



17 septembre 2009

Conduite à tenir pour les femmes enceintes en cas d'épidémie de grippe A(H1N1)

La France comptabilise environ 1 400 000 grossesses et 800 000 accouchements par an. Selon les données de la littérature, **l'incidence et la gravité de la grippe augmentent avec le terme de la grossesse** aussi bien pour la future mère (problèmes respiratoires par diminution de la capacité respiratoire, surinfection accrue par diminution des défenses immunitaires) que pour le fœtus : le risque d'accouchement prématuré est multiplié par 4.

Le suivi et la prise en charge des femmes enceintes dans une période de pandémie grippale nécessitent de préciser le cadre du dispositif mis en place et les moyens de protection incluant la prise en charge des nouveau-nés (jusqu'à 28 jours). Certaines des mesures proposées sont applicables dès maintenant (situation pandémique 5B), d'autres ne le seront qu'en phase pandémique 6 avec circulation virale importante.

Objectifs

- Éviter la contamination des femmes enceintes par le virus pandémique en privilégiant quatre axes :
 - le suivi de la grossesse des femmes enceintes non grippées par des sages-femmes (libérales ou travaillant en services de protection maternelle et infantile, PMI) ou des médecins libéraux (possible jusqu'à la 35^e semaine) ;
 - le respect des règles d'hygiène universelles : isolement, lavage des mains et port d'un masque chirurgical pour les cas index ;
 - l'organisation des services de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie selon une gradation pour réduire les risques de contamination, pouvant aller jusqu'à la distinction en zone de haute et basse densité virale ;
 - la réduction de la durée d'hospitalisation avec organisation d'un suivi à domicile.
- Protéger le nouveau-né de la contamination par le virus pandémique.
- Ne pas méconnaître les diagnostics différentiels potentiellement graves chez la femme enceinte (listériose, pyélonéphrite, etc.) et le nouveau-né ou le nourrisson (méningite, pyélonéphrite, etc.).
- Traiter au plus tôt les femmes exposées et les femmes infectées.

Organisation des soins de ville

Le nombre d'actes (visites ou consultations) durant la grossesse doit être limité, hors contexte pathologique, au minimum indispensable :

- au moment du diagnostic de la grossesse (10-12 semaines d'aménorrhée) ;
- à 20-23 semaines d'aménorrhée ;
- à 32 semaines d'aménorrhée ;
- en fin de grossesse, aux alentours de 38 semaines d'aménorrhée.

L'ensemble des professionnels de la naissance (sages-femmes, médecins spécialistes concernés et médecins généralistes) doivent assurer, dans la mesure du possible, les suivis de grossesse à domicile. Ainsi, les actes s'effectueront en visite à domicile (médecins généralistes libéraux, sages-femmes libérales, médecins des services de protection maternelle et infantile, pédiatres libéraux) ou en consultation au cabinet (gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens, pédiatres).

Les premières visites sont assurées par une sage-femme, un gynécologue médical ou un médecin généraliste. Un gynécologue obstétricien de la maternité la plus proche peut être contacté si besoin.

Le carnet de santé maternité, délivré à chaque femme enceinte au début de sa grossesse sous la responsabilité du conseil général, comporte un dossier prénatal sur lequel ils peuvent s'appuyer. Les résultats des antécédents médicaux et obstétricaux, des bilans biologiques et des consultations y sont consignés.

Ce document appartient à la femme, qui le conserve. Lorsque ce carnet n'est pas délivré, la femme enceinte doit pouvoir disposer en période de pandémie grippale des éléments essentiels précités du suivi de sa grossesse.

La visite du dernier mois de grossesse (38 semaines d'aménorrhée) doit être assurée par un professionnel de la naissance (sage-femme ou gynécologue obstétricien).

Deux échographies sont recommandées : à 12-14 semaines d'aménorrhée et à 22 semaines d'aménorrhée. Celle de la 32^e semaine d'aménorrhée peut, dans un contexte pandémique, être supprimée, sauf indication médicale ou obstétricale l'exigeant.

Ces échographies doivent être pratiquées de préférence dans un cabinet de ville afin d'éviter les lieux à haute densité virale potentielle.

