

Mesures d'hygiène et prise en charge des patients en période pandémique A (H1N1) 2009

Les soignants, qu'il s'agisse de généralistes, de pédiatres ou d'urgentistes seront en première ligne pour prendre en charge les patients infectés. Plusieurs types de mesures doivent être envisagés : renforcement des mesures d'hygiène, ne pas passer « à côté » des autres pathologies infectieuses en particulier chez l'enfant, prescrire à bon escient en cas de grippe, envisager d'autres mesures complémentaires...

Le bon sens et le sens clinique méritent d'être remis au premier plan...

Mesures d'hygiène (souvent une affaire de bon sens)

1. Les masques

Depuis la prise de conscience, ces dernières années, qu'une pandémie pouvait survenir, l'utilisation de masques respiratoires a été mise au premier plan, ce qui est logique quand on sait que le virus de la grippe se transmet principalement directement par voie aérienne, grosses et moyennes gouttelettes essentiellement, mais aussi potentiellement micro-aérosols (encadré 1). Il est habituel de distinguer :

- le masque dit « chirurgical » dont le but essentiel est d'éviter la projection de sécrétions des voies aériennes supérieures ou de salive du sujet malade vers son entourage. Néanmoins, il exerce aussi un rôle de protection indiscutable des sujets non malades dans un environnement infecté. Certes, il n'est pas conçu pour protéger contre les petites particules aérosols susceptibles de contenir aussi des virus de la grippe, mais il est efficace contre les gouttelettes, moyen le plus efficace de transmettre la grippe. Les masques chirurgicaux ont l'avantage d'être relativement confortables à porter pour des périodes de temps assez longues (plusieurs heures) et peu coûteux. En outre, des masques de petite taille pour enfants sont disponibles (encadré 2).

Ils doivent être portés par :

- a) les patients contagieux dès les 1^{ers} symptômes,
- b) par les personnes non malades entrant dans une zone susceptible d'abriter des sujets malades.

Ils doivent être jetés immédiatement après usage dans une poubelle (qui puisse être fermée) dès qu'ils sont mouillés ou souillés ou encore enlevés, même partiellement : trop souvent on le voit autour du cou des patients ou des soignants... Un masque porté autour du cou doit être jeté... Lorsqu'ils sont enlevés, ceci doit se faire par les cordons et pas par la zone respiratoire. Ils devraient être délivrés gratuitement aux patients par les pharmacies d'officine sur prescription médicale ;

- le masque « protection respiratoire individuelle » (type FFP2), s'il est bien adapté à la face d'un individu, est plus efficace dans la filtration des petites particules. **C'est celui dont le port est recommandé pour les professionnels de santé au contact des malades et lorsqu'un individu est en contact proche avec une personne infectée.** La durée de protection théorique de ces masques est de plusieurs heures (3 à 8 h). Après mise en place, il ne faut plus le toucher et ne pas le réutiliser. Mais leur port est inconfortable et, comparé à un masque chirurgical il est plus difficile à supporter pour une longue période. Les masques FFP2 ne sont pas recommandés pour les enfants et les sujets barbus. Ils seront normalement distribués par les DDASS aux professionnels de santé.

☞ [Recommandations du CDC](#)

☞ [Mesures de protection sanitaire des personnes \(DGS\)](#)

☞ [Mesures barrières sanitaires \(DGS\)](#)

☞ [Mesures barrières pour le professionnel \(DGS\)](#)

2. Autres mesures pour prévenir la transmission respiratoire

La protection contre les maladies transmissibles par voie aérienne ne se limite pas au port de masque. Elle doit s'accompagner d'un ensemble de mesures ayant pour objectifs d'une part de limiter au maximum le contact entre les patients (augmenter la distance sociale...) et d'autre part d'améliorer le renouvellement de l'air des pièces.

