

Animation	Rédaction	Relecture
M Blassiau V. Bussy-Malgrange JC Réveil	V. Bussy-Malgrange	M Blassiau JC Réveil

**Début de la réunion : 10h00**

**PARTICIPANTS ET EXCUSES : CF LISTE JOINTE**

Cette liste tient lieu de preuve de présence. (Il est donc impératif pour chacun des présents d'émarger les feuilles de présence mise à disposition lors de chaque réunion).

**Les diaporamas sont accessibles en ligne sur le site du Resclin :**

[http://www.resclin.fr/Reunions%20E.%20sante/resclin\\_grippe\\_ah1n1\\_chu\\_nancy\\_modjcr2009-10-06.ppt](http://www.resclin.fr/Reunions%20E.%20sante/resclin_grippe_ah1n1_chu_nancy_modjcr2009-10-06.ppt)

**I) GRIPPE A H1N1V**

**1. La prise en charge de la grippe AH1N1. JC Réveil (diaporama)**

Le diaporama du CCLin-Est/CHU de Nancy (Pr Ch Rabaud, Pr Th May, Dr Le Letranchant) du 30 septembre 2009 a été actualisé par Jean-Claude Réveil le 05 octobre 2009

**2. Questions et débat sur cette question :**

**a) La prise en charge spécifique des SDF est-elle prévue dans le plan grippe ?**

La coordination du Resclin se renseigne. La question a été posée à la cellule d'alerte de l'ARH. La réponse sera transmise en temps réel à l'assemblée des professionnels

**b) Modalité de dispensation du Tamiflu pour un enfant dans les établissements n'ayant pas de centre 15**

Lors d'une simulation, un établissement n'a pas pu obtenir de Tamiflu pour un enfant suspect de grippe AH1N1 au motif que tout enfant suspect doit passer par le centre 15 pour la prescription.

Rappel : Fiche mémo grippe DGS « prise en charge d'un cas de grippe A/H1N1 chez un enfant de moins de 40 kg » : *le centre 15 organise le transport vers de l'enfant vers la consultation hospitalière spécifique d'un établissement de santé siège de SAMU seul à disposer de Tamiflu à usage pédiatrique...*

Commentaires :

*Certains centres 15 ont passé un accord avec les pédiatres des établissements périphériques afin que le passage des enfants par le centre 15 ne soit pas obligatoire*

Remarque : *depuis le 5 octobre le tamiflu pédiatrique est disponible dans les officines de ville sur prescription médicale*

**c) Communication des autorités avec les médecins de ville**

En cas de suspicion de gravité, la consigne de la Ddass est d'appeler le centre 15.

Dans les Ardennes, les médecins de ville sont informés par la Ddass. Cela ne semble pas être le cas dans tous les départements.

Les médecins généralistes peuvent contacter leur Ddass pour faire remonter leur préoccupations

**d) Retours d'expériences de simulations d'afflux de patients**

- au CH de Charleville, un exercice plan blanc sur table simulant un afflux massif de patients « grippés » a été réalisé : le premier service de « haute densité virale » est opérationnel en 4 heures.

- au CH d'Épernay, la simulation a été élargie à l'établissement d'amont.

A l'issue des simulations, une discussion a pu être engagée avec les inspecteurs de la DRDass afin de bien recentrer la mise en place du plan en tenant compte des réalités de terrain pour adapter au plus juste réalité de terrain, bénéfique et risque

- le CH de Langres a été présenté comme exemplaire pour ses circuits lors de la réunion « pandémie grippe AH1N1 » qui a eu lieu à l'ARH le 4 septembre 2009

**e) plan pandémie grippale et HAD**

- A l'HAD de l'Aube il semble qu'il n'y ait pas eu de communication institutionnelle. Il est recommandé à la HAD de contacter la Ddass

- Les préconisations destinées aux médecins de ville sont à appliquer par les professionnels des HAD

**f) Professionnel de santé porteur du virus AH1N1**

Que faire lorsqu'un professionnel de santé diagnostiqué porteur du virus A H1N1 n'a pas été mis en arrêt de travail ?