En fonction des conséquences de la pandémie, il pourra être recommandé de retarder d'une à deux semaines l'échographie de la 22^e semaine d'aménorrhée.

Un gynécologue obstétricien référent sera identifié au plan départemental ou régional selon les possibilités locales. Le SAMU/Centre 15 pourra le contacter ou le mettre en contact avec un médecin généraliste ou une sage-femme en cas de problème (conseil, avis ou déplacement d'un spécialiste sur décision de la régulation du SAMU/Centre 15).

Surveillance des femmes enceintes

Les femmes enceintes non grippées devront être suivies prioritairement au cabinet ou à domicile par les gynécologues médicaux, les gynécologues obstétriciens, les sages-femmes libérales ou exerçant en PMI, les médecins généralistes libéraux.

Pour les grossesses pathologiques, la nécessité d'une hospitalisation sera appréciée au cas par cas en fonction de l'état clinique de la patiente et des risques encourus.

Un traitement maternel par **corticoïde** n'est pas contre-indiqué en cas de menace d'accouchement prématuré chez une femme non grippée, **ses indications ne sont pas modifiées** par le contexte de pandémie grippale.

Vaccination

Le Haut Conseil de la santé publique recommande de vacciner les femmes enceintes contre le virus A(H1N1) au début du 2^e trimestre. Deux injections espacées de 21 jours seront faites avec un vaccin sans adjuvant de préférence (cf. avis du Haut Conseil de la santé publique du 7 septembre 2009).

Au travail, les femmes enceintes observeront les règles d'hygiène recommandées pour la population générale.

Pour le personnel soignant, il est recommandé d'affecter les femmes enceintes à des postes où elles n'auront pas à prendre en charge des patient(e)s grippé(e)s ou suspects de l'être. En période de pandémie, il n'est pas souhaitable d'autoriser les femmes enceintes à reporter une partie de leur congé prénatal à la période post-natale.

En cas de suspicion d'un cas de grippe dans l'entourage familial

Lors de la suspicion d'un cas de grippe dans l'entourage familial d'une femme enceinte non malade et **en l'absence de vaccination complète contre la grippe A(H1N1)**, la mise sous **traitement antiviral en prophylaxie** est recommandée, quel que soit le trimestre de grossesse et la présence ou non de facteurs de risque. Le prélèvement du cas index doit être discuté pour permettre l'arrêt de la prophylaxie de la femme enceinte s'il s'avère négatif.

Le traitement prophylactique par l'oseltamivir (Tamiflu®) à la dose de 75mg par jour soit une gélule par jour pendant 10 jours, ou le zanamivir (Relenza®) à la dose de 2 inhalations (2 x 5 mg) une fois par jour pendant dix jours, peut être prescrit, quel que soit le trimestre de grossesse et la présence ou non de facteurs de risque.

Toutefois, on rappelle que le zanamivir, compte tenu de son mode d'administration par voie inhalée :

- peut poser problème s'il est utilisé par des personnes ayant des difficultés de compréhension et pour lesquelles on ne peut garantir une certaine observance au traitement (avis du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France (CSHPF), 16 février 2004) ;

- peut être source de complications respiratoires (bronchospasmes, détériorations parfois aiguës de la fonction respiratoire). De ce fait, l'oseltamivir (Tamiflu®) devra être préféré chez les patients asthmatiques ou atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ;
- enfin n'est disponible que dans les hôpitaux alors que l'oseltamivir (Tamiflu®) est en vente en officine de ville.

Recommandations pour la mise en œuvre du traitement prophylactique

- La mise en œuvre d'un traitement antiviral en prophylaxie n'a pas d'intérêt chez la femme correctement vaccinée contre le virus A(H1N1).
- Il n'a plus d'intérêt au-delà de 48 heures après le dernier contact avec le ou les cas index identifié(s). La personne sera informée de la nécessité de consulter rapidement en cas d'apparition de signes de grippe afin qu'un traitement antiviral curatif soit éventuellement instauré.
- Le traitement antiviral est arrêté dès que la recherche virologique (PCR sur prélèvement nasal) s'avère négative chez le cas index.
- Au plan de la pharmacovigilance : tout effet indésirable grave ou inattendu (en particulier chez le nourrisson de moins d'un an ou chez la femme enceinte) doit être déclaré aux centres régionaux de pharmacovigilance.
- Le respect des mesures barrière (isolement, lavage des mains et port d'un masque chirurgical pour le cas index) doit être rappelé.