☞ [Mesures d'hygiène sur le lieu d'exercice](#)

Les façons de limiter le contact entre les patients pour les médecins sont de privilégier, lorsque c'est possible, les visites par rapport aux consultations et surtout d'améliorer la gestion des ces dernières :

- essayer de **regrouper les consultations** de patients présentant des symptômes compatibles avec la **grippe**, à certaines heures de la journée (notamment en fin de journée) ;
- **raccourcir les délais d'attente** : cela doit devenir une priorité pour tous... Les embouteillages, en circulation routière, n'ont jamais amélioré le débit de voitures susceptibles de passer par une voie : il ne serait pas admissible de voir dans la même salle d'attente plusieurs patients, même supposés non contagieux. Au minimum, ces **patients devraient être séparés d'un espace d'1 à 2 mètres**, pour réduire le risque de contamination par gouttelettes ;
- enfin, utiliser, lorsque c'est possible, des **pièces dédiées** (haute densité et basse densité virale) pour les salles d'attente et d'exams.

Encadré 1. Transmission des virus par voie aérienne

Par voie aérienne, la transmission peut se faire, par le biais de sécrétions visibles, soit par des aérosols, non visibles à l'œil nu. On distingue schématiquement :

- les grosses (60 et 100 µm) et moyennes (10 à 50 µm) gouttelettes, qui ne mettent que quelques secondes ou minutes à chuter au sol, ne sont transmissibles que sur de faibles distances (moins de 2 m) et sont généralement arrêtées par les voies aériennes supérieures lorsqu'elles sont inhalées.
- les petites particules (1 à 10 µm) et les noyaux de condensation (« *droplet nuclei* » en anglais), qui mettent plusieurs heures à chuter au sol, sont transmissibles sur des distances plus grandes (plusieurs mètres) et sont souvent inhalées directement dans les voies aériennes inférieures.

Ces aérosols sont transmis plus facilement par les éternuements que par la toux ou la parole.

Le virus de la grippe peut transmettre par ces deux types d'aérosols. Il n'est pas clairement démontré quelles sont leurs parts respectives de transmission dans l'importance de l'épidémie. Cependant, l'expérience acquise avec la grippe saisonnière dans les institutions indique que la grande majorité des transmissions se font à courte distance (moins de 2 mètres), donc probablement par les grosses et moyennes gouttelettes.

Les virus de la grippe se transmettent plus efficacement par les grosses gouttelettes, rester à une distance de 1 à 2 mètres, éviter de serrer les mains ou d'embrasser contribuent à réduire le risque de contagiosité.

☞ MUSCHER D. How contagious are common respiratory tract infections. *N Engl J Med* 2003;348:1256-61.

☞ [Utilisation des masques pendant la pandémie \(DGS\)](#)

Encadré 2. Masque chirurgical et enfant

L'utilisation de masque chez l'enfant ne peut être envisagée qu'avec des masques chirurgicaux (les masques FFP2 ne sont pas recommandés), adaptés à la morphologie de l'enfant, et seulement si cela paraît possible et faisable... Les petits de moins de 6 mois risquent d'être gênés pour respirer, et entre 6 mois et 2 ans, il y a peu de chance qu'ils n'y touchent pas ou qu'ils le gardent au-delà de quelques minutes... Après 2 à 3 ans le port peut être envisagé.

Aucun masque n'a été approuvé par la FDA pour être utilisé par des enfants. Pour ces raisons, d'autres stratégies de prévention (par exemple, l'hygiène des mains, éloignement social) devraient être privilégiées pour cette population.

☞ <http://www.cdc.gov/h1n1flu/masks.htm>

L'aération des pièces est aussi une mesure simple à promouvoir. La ventilation d'une pièce à 6 volumes/heure divise par 100 la concentration de particules infectieuses... Un des moyens simples de renouveler l'air d'une pièce est de l'aérer en ouvrant régulièrement les fenêtres en grand (par exemple entre chaque consultation).

