

## Conduite à tenir pour les femmes enceintes en cas d'épidémie de grippe H1N1

La France comptabilise environ 800 000 grossesses par an et, selon les données scientifiques, **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 de ce dispositif et les moyens de protection incluant la prise en charge des nouveau-nés (jusqu'à 28 jours).

### 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<sup>e</sup> semaine) ;
  - le respect des règles d'hygiène essentielles : 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.).

### 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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.

## 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, 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 zanamivir (Relenza®) sera prescrit à la dose de 2 inhalations par jour pendant dix jours, quel que soit le trimestre de grossesse et la présence ou non de facteurs de risque.**

Toutefois, il est rappelé par le Conseil supérieur d'Hygiène publique de France (CSHPF), dans son avis du 16 février 2004, que le zanamivir, compte tenu de son mode d'administration par voie inhalée, pose des difficultés s'il est utilisé par des personnes ayant des difficultés de compréhension et pour lesquelles on ne peut garantir une certaine observance au traitement.

Du fait du signalement de bronchospasmes et de détériorations parfois aiguës de la fonction respiratoire, **l'oseltamivir (Tamiflu®) 75 mg /jour soit deux capsules par jour pendant 10 jours devra être préféré au zanamivir chez les patients asthmatiques ou atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).**

**Si le zanamivir est indisponible, on prescrira de l'oseltamivir (Tamiflu®) en vente en pharmacie.**

## Recommandations pour la mise en œuvre du traitement prophylactique

- La mise en œuvre d'un traitement antiviral en prophylaxie 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 s'avère négative.
- 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 H1N1 chez la femme enceinte

**Les femmes enceintes fébriles** font l'objet d'une évaluation le plus rapidement possible, dans le but d'éliminer les autres causes de fièvre : infection urinaire, listériose, paludisme... Un examen cyto bactériologique des urines, une NFS montrant une hyperleucocytose peuvent être utiles.

### En cas de suspicion de grippe

La présence de signes respiratoires et d'un syndrome fébrile chez une femme enceinte doit entraîner une **consultation hospitalière dédiée avec prise en charge obstétricale concomitante** au cours de laquelle sont recommandées :

- la réalisation d'un prélèvement nasopharyngé pour recherche virologique H1N1 si possible

#### ET

- la mise sous traitement antiviral curatif par oseltamivir (Tamiflu®) 75 mg x 2/jour pendant 5 jours, quel que soit le trimestre de grossesse et la présence ou non de facteurs de risque. 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 h. Il sera arrêté si le résultat du prélèvement est négatif.

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

***Il est rappelé que la grossesse est un facteur de risque en elle-même pour la grippe, et notamment au troisième trimestre. Les autres facteurs additionnels de risque de grippe grave sont les femmes enceintes atteintes 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, homozygotes et doubles hétérozygotes S/C, thalasso drépanocytose ;
- diabète insulino dépendant ou non insulino dépendant ne pouvant être équilibré par le seul régime ;
- immunodépression y compris les transplantés, néoplasie sous-jacente et déficits immunitaires cellulaires, infection par le VIH, 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 secteur dédié de maternité 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 :
- Troubles de la vigilance, désorientation, confusion ;
- Pression artérielle systolique inférieure à 90 mm Hg ;
- Hypothermie (température inférieure à 35°C) ;
- Hyperthermie ne répondant pas aux antipyrétiques ;
- Fréquence respiratoire supérieure à 30/min ;
- Fréquence cardiaque supérieure à 120/mn 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.

En cas de grippe confirmée sans signes de gravité nécessitant l'hospitalisation, le suivi de la grossesse est réalisé à domicile dans la mesure du possible.

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

- Devant tout cas suspect de grippe H1N1 chez une femme enceinte, la recherche de sujets à risque parmi l'entourage du cas est recommandée.
- Le traitement antiviral doit être prescrit dans les 48 heures suivant l'apparition des premiers symptômes et pas au-delà.
- 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 :

- **Persistance des capacités d'hospitalisation :**
  - 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, 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 grippés et non grippés.

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 naso-pharyngés 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.

Pour les femmes ne présentant pas de signes de grippe, la prise en charge n'est pas modifiée, en dehors des recommandations générales (port du masque, interdiction des visites, en dehors du père s'il est asymptomatique et s'il porte un masque chirurgical).

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.

L'analgésie péridurale (acte strictement médical) sera assurée en fonction de la disponibilité physique des médecins anesthésistes. Des alternatives sont possibles : pompes PCA, protoxyde d'azote, anesthésies locales, etc.

## 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 le père asymptomatique, 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.