Se référer au consensus des 5 CClins (<http://www.cclin-est.org/>)

L'encadrement doit préconiser à cette personne de s'arrêter (contagiosité : 1 jour avant – 2 jours après).

Le port du masque est obligatoire pendant 5 jours après le diagnostic.

*Commentaire : un professionnel qui se sent grippé doit rester à son domicile, informer immédiatement son cadre qui lui demandera de consulter le médecin traitant afin d'obtenir l'arrêt de travail adapté*

Après la vaccination, le port du masque n'est plus préconisé.

**g) précautions particulières pour la prise en charge des femmes enceintes, parturientes ou allaitantes**

Les femmes enceintes font partie des personnes à risque En cours d'accouchement : port d'un masque FFP2 pour le soignant, port d'un masque chirurgical pour la parturiente Bionettoyage minutieux de la salle de travail.

Plus d'infos sur ce thème sur le site du collège national des gynécologues et obstétriciens (<http://www.cngof.asso.fr/>).

Pas de contre-indication à l'allaitement si la maman porte un masque et se désinfecte les mains et les seins (même en cas de traitement par Tamiflu).

**h) Est-il possible de vacciner une personne suspectée d'être porteuse du virus H1N1**

Oui. 10% seulement des cas suspects sont des positifs (à la date du 06 octobre 2009).

**i) Port du masque difficile à imposer au personnel**

Attention au port anarchique du masque qui peut à moyen terme provoquer une réaction de rejet. Travailler en équipe et en amont d'un afflux de patient sur le port du masque (cf point N°II). Le port du masque doit être limité aux seules vraies situations à risque : personnel contact (pour une durée de 72h), toux...

(cf consensus des 5 CClins : <http://www.cclin-est.org/>)

**j) Quelle est l'évolution actuelle de l'épidémie :**

Le jour de l'assemblée (6 octobre 2009) les indicateurs (réseau GROG, urgences) montrent une stabilisation et même une légère baisse du nombre de cas.

Au moment de la rédaction du compte-rendu (9 novembre 2009), les indicateurs sont à la hausse. Il est nécessaire de se connecter régulièrement sur le site de l'InVS et de consulter le bulletin hebdomadaire « grippe A H1N1 » au lien suivant :

([http://www.invs.sante.fr/display/?doc=presse/2009/communiqués/cp\\_h1n1\\_071109/index.html](http://www.invs.sante.fr/display/?doc=presse/2009/communiqués/cp_h1n1_071109/index.html))

**k) Coordination de l'organisation au sein des établissements dotés d'un centre 15 :**

La coordination n'a pas toujours été de fait. Les Clin ou EOHH n'ont pas toujours été consultés lors de la mise en place de l'organisation. Les procédures ne sont pas toujours écrites en concertation entre centre 15 et EOHH. Il est encore temps de rectifier le tir et de ne pas laisser émerger de rancœur qui serait très délétère pour la réalisation du plan en situation réelle.

**l) Prise en charge du coût des prélèvements :**

Cette question a été évoquée lors du comité d'orientation du CClin-Est. Dès que la réponse sera connue, le Resclin fera un retour d'information à l'Assemblée des professionnels.

Coût du prélèvement : 270 € + frais d'emballage et de transport (ex. pour CH Charleville = 350 à 400 €).

Comme pour les surcoûts engendrés lors de la prise en charge de patients porteurs d'ERG lors de l'épidémie de 2008 en Champagne-Ardenne (dont la maîtrise peut être montrée en exemple), les établissements concernés doivent établir un relevé précis du surcoût engendré par la prise en charge des patients suspects de grippe AH1N1

## II) DU BON USAGE DES MASQUES

### 1. animation : M Blassiau, C Frémond-lejeune ; diaporama : C Frémond-Lejeune

Une discussion sur ce thème était envisagée de longue date. Le contexte actuel est propice à cette présentation.

### 2. Questions-débat :

Les masques papier sont à proscrire.