3. Prévention de la transmission indirecte

Le virus grippal se transmet aussi par voie indirecte... D'où l'importance de l'**hygiène des mains**, grâce au lavage au savon, ou mieux encore, grâce à des solutés (produits) hydro-alcooliques (S_{HA} ou P_{HA}). L'hygiène des mains doit être renforcée : plusieurs fois par jour et après chaque consultation.

Là encore, l'**hygiène des mains ne résume pas la lutte contre la contamination indirecte** :

- **désinfecter plusieurs fois par jour les surfaces** susceptibles d'avoir été contaminées (tables d'examen, outils d'examen non stériles, poignées de portes, robinets, chasses d'eau, avec les solutions (ou lingettes imprégnées) détergentes-désinfectantes habituelles ;
- **supprimer tous les objets inutiles dans les salles d'attentes ou d'examen** pour qu'ils ne servent pas de vecteur au virus et pour assurer une hygiène de base plus facile lors du nettoyage des surfaces avec des produits désinfectants. Ainsi, les jouets ou les journaux devraient être retirés des salles d'attentes pendant la période épidémique ;
- **mettre à disposition des patients** dans la salle d'accueil, plusieurs éléments susceptibles de réduire le risque :
 - **masque chirurgical** pour tous les patients présentant de la fièvre et/ou des signes respiratoires,
 - **flacon de S_{HA}** à portée de mains,
 - **mouchoirs jetables**,
 - **poubelles** qui puissent être fermées,
 - **affiches** rappelant les mesures de prévention simples.

Le **port de gant** à usage unique ne se justifie que lorsqu'il y a un risque de contact avec du sang ou un autre liquide biologique, directement ou indirectement.

Le **port de lunette** ou de sur-blouse ne doit être envisagé qu'en cas de geste à risque élevé d'exposition aux particules respiratoires comme l'intubation ou l'aspiration.

Enfin, **conseiller aux parents-patients** :

- **quand ils ne sont pas grippés, de ne pas fréquenter**, pour des raisons futiles ou des symptômes mineurs, **des lieux possiblement à haute densité virale** (comme les urgences hospitalières ou les consultations...),
- **quand, ils sont grippés, de rester à domicile**, sauf circonstances particulières (notamment la nécessité de soins médicaux) et en présence d'autres personnes, de **porter un masque chirurgical** pour éviter les projections de particules infectantes.

Recommandations pour les personnes malades DCS

Quelle que soit l'efficacité des mesures d'hygiène, elles ne peuvent que réduire à la marge le nombre de sujets atteints sur l'ensemble de l'épidémie (les sujets non infectés... restent non immunisés et pourront être infectés à une autre occasion) mais permettent de retarder et d'aplanir le pic épidémique en le prolongeant... et ainsi d'attendre l'arrivée de vaccins et d'éviter la saturation des systèmes de soins. De plus, dans de nombreuses maladies infectieuses, la gravité de la maladie est en partie dépendante de la quantité d'agents pathogènes ingérés/inhalés.

Ne pas « oublier » les autres pathologies infectieuses notamment chez l'enfant

Malheureusement, la **pandémie grippale ne va pas réduire les autres pathologies infectieuses** susceptibles de toucher les patients, en particulier les enfants, en période automno-hivernale. Elle va même augmenter la **fréquence de certaines d'entre elles** comme les **pneumonies** à pneumocoques (ou à staphylocoques), les **infections invasives à méningo-**

coques. De plus, notamment chez l'enfant, il est impossible, cliniquement, de distinguer la grippe des autres pathologies respiratoires virales (virus respiratoire syncytial, virus para-influenza, métapneumovirus, rotavirus, rhinovirus...), voire bactériennes (*Mycoplasma pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*...) ou digestives. Même un accès palustre ou une dengue peuvent aisément être confondus avec la grippe en l'absence de notion de retour de zone d'endémie...

Pendant la période épidémique, de très nombreux enfants vont présenter à plusieurs reprises des syndromes grippaux...