En cas de suspicion de grippe A(H1N1) chez la femme enceinte

Les femmes enceintes fébriles doivent faire l'objet d'une évaluation le plus rapidement possible, dans le but d'éliminer les autres causes de fièvre : infection urinaire, listériose, paludisme... La réalisation d'une bandelette urinaire/examen cyto bactériologique des urines, NFS à la recherche d'une hyperleucocytose, hémocultures, et le cas échéant frottis/goutte épaisse est recommandée.

En cas de suspicion de grippe

La présence d'un syndrome respiratoire aigu à début brusque et de signes généraux (fièvre > 38° C ou courbatures ou asthénie) chez une femme enceinte doit entraîner une **consultation hospitalière dédiée avec prise en charge obstétricale concomitante. Cette consultation dédiée sera organisée de préférence dans une zone particulière du service de gynécologie-obstétrique** au cours de laquelle sont recommandées :

- la réalisation d'un **prélèvement nasal** pour recherche virologique H1N1 si celui-ci est possible

ET

- la mise sous **traitement antiviral curatif** par oseltamivir (Tamiflu®) 75 mg x 2 par jour (deux gélules/jour) pendant 5 jours, quel que soit le trimestre de grossesse et la présence ou non de facteurs de risque de gravité.

Le traitement curatif doit être entrepris immédiatement devant l'association de fièvre et de signes respiratoires car il n'a plus d'intérêt au-delà de 48 heures. Il sera arrêté si le résultat du prélèvement est négatif.

Les résultats du prélèvement nasal seront communiqués dès réception à la patiente et à son médecin traitant.

Si le prélèvement ne peut être fait et en cas d'association de syndrome respiratoire et de fièvre à début brutal, le traitement curatif sera quand même entrepris étant donné la gravité des formes pulmonaires chez la femme enceinte.

Il est rappelé que la grossesse en elle-même est un facteur de risque de gravité de la grippe, notamment au troisième trimestre.

Les autres facteurs additionnels de risque de grippe grave sont l'existence chez la femme enceinte d'une des pathologies suivantes :

- affections broncho-pulmonaires chroniques, dont asthme, dysplasie broncho-pulmonaire et mucoviscidose ;
- cardiopathies congénitales mal tolérées, insuffisances cardiaques graves et valvulopathies graves ;
- néphropathies chroniques graves, syndromes néphrotiques purs et primitifs ;
- accident vasculaire cérébral invalidant, formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- drépanocytoses, homozygote et double hétérozygote S/C, thalasso drépanocytose ;
- diabète insulino dépendant ou non insulino dépendant ne pouvant être équilibré par le seul régime ;
- immunodépression y compris transplantation de moelle ou d'organe, néoplasie sous-jacente, déficits immunitaires cellulaires, dont infection par le VIH, et asplénies anatomiques ou fonctionnelles ;
- obésité morbide (**facteur de risque possible à ce jour pour les infections A(H1N1)**) ;
- alcoolisme avec hépatopathie chronique.

Qui hospitaliser ?

L'hospitalisation en chambre individuelle **et secteur dédié de maternité ou maladies infectieuses ou pneumologie ou réanimation** d'une femme enceinte présentant un syndrome fébrile associé à des signes respiratoires est conseillée dans les cas suivants :

- présence de signe(s) de gravité maternelle tels que :
 - o troubles de la vigilance, désorientation, confusion ;
 - o pression artérielle systolique inférieure à 90 mm Hg ;
 - o hypothermie (température inférieure à 35°C) ;
 - o hyperthermie ne répondant pas aux antipyrétiques ;
 - o fréquence respiratoire supérieure à 30/min ;
 - o fréquence cardiaque supérieure à 120/min

et/ou

- présence d'un facteur additionnel de risque de grippe grave et/ou
- suspicion de surinfection bactérienne respiratoire haute ou basse et/ou
- doute sur un autre diagnostic associé.

