



**Conduite à tenir devant une suspicion ou un cas de grippe A(H1N1)
chez un professionnel de santé en établissement de santé
7 décembre 2009**

Consensus des CCLIN (<http://www.cclin-france.fr/>)

Cette conduite à tenir a pour objectif de limiter les circonstances d'exposition à un virus grippal dans les établissements de santé. Elle complète les mesures recommandées lors de la prise en charge d'un patient grippé.

Les mesures préconisées sont amenées à évoluer en fonction des données épidémiologiques et de l'organisation en place pour la réalisation des diagnostics de grippe A(H1N1).

Rappels : En cas de symptômes grippaux et de signes d'infection respiratoire, il est essentiel de porter un masque chirurgical dès les premiers signes pour limiter la transmission, et de suivre les procédures en vigueur dans l'établissement [voir argumentaire 1]. Il s'agit de la mesure la plus importante permettant de limiter la diffusion de l'ensemble des agents infectieux transmissibles par voie respiratoire.

Les vaccinations constituent l'autre moyen additionnel majeur pour limiter la transmission des virus grippaux (H1N1 et saisonnier), en milieu de soins, en complément du respect des précautions d'hygiène.

1. Stratégie diagnostique

- Si un ou 2 cas de grippe parmi des professionnels de santé exerçant en établissement de santé :
 - si le professionnel n'a pas travaillé dans la période de contagiosité et n'a pas eu de contact avec des collègues ou des patients : consultation médicale (médecin traitant), pas de prélèvement systématique ;
 - si le professionnel a eu un contact avec des patients ou des collègues de travail pendant la période de contagiosité : consultation médicale, prélèvement pour recherche grippe A(H1N1) selon fiche prélèvements naso-pharyngés 14/09/09.
- Si 3 cas ou plus : consultation médicale, prélèvements pour recherche spécifique A(H1N1) selon protocole InVS du 2 septembre 2009 (3 prélèvements maximum par cluster).

Rappel : Il n'est pas indiqué de réaliser des prélèvements pour recherche du virus A(H1N1) chez des personnes sans symptômes. Le prélèvement à visée diagnostique grippe A(H1N1) doit être fait selon les recommandations prélèvements nasopharyngés (14/09/09) et adressé pour analyse aux laboratoires autorisés (listes mises à jour par les ARH).

2. Mesures barrières à mettre en place, en complément des précautions standard d'hygiène

- Dans l'attente du diagnostic
 - Professionnel présentant des symptômes de grippe sur le lieu de travail
 - port d'un masque chirurgical dès les premiers symptômes
 - selon la procédure en vigueur dans l'établissement : information de l'encadrement et consultation médicale du cas pour prise en charge
 - prélèvement (fiche prélèvements nasopharyngés 14/09/09)
 - éviction, traitement selon les recommandations.
 - Professionnels en contact* avec la personne malade dans les 24h précédant les signes cliniques et pendant les signes cliniques
 - à recenser et informer
 - préconisation du port d'un masque chirurgical dans l'attente du diagnostic.
 - Elaborer la liste des patients contacts
- Diagnostic confirmé (cf. définition InVS selon le protocole d'investigation du 2 septembre 2009)
 - Professionnel concerné : éviction pendant la période de contagiosité**
 - Personnes en contact* avec le malade (professionnel de santé ou patient pris en charge sans précautions adaptées pendant la phase de contagiosité) dans les 24h précédant les signes cliniques et pendant les signes cliniques :
 - Professionnels exposés asymptomatiques : **port d'un masque chirurgical pendant 72 heures** après le dernier contact avec le professionnel atteint. [voir argumentaire 2]

- Patients exposés : surveillance par les soignants de l'apparition de signes cliniques chez les patients hospitalisés et information des patients en les incitant à signaler tout symptôme évocateur de la grippe ; évaluation médicale de l'indication d'une prophylaxie si le patient présente des facteurs de risque.