## 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).

**Chez la femme non suspecte**, 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 (confinement en chambre seule). Un traitement « préemptif » (c'est-à-dire à titre préventif mais à dose curative) par Oseltamivir 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 ;
- 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.

## L'allaitement

L'allaitement maternel continue d'être privilégié. Si la femme est fébrile, le lait sera tiré et donné à l'enfant dans le strict respect des mesures d'hygiène habituelles (lavement 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 essentielles 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

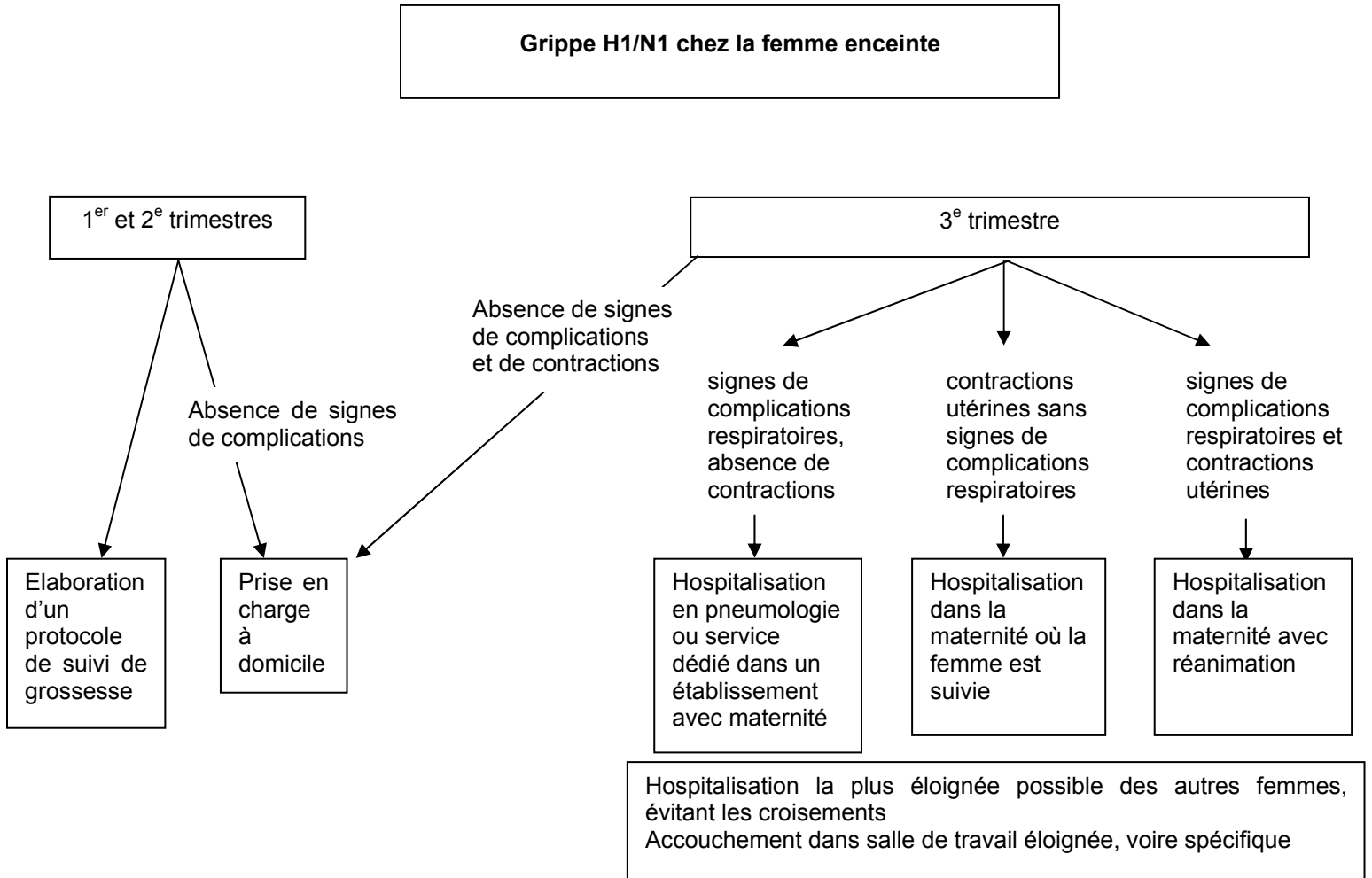
- Isolement du couple mère-enfant (confinement en chambre seule).
- Allaitement possible si souhaité par la mère (*cf. supra*).

#### 2. Enfant suspect de grippe A

- ➔ 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 sur-blouse et d'un masque chirurgical pour les personnels (et les parents) qui s'occupent de l'enfant.

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 essentielles : <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](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>