L'orientation dépendra :

- des signes de gravité (si présents, réanimation) ;
- du terme de la grossesse ;
- des signes obstétricaux (si présents, hospitalisation en maternité) ;
- en l'absence de signes de gravité, les femmes ayant un terme < 26 SA, pas de signes obstétricaux ni de nécessité de surveillance obstétricale rapprochée pourront être hospitalisées en maladies infectieuses.

En cas de grippe confirmée sans signes de gravité qui nécessiteraient l'hospitalisation :

- le suivi de la grossesse est réalisé à domicile dans la mesure du possible ;
- la prescription d'oseltamivir est remise à la patiente et sera dispensée en officine de ville ;
- seront aussi remis à la patiente :
 - o feuille d'information et conseils de prévention
 - o lettre pour médecin traitant
 - o masques chirurgicaux ;
- les contacts rapprochés de la patiente doivent être orientés vers un médecin généraliste.

Recommandations en cas de mise en route de traitement curatif chez la femme enceinte

- Devant tout cas suspect de grippe A(H1N1) chez une femme enceinte, la recherche de personnes à risque de grippe grave parmi son entourage proche est recommandée, dans l'objectif d'une mise sous traitement prophylactique.
- Le traitement antiviral doit être prescrit dans les 48 heures suivant l'apparition des premiers symptômes ; néanmoins, il peut être justifié en cas de forme avec signe de gravité de débiter ce traitement même au-delà des 48 heures après avis spécialisé.
- Le traitement antiviral est arrêté dès que le résultat de la recherche virologique s'avère négatif.
- Le respect des mesures barrière (isolement, lavage des mains et port d'un masque chirurgical pour le cas index) doit être rappelé.
- L'épisode grippal passé, la surveillance de la grossesse sera identique à celle des femmes non grippées.
- Au plan de la pharmacovigilance : tout effet indésirable grave ou inattendu (en particulier chez le nourrisson de moins d'un an ou chez la femme enceinte) doit être déclaré aux centres régionaux de pharmacovigilance.

L'organisation des services de gynécologie-obstétrique

L'organisation de la prise en charge des patientes en service de gynécologie-obstétrique est basée sur les 4 principes communs à tous les services d'un établissement :

- Maintien des capacités d'hospitalisation :
 - o les capacités d'hospitalisation dans les services de maternité sont préservées au maximum en l'état par la limitation de la durée de séjour en suites de couches.

- Déprogrammation : concerne essentiellement, pour les services de gynécologie :
 - les activités de chirurgie gynécologique non urgente ;
 - les activités d'assistance médicale à la procréation.
 Cette déprogrammation devra permettre de libérer des locaux, des matériels et du personnel nécessaires à la mise en place de la sectorisation.
- Organisation de circuits pouvant aller jusqu'à la sectorisation en zone de haute et basse densité virale : accueil, les urgences, salles de travail, blocs, séjour en suites de couches. L'organisation de cette sectorisation peut se faire :
 - au niveau de l'établissement par réaffectation des locaux, matériels et personnels des activités déprogrammées ;
 - ou au niveau d'une organisation départementale et, dans ce cas-là, doit être décrite dans le Plan Blanc Elargi du département (identifiant les maternités disposant d'une réanimation adulte, cf. prise en charge de l'accouchement ci-dessous).
- Renfort du personnel : le personnel hospitalier pourra être renforcé par les élèves sages-femmes, élèves puéricultrices, internes de spécialité (gynécologie-obstétrique) voire étudiants en médecine qui sont passés dans les services d'obstétrique.

Accueil aux urgences de gynécologie-obstétrique

Les principes énoncés pour les urgences « classiques » s'appliquent aux urgences de gynécologie-obstétrique car l'attente des patientes induira un contact inévitable entre grippées et non grippées.

Un accès spécifique à la maternité doit être prévu. Cet accès dédié à l'obstétrique doit permettre d'organiser :

- une zone de tri en amont des urgences obstétrique,
- une sectorisation de ce service d'urgences en ZHDV/ZBDV.

Chaque établissement doit prévoir un protocole pour l'envoi des prélèvements nasaux vers le laboratoire référent pour l'identification du virus.