Considérer tout épisode de fièvre accompagné de signes respiratoires comme une grippe expose à deux erreurs :

- **passer à côté de diagnostics potentiellement graves** justifiant un traitement spécifique, notamment antibiotique ;
- **prescrire à tort un anti-neuraminidase**, en l'occurrence du Tamiflu®, chez l'enfant.

Prendre en charge de façon optimale les patients atteints

La majorité des patients présentant une grippe AH1N1 guérissent spontanément et naturellement en quelques jours. De ce fait, la prescription doit être réduite au minimum.

1. Les traitements antipyrétiques-antalgiques

Les bénéfices attendus sont plus centrés sur l'amélioration du confort que sur une diminution systématique de la température. La fièvre, qui est d'abord et avant tout un mécanisme de défense et un symptôme, ne représente pas en elle-même et sauf cas très particulier, un danger.

- conseiller à l'entourage d'éviter de couvrir l'enfant, d'aérer la pièce, de proposer de boire à l'enfant souvent ;
- ne prescrire qu'un seul médicament antipyrétique ;
- choisir ce médicament en fonction des contre-indications, mises en garde et précautions d'emploi :
 - Le paracétamol est la molécule de choix. La posologie est de 60 mg/kg/24h répartis en quatre journalières de 15 mg/kg chez l'enfant de 3 kg ou plus, sans dépasser 80 mg/kg/jour (ou 3 g/jour) ;
 - Le deuxième choix sera l'ibuprofène (anti-inflammatoire non stéroïdien - AINS) chez l'enfant de plus de 3 mois, en particulier en cas de difficulté ou de rupture d'approvisionnement en paracétamol. La posologie recommandée est de 20 à 30 mg/kg/24h répartis en trois ou quatre prises journalières (sans dépasser 1200 mg/jour) ;
 - L'usage de l'aspirine est déconseillé dans les fièvres d'allure grippale chez l'enfant, en raison du risque de survenue d'un syndrome de Reye.

Prise en charge médicale des malades atteints (DGS)

2. Les anti-viraux

Deux sont disponibles : le **Relenza®** (zanamivir) et le **Tamiflu®** (oseltamivir). Ce sont deux **inhibiteurs de la neuraminidase** (analogues structuraux de l'acide sialique) qui n'empêchent pas la réplication du virus dans les cellules mais l'empêchent de quitter les cellules infectées. Cependant, une résistance naturelle a été décrite à l'oseltamivir pour les virus H1N1 saisonniers de la saison 2007-2008 dans le monde entier et notamment dans certains pays européens ; quelques souches résistantes sont décrites pour A (H1N1) 2009. Dans les deux cas la sensibilité au zanamivir était conservée.

L'AMM et surtout le passage à la commission de transparence de ces deux molécules s'étaient accompagnés de critiques multiples sur l'intérêt de ces produits qui ne raccourcissaient que de quelques heures (au mieux 24 à 48 heures...) la durée des symptômes. Deux méta analyses rappellent les limites de ces médicaments dans le traitement de la grippe.

 Burch. Prescription of anti-influenza drugs for healthy adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet 8 août 2009.

 Shun-Shin. Neuraminidase inhibitors for treatment and prophylaxis of influenza in children. BMJ 2009;339:b3172.

 www.thelancet.com/infection

Ils ont même été qualifiés de « traitements symptomatiques de la grippe » sur le même niveau que le paracétamol ou l'ibuprofène... L'encadré 3 résume les avis de la commission de transparence sur les deux produits.

Encadré 3. Relevés de la commission de transparence concernant les anti-neuraminidases

Relenza®

Compte tenu de l'ensemble des données déposées par la firme, la commission estime que le service médical rendu par RELENZA est insuffisant. Ainsi, la spécialité RELENZA ne devrait pas apporter de réponse significative au besoin de santé publique identifié. En conséquence, il n'est pas attendu d'intérêt de santé publique pour la spécialité RELENZA dans cette indication.