Cas particulier : Si son état de santé l'autorise à travailler avant la fin de la période de 7 jours après l'apparition des symptômes**, selon l'organisation définie dans l'établissement, le professionnel pourra si nécessaire reprendre son travail avec port de masque chirurgical jusqu'à la fin de la période de contagiosité en privilégiant [voir argumentaire 3]

- des soins à des patients ne présentant pas de facteur de risque,
- des tâches sans contact avec des patients,
- pause et déjeuner dans le service, à l'écart des collègues, avec aération des locaux.

***Contact : soins à moins d'un mètre lors de la prise en charge d'un patient, échanges professionnels à moins d'un mètre.**

Un professionnel n'est plus considéré comme un contact à partir du dixième jour¹ suivant sa première dose vaccinale. Si cette immunité conférée par le vaccin ne rend pas nécessaire le port du masque systématique à titre préventif, elle ne dispense pas, par contre, du respect des mesures à mettre en œuvre dans le cadre des précautions standard et complémentaires.

** Il est considéré que la période de contagiosité commence 24h avant le début des signes cliniques et dure jusqu'à 7 jours après le début des signes cliniques en l'absence de traitement antiviral. (cf protocole d'investigation InVS du 2/09/09)

3. Mesures organisationnelles

Avant l'apparition de tout cas : selon l'organisation interne associant notamment le référent grippe et l'EOHH des informations sur la conduite à tenir en cas de (suspicion de) grippe doivent être élaborées et diffusées aux professionnels de santé. Un circuit d'information et de prise en charge des professionnels atteints est à formaliser. La stratégie locale d'éviction et/ou de réaffectation des personnels atteints et dont l'état de santé permet une activité professionnelle pourra être adaptée à la situation locale.

¹ L'immunité n'est pas une loi du tout ou rien. La montée post vaccinale des anticorps se fait de façon rapide pour atteindre un maximum vers 14 jours et décroître lentement ensuite comme on l'a démontré pour la vaccination contre la grippe saisonnière (Kinzel et al. Kinetics of humoral response to trivalent inactivated split influenza vaccine in subject previously vaccinated or vaccinated for the first time. Vaccine,1996;14:1108-10). Pour les vaccins pré pandémiques ou pandémiques l'évaluation de l'immunisation a souvent été faite à 21 jours ce qui ne signifie pas l'absence de protection plus précoce. Dans les rares données publiées avec un vaccin pandémique adjuvanté on constate que le niveau de séroconversion et séroprotection est équivalent à 14 et 21 jours post vaccinaux (Tristan et col. Trial of influenza A (H1N1) 2009 monovalent MF 59-adjuvanted vaccine – preliminary report. New Engl J Med 2009;361). De ce fait, fixer le délai optimum post vaccinal à partir duquel on considère un soignant immunisé comporte une part d'arbitraire. Pour la finalité de la mesure de prévention visée ici et pour son caractère pédagogique incitatif à la vaccination le délai de 10 jours paraît adapté au vu des connaissances actuelles. Aller au-delà de 14 jours ne paraît pas rationnel voire contreproductif pour l'objectif de promotion de la vaccination.

Si plus d'un cas de grippe A(H1N1) sont diagnostiqués dans un même service :

- Informer l'EOHH.
- Activer la cellule de crise (direction, équipe d'hygiène, médecin du travail, soins infirmiers, pdt CME, chef des services/pôles concernés, et, s'ils existent dans l'établissement, infectiologue, virologue et responsable des urgences...) pour définition des actions :
 - o éviction, prise en charge, réaffectation des professionnels,
 - o signalement du cluster à la DDASS et des cas nosocomiaux à la DDASS et au CCLIN selon les recommandations en vigueur,
 - o signalement des cas graves (hospitalisés en réanimation ou décédés directement à l'InVS) selon le protocole de surveillance des cas graves de l'InVS mis à jour le 16 novembre 2009.
 - o recherche des facteurs favorisant de transmission intra-établissement,
 - o information des professionnels,
 - o information des patients contacts des professionnels atteints
 - étude de l'intérêt de l'information des patients retournés à domicile (patients pouvant bénéficier d'un traitement préventif selon les recommandations en vigueur),
 - information systématique des structures/collectivités où ont été transférés des patients exposés.