Prise en charge de l'accouchement

L'accouchement doit avoir lieu dans un établissement de santé, qu'il soit public ou privé, y compris en période de pandémie grippale. Une sectorisation des salles de travail en haute et basse densité virale est recommandée chaque fois que cela est possible au niveau de l'établissement.

Les parturientes grippées courant le risque de présenter une détresse respiratoire pendant le travail seront informées par les professionnels de santé qu'elles pourront être orientées vers un établissement disposant d'un service de réanimation adulte, en fonction de l'organisation locale définie.

Qu'il s'agisse d'un accouchement par voie naturelle ou par césarienne, la prise en charge des parturientes ne diffère pas fondamentalement en situation pandémique au regard de la pratique habituelle.

Lors de l'accouchement, le bébé d'une femme infectée par le virus A(H1N1) ou suspecte de l'être ne doit pas être posé sur le ventre de la mère mais sur un champ posé sur la table d'accouchement.

L'infirmière ou la sage-femme qui prend le bébé d'une mère infectée ou suspecte de l'être doit avoir changé ses gants et réalisé une friction des mains avec une SHA avant d'enfiler des gants propres.

L'analgésie

L'analgésie péridurale (acte strictement médical) sera assurée en fonction de la disponibilité physique des médecins anesthésistes. Même en cas de réorganisation majeure de l'offre de soins, il est cependant important que des anesthésistes-réanimateurs restent affectés aux urgences obstétricales pour éviter le déplacement des risques.

En l'état actuel des connaissances, et sous réserve de l'application des bonnes pratiques cliniques (avoir éliminé un autre diagnostic et chez une parturiente non choquée), l'analgésie par analgésie péridurale chez une femme grippée fébrile est possible. En revanche, si l'on a à prendre en charge une patiente déjà hypoxémique ou avec des réserves fonctionnelles d'oxygénation déjà amputées, toutes les techniques d'anesthésie, et a fortiori les morphiniques en PCA ou le protoxyde d'azote, peuvent représenter des risques importants. Ils doivent donc être maniés avec la plus grande prudence et sous surveillance clinique et monitoring renforcés.

Concernant l'anesthésie pour césarienne, il n'y a pas de règles absolues. Les problèmes à envisager sont le niveau éventuel d'hypoxémie s'il y en a et la tolérance au décubitus pour réaliser l'acte chirurgical. Anesthésie péridurale, rachianesthésie ou rachi-péri combinée avec oxygénothérapie au masque, en VNI (ventilation non invasive), et *in fine* AG (anesthésie générale) peuvent être discutées. Il est assez logique d'essayer d'éviter l'AG et les conséquences à court et long terme de l'intubation, ce d'autant que l'extraction fœtale et la rétraction utérine doivent en théorie améliorer la mécanique ventilatoire et l'hypoxémie.

Cependant, des situations d'hypoxémie sévère, voire réfractaire à la ventilation conventionnelle, peuvent et doivent être redoutées. Ces risques doivent être anticipés, surtout pour les patientes déjà hypoxémiques. En effet, dans les suites immédiates de la césarienne, par exemple lors de la rétraction induite par les oxytociques, l'état de la patiente peut se dégrader sévèrement par l'effet de la tachycardie, de l'augmentation du débit cardiaque (avec augmentation du débit de shunt) et/ou de l'autotransfusion induite. Les anesthésistes-réanimateurs doivent même anticiper dans les formes très graves, fulminantes, la possibilité d'utilisation de techniques d'exception (type ECMO) grâce auxquelles plusieurs parturientes ont déjà été sauvées. Ceci n'est envisageable évidemment que dans les grands centres équipés, le plus souvent à proximité des centres de chirurgie cardiaque.

Suites de couches

La durée d'hospitalisation doit être la plus courte possible, devant tenir compte de l'état de santé de la mère et du nouveau-né, du flux de patientes et des conditions d'accueil lors du retour à domicile (notamment conditions sociales et contexte de grippe à domicile ou non).