Le FFP1 est recommandé en zone de tri blanchisserie, le FFP3 pour les professionnels réalisant les prélèvements des tours réfrigérantes (recherche de légionelles).

#### a) Sens et positionnement du masque :

Sens : la couleur ou le marquage sont toujours à l'extérieur. Pour les masques à élastique, l'insertion de l'élastique est à l'extérieur. Dans les boîtes, la face extérieure du masque se trouve au dessus.

Positionnement : pour le masque chirurgical les liens doivent être dirigés vers le dessus du crâne afin que les fuites éventuelles soient dirigées vers le dessus.

Pour vérifier le bon positionnement d'un masque FFP2, couvrir le masque (film étirable, papier, mains) : on doit sentir que le masque se plaque sur le visage.

#### b) Stocks et durée d'utilisation des masques FFP2 :

- Stock : la cellule grippe du ministère a indiqué le calcul permettant de répondre à cette question pour les établissements médico-sociaux : 7 jours d'utilisation sur la base de 2 masques par jour pour les personnels administratifs et 4 pour les soignants. Il faut prévoir également un stock tampon.

- Durée d'utilisation : la capacité de filtration maximum est de 8h, si non mouillé. (préconisation du CCLin : 4h).

La réutilisation d'un masque dont la durée d'utilisation n'est pas dépassée est théoriquement possible mais se pose le problème du stockage temporaire, la face externe étant contaminée, donc en pratique impossible en milieu de soins.

#### c) Quel type de masques pour l'entretien des endoscopes ?

Masques spécifiques pour risques chimiques avec une couche de charbon actif ?. VBM contacte la société Biotech-Germande qui organise la formation de janvier à ce sujet. (question posée le 13 11)

#### d) Que faire face aux personnels ne pouvant supporter le masque ?

Il faut travailler avec eux sur la question afin de connaître la cause et éventuellement les renvoyer vers la médecine de santé au travail ou leur médecin traitant

#### e) En Ehpad, tous les résidents doivent-ils porter un masque FFP2 dès le 1er cas de grippe A ?

Non. Le résident reste en chambre durant 3 jours.

Les Ehpad ont reçu une circulaire spécifique préconisant de restreindre les visites, les sorties de chambre et les animations.

#### f) Etat d'esprit des soignants devant les mesures préconisées

Deux cas de figure se rencontrent : psychose et banalisation :

- en cas de banalisation, l'implication de l'EOHH est essentielle pour rappeler que l'anticipation est le fondement des mesures préconisées

Le bon côté de cette surcharge de travail pour l'EOHH est le repositionnement des règles d'hygiène de base

- en cas de psychose, notamment liée au port du masque FFP2 expliquer :

- la systématisation du port du masque FFP2 est due à l'impossibilité hors diagnostic biologique ou cas graves de différencier les virus de la grippe saisonnière du virus AH1N1
- limiter le masque FFP2 aux soins rapprochés aux patients atteints.

**g) Qui prend l'initiative du port de masque FFP2 :**

Le diagnostic de grippe AH1N1 est fait par un médecin. Cependant, si les symptômes sont présents, l'IDE peut prendre cette initiative en attendant l'avis médical.

**h) Rupture de stock de SHA chez les fournisseurs**

- Pas de réponse à cette question « commerciale ».
- Pendant la rupture, il est nécessaire d'économiser les SHA en les réservant aux soins répétitifs et en préconisant le lavage des mains quand les installations le permettent. L'état de « psychose » actuel face à l'hygiène des mains semble entraîner des « vols » de flacons de SHA accentuant la difficulté de les mettre à disposition en salle d'attente.

**- SHA en établissements scolaires**

Certains établissements scolaires demandent aux élèves de venir en cours avec un flacon de SHA, ce qui représente une aberration ; en milieu scolaire, le lavage des mains au savon, essentiel et suffisant, est à promouvoir. Au début de l'épidémie, la publicité faite par les médias ou dans les premiers spots du ministère pour l'utilisation de SHA a été sans doute en partie responsable des difficultés d'approvisionnement.

**Fin de la réunion : 13h00**