



Prise en charge des cas de grippe H1N1 dans les CHU de province

Prospective et retours d'expériences sur la grippe H1N1

Université Paris Diderot

29/06/2009



Hôpitaux de Bordeaux

Michel Dupon
Bordeaux



Carte de France des 32 Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires

- | | |
|---|----------------------|
| Amiens | Nantes |
| Angers | Nice |
| Besançon | Nîmes |
| Bordeaux | Paris |
| Brest | Pointe à Pitre |
| Caen | Poitiers |
| Clermont-Ferrand | Reims |
| Dijon | Rennes |
| Fort de France | Rouen |
| Grenoble | Saint-Etienne |
| Lille | Strasbourg |
| Limoges | Toulouse |
| Lyon | Tours |
| Marseille | |
| Montpellier | |
| Nancy | |
| 3 CHR | |
| La Réunion Metz-Thionville Orléans | |

Rouge : Labo P3



Avertissement

- Enquête flash en pleine modification évolutive (annonces de modification le 19/06) (16 CHU/28)
- Ne reflète pas de façon précise l'épidémiologie descriptive de la prise en charge
- Les commentaires recueillis ne reflètent pas la position personnelle de l'auteur du diaporama

Remerciements

Michel Garré, Bernard Garo

Christophe Strady

Albert Soto

Bruno Marchou

Jacques Reynes

Pierre Dellamonica

Frédéric Lucht

Renaud Verdon

Yazdan Yazdanpanah

Eric Pichard

Dominique Peyramond

Daniel Christman

Pascal Chavanet

Bruno Hoen

François Caron, Emmanuel Etienne

CHU Brest

CHU Reims

CHU Nimes

CHU Toulouse

CHU Montpellier

CHU Nice

CHU Saint Etienne

CHU Caen

CHU Lille

CHU Angers

CHU Lyon

CHU Strasbourg

CHU Dijon

CHU Besançon

CHU Rouen

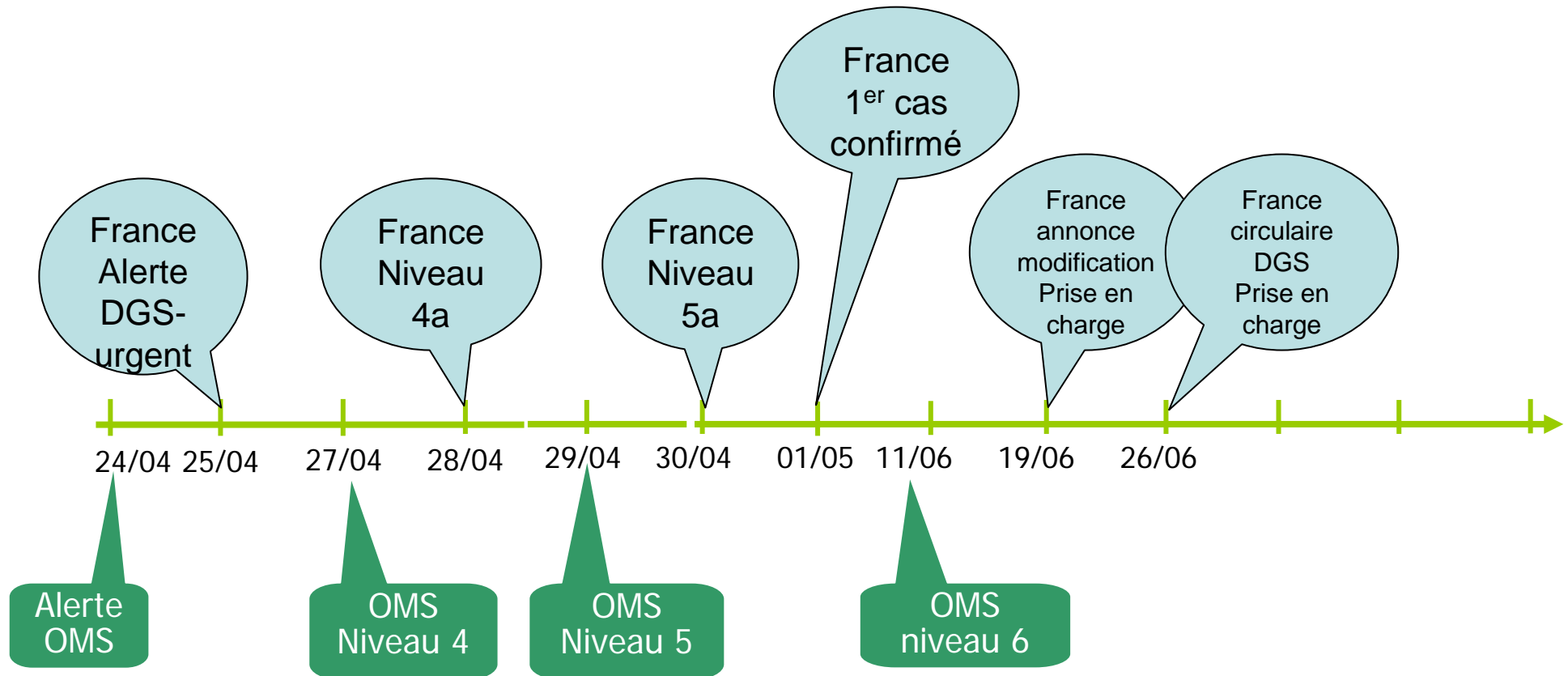


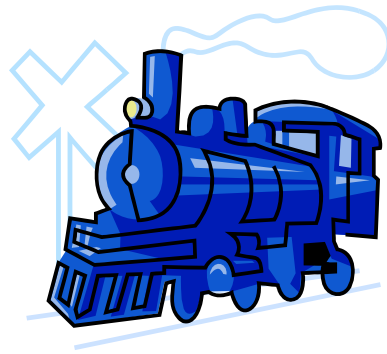
Historique

- Janvier 2009 à Avril 2009
 - Quelques cas de grippe A (H1N1)swl aux USA (Californie et Texas)
- 17 Avril 2009
 - Deux nouveaux cas en Californie
- 21 – 23 avril 2009
 - Description de nombreux cas groupés au Mexique; les virus sont similaires a ceux détectés au USA
- 24 Avril 2009
 - Alerte OMS grippe mexicaine
- 27 Avril 2009
 - OMS : niveau 4