- En ville : un suivi à domicile doit être organisé avec priorité aux femmes sorties de façon précoce de la maternité à domicile.
 - Les visites à domicile peuvent être assurées par les sages-femmes et puéricultrices de PMI, les sages-femmes libérales, les médecins généralistes, les pédiatres.
 - Les consultations en cabinet médical seront assurées par les gynécologues médicaux, les gynécologues obstétriciens, les sages-femmes, les médecins généralistes et les pédiatres.
- En établissement de santé : sectorisation en zone à haute et basse densité virale en secteur d'hospitalisation (suites de couches). Les visites sont interdites, sauf pour les pères asymptomatiques, avec port de masque.

Au domicile comme dans l'établissement, le port du masque anti-projections (chirurgical) est recommandé pour la mère présentant des signes cliniques, comme la réduction, dans une limite raisonnable, des contacts rapprochés avec son nouveau-né.

Les règles d'hygiène pendant le travail, l'accouchement et les suites de couches pour les femmes infectées par le virus A(H1N1)

- Port d'un masque chirurgical pendant le travail, tant qu'elles le supportent.
- Mesures de protection du personnel soignant :
 - précautions standard + port de masque FFP2 par le personnel et les visiteurs autorisés + friction des mains avec solution hydro-alcoolique (SHA) ;
 - si la femme ne supporte pas le masque chirurgical pendant le travail : renforcement des mesures de protection pour les soignants = précautions standard + masque FFP2 + friction des mains avec + lunettes, charlotte, surblouse et gants.

Prise en charge du nouveau-né

Le virus grippal ne franchissant qu'exceptionnellement la barrière placentaire, le nouveau-né est dans la majorité des cas indemne de cette pathologie.

Son éventuelle contamination virale sera plus le résultat d'une transmission par voie aérienne ou par contact lors de son séjour à la maternité – intérêt d'une sectorisation efficace – ou à partir de la mère du père ou de la fratrie (entourage proche).

Vaccination : les nouveau-nés de moins de six mois ne peuvent être vaccinés.

Le Haut Conseil de santé publique recommande **de vacciner l'entourage des nouveau-nés de moins de six mois : parents, fratrie, adulte en charge de la garde de l'enfant.**

Chez la femme sans suspicion de grippe, l'hospitalisation en suites de couches sera la plus courte possible et les soins du post-partum organisés à domicile.

Si la femme a la grippe ou est suspecte de l'avoir, il faut isoler le couple mère-enfant (chambre individuelle). Deux attitudes sont proposées pour l'enfant :

- un traitement préventif peut être proposé en cas d'exposition (mère ayant enlevé son masque), par oseltamivir à dose prophylactique ;
- un traitement « préemptif » (c'est-à-dire à titre préventif mais à dose curative) par oseltamivir (2 à 3 mg/kg deux fois par jour pendant 5 jours) peut être prescrit à l'enfant. S'il présente des signes de grippe, il pourra être hospitalisé en néonatalogie.

Les règles d'hygiène

Il est important de rappeler à l'entourage les règles d'hygiène de base :

- le couple maman-bébé doit être maintenu dans un relatif isolement, même à domicile, pendant la période pandémique ;
- le père et/ou les membres de la fratrie non grippés portent un masque anti-projections (chirurgical) systématiquement en présence du nouveau-né, mais aussi lavage des mains, SHA, etc... ;
- le père et/ou les membres de la fratrie grippés doivent porter un masque anti-projections en présence de la mère (si indemne) et du bébé et limiter au maximum les contacts avec le couple maman-bébé ;
- pendant la période de contagiosité (persistant pendant les 48 premières heures du traitement antiviral), les contacts rapprochés entre le bébé, la mère et le père doivent être évités et discutés avec l'équipe médicale ;
- les mères grippées doivent également porter un masque anti-projections (chirurgical) et se laver les mains avant tout contact et en présence de leur bébé ;
- mesures de protection du bébé : cf. infra.

L'allaitement

L'allaitement maternel continue d'être privilégié. Si la femme est fébrile, il sera réalisé à l'aide d'un tire-lait, et donné à l'enfant par une tierce personne pendant la période de contagiosité (48 premières heures de traitement antiviral ; ou en l'absence de traitement, jusqu'à la disparition des symptômes) dans le strict respect des mesures d'hygiène habituelles (lavage des mains avant la tétée, port du masque par la mère ou le père...).

