en vue du contrôle du risque infectieux lors des soins. Les connaissances sur ce nouveau virus évoluent très vite ; le HCSP sera très probablement amené à actualiser ces recommandations.

Le HCSP a élaboré ces recommandations en collaboration avec la Coordination du risque épidémiologique et biologique et la Société de pathologie infectieuse de langue française, qui avaient initié une réflexion avec la Société française d'hygiène hospitalière, la Société française de microbiologie, en lien étroit avec le Centre national de référence des virus influenzae et l'Institut de Veille sanitaire.

Ces avis et rapports sont consultables sur <http://www.hcsp.fr>.