↪ [Commission de la transparence - Avis du 26 sept 2007](#)

Tamiflu®

Chez les sujets sans comorbidité, le service médical rendu est insuffisant pour justifier sa prise en charge.

Dans les populations à risque avec comorbidité, et adultes de plus de 65 ans, la Commission considère le service médical rendu comme non important. Elle le qualifie de faible.

Dans le cas particulier de sujets à risque (patients institutionnalisés, contre-indication au vaccin, sujets immunodéprimés (notamment sujets ayant un SIDA, greffés, sujets traités par immunosuppresseurs), protection vaccinale incomplète par rapport à la souche circulante) : la Commission considère le service médical rendu comme modéré.

↪ [Commission de la transparence - Avis du 16 avril 2008](#)

Depuis quelques années, ils apparaissent pour certains comme les médicaments susceptibles de contribuer à sauver l'humanité des méfaits d'une pandémie grippale et les autorités de santé dans les différents pays en ont commandé des millions de doses.

La vérité est probablement entre les deux. Ces médicaments sont :

- inutiles devant des formes mineures ou modérées ou après 48 heures d'évolution de la maladie,
- probablement intéressants à titre curatif devant des formes sévères ou chez des sujets à risque de complications, à condition d'être administrés le plus précocement possible : au moins dans les 48 heures et au mieux dès l'apparition des premiers symptômes,
- intéressants en prophylaxie chez les sujets à risque.

Le premier mis sur le marché a été le Relenza® (zanamivir), en 1999. Il se présente sous forme de poudre à inhaler (Diskhaler), la réplication du virus de la grippe ayant lieu essentiellement dans l'arbre respiratoire. Cette voie d'administration explique en partie son échec commercial. Apprendre à des sujets non asthmatiques à se servir d'un médicament en inhalation pour quelques jours s'est avéré une gageure... De plus, il est impossible à utiliser chez l'enfant de moins de 6 ans. La posologie à partir de 5 ans est de deux inhalations (2 x 5 mg) deux fois par jour pendant 5 jours, soit une dose quotidienne totale inhalée de 20 mg. Il n'est pas disponible actuellement en officine.

Le deuxième, le Tamiflu® (oseltamivir), a obtenu une AMM en 2002 et se présente sous forme orale. C'est pour cette raison que ce médicament a été privilégié mais aussi parce qu'il a une action systémique et donc éventuellement plus susceptible d'être efficace en particulier chez les sujets à risque. Il en existe quatre présentations : une forme suspension pédiatrique (poudre pour suspension buvable à 12 mg/ml), moins stable, donc difficile à trouver dans le cadre de la pandémie et des gélules à 30, 40 et 75 mg.

La posologie chez l'adulte est d'une gélule de 75 mg matin et soir pour 5 jours à titre curatif et de 1 gélule par jour pour 10 jours en traitement prophylactique.

L'encadré 4 donne les posologies de Tamiflu® chez l'enfant. Chez l'enfant, la posologie est de 2 à 3 mg/kg/dose avant 6 mois, 3 mg/kg/jour après cet âge : 2 doses par jour pour 5 jours en curatif, 1 dose par jour pour 10 jours en préventif.

Les formes gélules de 30 et 40 mg se diluent moins bien que le produit contenu dans les gélules de 75 mg. Ainsi pour les nourrissons et pour les enfants de moins de 10 kg il vaut mieux utiliser ces dernières à diluer dans 7,5 ml d'eau. La so-