L'organisation des soins en unité de néonatalogie et de réanimation néonatale

Les principes généraux

Les principes énoncés pour l'organisation des services de réanimation adultes (cf. prise en charge des patients en réanimation) doivent être respectés en néonatalogie, quel que soit le secteur concerné (réanimation, soins intensifs, pédiatrie néonatale) :

- rappel des règles d'hygiène universelles et organisation des circuits pouvant aller jusqu'à la sectorisation en zone de haute et basse densité virale ;
- augmentation des capacités d'hospitalisation ;
- renfort des personnels.

En néonatalogie, il convient de distinguer deux situations :

1. Enfant de mère grippée ou suspecte de grippe A(H1N1)

- Pendant la période de contagiosité (persistant pendant les 48 premières heures de traitement antiviral ; ou en l'absence de traitement, jusqu'à la disparition des symptômes), les contacts rapprochés entre le bébé, la mère et le père doivent être évités et discutés dans tous les cas avec l'équipe médicale.
 - bébé en nurserie juste après l'accouchement ;
 - précautions standard pour les soins ;
 - contacts avec la mère réduits au minimum avec port d'un masque chirurgical par la mère, friction des mains avec SHA, port d'une surblouse si la mère prend l'enfant dans ses bras ;
 - mise en place de moyens permettant aux parents de voir l'enfant sans être en contact direct avec lui (au travers d'une vitre, installation de l'enfant dans une couveuse...).
- Isolement du couple mère-enfant : confinement en chambre individuelle.
- Allaitement possible si souhaité par la mère (cf. supra).

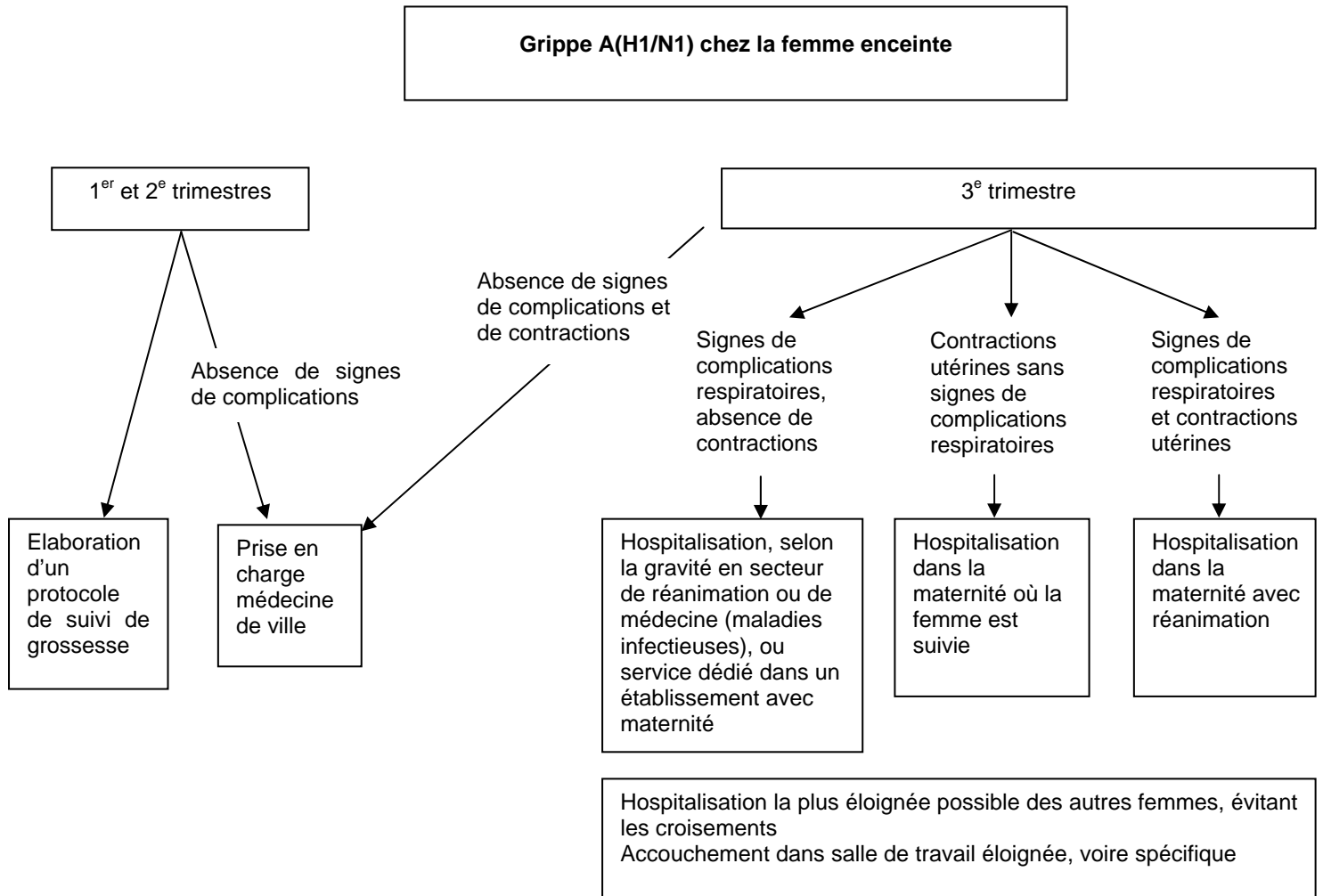
En cas d'exposition du bébé, l'indication d'un traitement préventif par oseltamivir à dose prophylactique 12 mg/jour pendant 10 jours, ou « préemptif » c'est-à-dire à visée prophylactique mais à dose curative (2 à 3 mg/kg deux fois par jour pendant 5 jours) doit être discutée. Il y a peu de données concernant la posologie et la sécurité d'administration de Tamiflu® chez l'enfant de moins d'un an, notamment chez le nouveau-né. Il faut donc surveiller soigneusement la survenue éventuelle d'effets secondaires. Le Tamiflu® n'est pas recommandé par le CDC (juillet 2009).