4. **Traitement** : se référer aux recommandations de traitement figurant sur le site du ministère et de l'AFSSaPS.

5. Généralisation du port de masque chirurgical à titre préventif pour toute prise en charge d'un patient voire pour tout soignant: la multiplication des clusters en établissements de santé touchant le plus souvent des professionnels de santé, mais aussi désormais des patients (surtout dans les secteurs de long séjour ou psychiatrie) a amené nombre d'établissements à adopter une stratégie de port de masque permanent à plus ou moins grande échelle faisant par là le constat d'échec de la mise en œuvre de mesures mieux ciblées.. Ce port de masque chirurgical chez les personnes non vaccinées a pour objectif de protéger systématiquement les patients et les professionnels en réduisant aussi le risque d'accroissement brutal des tensions en termes d'effectif soignants. Cette mesure peut avoir un côté incitatif à la vaccination. **Même si cette stratégie par défaut ne repose sur aucun fondement scientifique, et n'est pas recommandée de façon systématique, sa mise en place peut se débattre au niveau local** mais elle ne devra être décidée que sous condition d'un approvisionnement en masques chirurgicaux suffisant et sous réserve d'un port de masque conforme.

6. La mise en place de secteurs de haute densité virale fait l'objet d'un avis scientifique de la SFHH et de la SPILF débattant l'opportunité d'une telle stratégie et ses pré requis. (http://www.sfhh.net/telechargement/PreconisationsSFHH-SPILF_secteurshautebassedensitevirale_23112009.pdf)

Argumentaire 1 : **Port du masque chirurgical dès les premiers symptômes**

C'est la mesure principale de prévention car

- la concentration virale tissulaire est maximale lors du début de la phase clinique,
- la dissémination virale est favorisée par la toux et la rhinorrhée.

Les données issues de l'analyse, par l'InVS, des cas groupés de grippe H1N1 survenus en France montrent que la transmission maximale au sein des établissements de santé est survenue à partir de sujets qui présentaient des symptômes depuis 2 à 3 jours et qui ne portaient toujours pas de masque à ce moment.

Argumentaire 2 : **Port du masque chirurgical chez les sujets contacts**

- Cette mesure vise à prévenir la diffusion du virus par des professionnels qui auraient été contaminés et seraient en phase pré clinique, les personnes atteintes de grippe étant considérées comme contagieuses 24h avant l'apparition des signes cliniques. En effet, l'excrétion virale débute moins de 24 heures avant la symptomatologie mais avec une concentration virale moindre qu'en phase clinique et une diffusion réduite par l'absence de symptômes. Il s'agit donc de protéger, grâce au port du masque, les personnes exposées à des professionnels possiblement en incubation.
- Cette mesure de prévention additionnelle reposant sur des avis d'experts il est justifié de la cibler sur les sujets contacts proches, à risque avéré de contamination, et d'en limiter la durée pour que cela soit acceptable par les soignants tout en couvrant la période d'incubation la plus classique de la grippe.
- Cette mesure a pour objectif de retarder la diffusion en milieu de soins en protégeant les patients potentiellement exposés et les professionnels. **Son utilité (coût-bénéfice) pourra être remise en cause dès que le seuil épidémique sera atteint dans la population générale tant la probabilité pour un professionnel d'être en contact avec le virus dans la communauté sera alors élevée.**
- La durée de port du masque chirurgical par le sujet contact asymptomatique préconisée est de 72 heures sur la base des éléments ci-après.
 - o La durée de 72 heures correspond à la durée d'incubation décrite pour la majorité des virus grippaux et couvre la période d'excrétion maximale du virus [1, 2].
 - o L'étude des cas groupés survenus en France [3] oriente vers une durée d'incubation de 2 à 4 jours et les données internationales analysées début mai 2009 indiquaient une durée médiane d'incubation de 3-4 jours avec une étendue de 1 à 7 jours [4].
 - o La durée de port du masque chirurgical pendant 72 heures est une mesure qui peut être facilement mise en place et acceptée par les professionnels par rapport à une durée plus longue.
 - o **Les données issues de l'analyse par l'InVS des cas groupés de grippe H1N1 survenues en France montrent que la transmission en phase asymptomatique semble très restreinte et que les cas précoces seraient plutôt à considérer comme co-primaire. Toutefois ces éléments ne paraissent pas de nature à faire annuler, à ce stade, la recommandation du port du masque à titre préventif chez les sujets contacts. Le recours à cette stratégie devrait être, de toute façon, de plus en plus limité avec l'augmentation progressive de la couverture vaccinale des professionnels.**