Encadré 4. Posologie de Tamiflu®

Dose recommandée pendant 5 jours

moins de 6 mois : 2 à 3 mg/kg deux fois par j

6 mois-1 an (moins de 10 kg) : 3 mg/kg deux fois par j

10 à 15 kg : 30 mg deux fois par jour

15 kg à 23 kg : 45 mg deux fois par jour

23 kg à 40 kg : 60 mg deux fois par jour

≥ 40 kg : 75 mg deux fois par jour

La posologie recommandée de TAMIFLU® en post exposition est :

moins de 6 mois : 2 à 3 mg/kg deux fois par j pour 5 jours

6 mois-1 an (moins de 10 kg) : 3 mg/kg deux fois par j pour 5 jours

15 kg à 23 kg : 45 mg une fois par jour pour 10 jours

23 kg à 40 kg : 60 mg une fois par jour pour 10 jours

≥ 40 kg : 75 mg une fois par jour pour 10 jours

↪ [Follow-up recommendations from CHMP](#)

lution reconstituée correspondant à 1 ml = 10 mg. Cette préparation doit être immédiatement utilisée après constitution.

Pour masquer le goût amer du produit, il est conseillé de mélanger le volume prélevé dans un second récipient avec une petite quantité d'eau sucrée ou d'aliments sucrés (exemple compote). Il faut veiller à ce que tout le volume de ce mélange soit entièrement administré à l'enfant.

L'AMM pour la grippe saisonnière excluait les nourrissons de moins de 1 an (pas d'étude) et les femmes enceintes. L'EMEA a autorisé l'utilisation de ces produits chez l'enfant de moins de 1 an (pour le Tamiflu®) et la femme enceinte dans le cadre d'une pandémie grippale.

↪ [Recommandations sur l'utilisation de Tamiflu® chez les nourrissons de moins de 1 an \(DGS\)](#)

3. Qui traiter par anti-neuraminidases ?

L'écueil essentiel évident à éviter est une logique de prescription du genre : « dans le doute je ne m'abstiens pas » sous prétexte que le tableau clinique paraît « sévère » ou touche une population dite « à risque »... Stratégie qui a contribué au développement de la résistance aux antibiotiques et ruiné ainsi leur avenir : un usage abusif des anti-neuraminidases pourrait aussi favoriser l'émergence rapide de résistance à l'un ou aux deux produits.

- En prophylaxie, en cas de contagé avéré avec un cas confirmé (c'est facile... mais c'est de plus en plus rare, les indications de la PCR ayant été limitées) ou probable (cela est beaucoup plus difficile maintenant qu'aucune notion géographique n'est incluse dans la définition des cas) :

- tous les sujets présentant une **pathologie sous-jacente**, (insuffisants respiratoires et cardiaques, immunodéprimés, surpoids morbides...),
- les **femmes enceintes**,
- dans certaines conditions, les **moins de 1 an** (tableau 2).

- En curatif :

- les mêmes sujets à risque,
- les **patients présentant des signes de gravité** (encadré 5),

Les formes graves d'emblée ou compliquées justifient d'une prise en charge hospitalière.

- **Les patients (à partir de l'âge de 6 mois) présentant un syndrome grippal caractérisé** (syndrome respiratoire aigu brutal associant une fièvre ≥ 39°C et des signes respiratoires (toux ou dyspnée).

Les critères cliniques d'un cas possible de grippe A(H1N1) 2009 chez un nourrisson de moins d'un an sont une fièvre supérieure ou égale à 39°C **associée ou non à des** :

- symptômes respiratoires signant une atteinte des voies aériennes supérieures ou inférieures ;
- troubles digestifs ;
- convulsions.

Dans tous les cas, la première prise d'oseltamivir doit être la plus précoce possible et des mesures d'accompagnement s'imposent (encadré 6).

Encadré 5. Définitions des formes graves ou sévères

Elles sont définies chez l'adulte par la présence d'un des signes dits de gravité suivants :

- détresse respiratoire,
- troubles de la vigilance,
- hypothermie,
- fréquence respiratoire > 30,
- pulsations cardiaques > 120,
- Température >38°5 C malgré antipyrétiques.

Ces trois derniers paramètres ne sont pas opérants chez le jeune enfant où les fréquences respiratoires normales peuvent dépasser ces chiffres, et où des fièvres supérieures à 38°5C, en dehors de la grippe sont légions.