2. Enfant suspect de grippe A(H1N1)

- Transfert dans une unité de néonatalogie où il est possible de sectoriser et d'isoler l'enfant.
- Procédure « dégradée » en cas d'impossibilité d'accueil dans un service permettant une sectorisation efficace (situation probablement la plus fréquente) :
= accueil de l'enfant dans un service de néonatalogie « standard » non sectorisé.
- Installation en incubateur si possible.
- Précautions à prendre par le personnel, en plus des précautions habituelles dans ce service : port systématique d'une surblouse et d'un masque chirurgical pour les personnels (et les parents) qui s'occupent de l'enfant.
- Prescription d'un traitement curatif : oseltamivir à la dose de 2 à 3 mg/kg deux fois par jour pendant 5 jours.

Pour la réanimation néonatale, et compte tenu du fait que 80 % des réanimations néonatales sont intégrées dans des unités mixtes avec la réanimation pédiatrique, il convient de se reporter à la partie consacrée à la prise en charge en réanimation de la fiche « prise en charge des enfants en pédiatrie et en service de soins ».

Tableau I : Conduite à tenir chez une femme enceinte grippée



Références

- Fiche pratique d'utilisation des antiviraux en extrahospitalier et en période pandémique (Recommandations du Comité de lutte contre la grippe du 17 août 2009) : <http://www.sante-sports.gouv.fr/grippe/prise-charge-vos-patients/prise-charge-vos-patients.html>
- Prise en charge des patients en obstétrique et néonatalogie : <http://www.sante-sports.gouv.fr/grippe/prise-charge-vos-patients/prise-charge-vos-patients.html>
- Respect des règles d'hygiène universelles : <http://www.pandemie-grippale.gouv.fr/>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) : Pregnant Women and Novel Influenza A (H1N1) Virus: Considerations for Clinicians http://www.cdc.gov/h1n1flu/clinician_pregnant.htm
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) : Novel H1N1 Flu (Swine Flu) and Feeding your Baby: What Parents Should Know <http://www.cdc.gov/h1n1flu/infantfeeding.htm>
- Haut Conseil de la santé publique : recommandations sur les priorités sanitaires d'utilisation des vaccins pandémiques dirigés contre le virus grippal A(H1N1) <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapports?ae=avisrapports&menu=09>