Argumentaire 3 : **Maintien au travail des personnels atteints :**

A un stade de la pandémie la continuité de l'activité des établissements de santé peut passer par le maintien en activité de professionnels atteints de la grippe mais ayant une symptomatologie modérée.

Eviction minimale : Une éviction de 48 heures minimum paraît rationnelle car elle permet au soignant de se reposer durant la phase où les symptômes et l'excrétion virale sont maxima.

Port du masque : Le port du masque chirurgical chez le sujet atteint en activité doit être maintenu pendant 7 jours après le début des symptômes ou 5 en cas de traitement prophylactique à l'oseltamivir [5,6].

Prophylaxie antivirale : Dans les études disponibles la prophylaxie antivirale réduit de façon significative la quantité et la durée d'excrétion virale [5, 6].

Hygiène des mains renforcée avec mise à disposition de flacon de poche de SHA si possible.

Affectation des personnels atteints vers des secteurs moins à risque : si, en théorie, cette mesure paraît logique, son applicabilité reste difficile car la polyvalence des personnels entre services n'existe pas réellement. Il paraît plus à risque d'affecter des personnels non expérimentés dans un service très technique, type réanimation ou urgence, plutôt que d'y laisser un professionnel aguerri mais atteint de la grippe avec des symptômes minimes.

L'expérience des pays ou régions françaises de l'hémisphère sud qui ont déjà été confrontées à un pic épidémique montre que le recours à une telle stratégie par défaut n'a pas été nécessaire à ce jour. **La protection par une vaccination large des professionnels de santé est de nature à éviter cette problématique d'organisation.**

Références

1. JJ Treanor. Influenza virus. in Mandell and coll. Principles and practice of infectious diseases, 6th edition, 2005. p. 2060 à 2085.

- Durée d'incubation : 18 à 72h

2. Carrat F, Vergu E, Ferguson NM, Lemaitre M, Cauchemez S, Leach S, Valleron AJ. Time lines of infection and disease in human influenza: a review of volunteer challenge studies. *Am J Epidemiol.* 2008 Apr 1;167(7):775-85.

- Dissémination du virus : pic à J2, durée moyenne : 4,8 jours

3. Jeannot AC, Hamoudi M, Bourayou N, Tabuteau C, Garandeu C, Trapateau JM, Bouscambert M, Lina B, Fleury HJ. Premiers cas de transmission secondaire en France du nouveau virus grippal d'origine porcine A(H1N1)v *Med Mal Infect.* 2009 Jul 23.

- Durée d'incubation : 2 à 4 jours

4. ECDC. INTERIM RISK ASSESSMENT. Pandemic (H1N1) 2009 influenza, 21 August 2009 (http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Documents/0908_Influenza_AH1N1_Risk_Assessment.pdf)

“There are also preliminary reports that the incubation period may have a longer tail than usually observed. The results to date are: median 3–4 days, range 1–7 days [58]. »

58 : WHO. Media Briefing Dr Keiji Fukuda, Assistant Director-General for Health Security and Environment, World Health Organization May 9th 2009. Available from: http://www.who.int/mediacentre/swineflu_presstranscript_2009_05_04.pdf

7. Aoki FY, Boivin G. Influenza virus shedding: excretion patterns and effects of antiviral treatment. *J Clin Virol.* 2009 Apr;44(4):255-61.

8. Lee N, Chan PK, Hui DS, Rainer TH, Wong E, Choi KW, Lui GC, Wong BC, Wong RY, Lam WY, Chu IM, Lai RW, Cockram CS, Sung JJ. Viral loads and duration of viral shedding in adult patients hospitalized with influenza. *J Infect Dis.* 2009 Aug 15;200(4):492-500.