Il vaudra mieux préférer les termes de fièvre mal tolérée malgré le traitement antipyrétique, de fréquence respiratoire supérieure à 60 et de tachycardie...

C'est dans ces populations que les diagnostics différentiels seront les plus importants à évoquer.

Encadré 6

- La recherche de sujets à risque parmi l'entourage d'un cas est recommandée au cours de la consultation.
- Le traitement antiviral doit être prescrit dans les 48 heures suivant l'apparition des premiers symptômes.
- Le traitement antiviral est arrêté immédiatement si le résultat de la recherche virologique est négatif.
- Tout effet indésirable grave ou inattendu des anti-neuraminidases 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.

Les tableaux 1 et 2 décrivent les stratégies de prise en charge des enfants de moins de 1 an en curatif et en prophylaxie.

Tableau 1. Conduite à tenir en cas de suspicion de grippe chez un nourrisson de moins d'1 an (en fonction de l'âge, de la présence ou non de facteurs de risque de grippe grave (FDR))

	Prélèvement nasopharyngé	Traitement antiviral	Consultation hospitalière
0-5 mois avec FDR	Oui	Oui	Oui
0-5 mois sans FDR	Oui	Oui	Oui
6-11 mois avec FDR	Oui	Oui	Oui
6-11 mois sans FDR	Non	Non	non

Tableau 2

	Nourrisson de moins d'un an non malade		Entourage familial	
	Traitement antiviral	Hospitalisation	Cas index	Prophylaxie des autres personnes
0-5 mois avec FDR	« Préemptif »*	Hospitalisation en présence du moindre signe d'aggravation par rapport à son état de base	Prélèvement et traitement antiviral curatif	oui
0-5 mois sans FDR	non	Conseiller de reconsulter rapidement en cas de fièvre ± symptômes respiratoires pour mise en route rapide d'un traitement antiviral curatif		oui
6-11 mois avec FDR	« Préemptif »*	Hospitalisation en présence du moindre signe d'aggravation par rapport à son état de base		oui
6-11 mois sans FDR	non	Conseiller de reconsulter rapidement en cas de fièvre ± symptômes respiratoires pour mise en route éventuelle d'un traitement antiviral curatif		non

L'encadré 7 décrit les stratégies de prise en charge des nouveau-nés.

Encadré 7

Le virus grippal ne franchissant pas la barrière placentaire, la contamination virale éventuelle du nouveau-né est la conséquence d'une transmission par voie aérienne ou indirecte lors de son séjour à la maternité ou du retour à domicile à partir de la mère, du père, ou de la fratrie.

- 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 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 ;
- les mères grippées doivent également porter 1 masque anti-projections (chirurgical) et se laver les mains avant tout contact et en présence de leur bébé.
- l'allaitement maternel doit continuer à être privilégié. Si la mère est malade, le lait sera tiré et donné à l'enfant. En respectant des mesures d'hygiène habituelle (lavage des mains avant la tétée, port du masque...).

Autres mesures

- Les vaccinations habituelles du nourrisson doivent être réalisées en suivant le calendrier habituel. La vaccination contre le pneumocoque avec le vaccin pneumococcique conjugué apparaît comme fondamentale. De plus, les patients à haut risque d'infections pneumococciques et relevant de la vaccination par le pneumo 23 doivent recevoir ce vaccin.
- D'autres vaccinations non encore recommandées ni remboursées doivent être envisagées.

- Le risque d'infection méningococcique étant augmenté après les gripes, il est logique de proposer, à partir de l'âge de 1 an, la vaccination conjuguée contre le méningocoque C.
- Enfin, la vaccination contre le rotavirus des jeunes nourrissons, pourrait éviter en plein hiver de multiples occasions de consulter, de passer aux urgences ou d'être hospitalisé... lieux à haute densité virale potentielle.