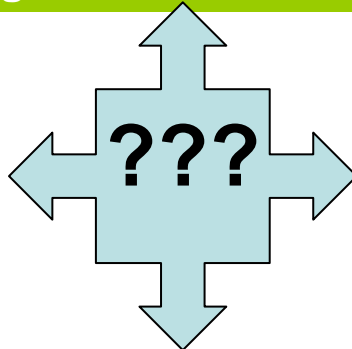


Chronologie pandémie H1N1



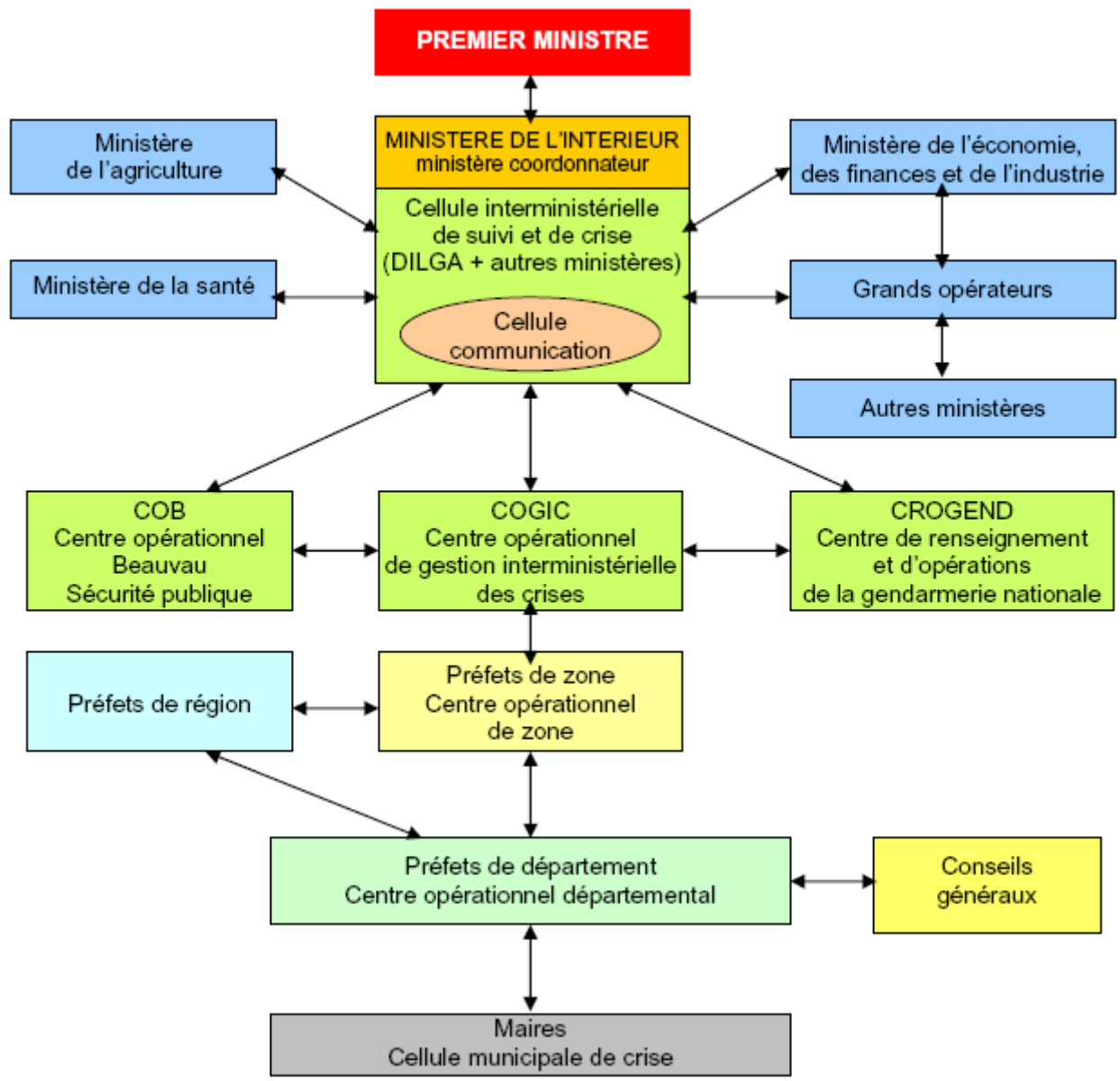


Le train-train des mesures gouvernementales ; plan grippe aviaire



La réalité de la pandémie grippe H1N1





Le [décret n° 2005-1057](#) du 30 août 2005 a institué ce délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire (DILGA) placé auprès du Premier ministre, le Professeur Didier Houssin, qui occupe également les fonctions de Directeur général de la Santé.

Réunion téléphonique du 20 Mai 2009.

Retour d'informations sur la gestion de la crise actuelle de Grippe H1N1.

- **I) Quand et comment hospitaliser ? :**

Le maillage plus dense du territoire français en utilisant les CHU régionaux, les gros CHG, les centres 15 et les SAMU départementaux a permis une prise en charge de proximité rapide, évitant les pertes de temps et les déplacements inutiles

- **Dans l'éventuelle seconde phase où les cas deviendraient plus nombreux :**

Les décisions d'hospitalisation devraient être prises de façon concertée avec les Infectiologues de ces hôpitaux en tenant compte du délai par rapport à l'exposition au risque, du terrain et surtout du tableau clinique.

La prise en charge lourde dans des chambres d'isolement à pression négative pourrait être revue vers des structures type chambres seules permettant un isolement géographique et les prélèvements nécessaires.

Le raccourcissement de la durée d'hospitalisation est aujourd'hui à prévoir pour les patients traités et en voie d'amélioration clinique franche.

- **Dans la perspective d'une extension progressive** du dispositif, et de l'ouverture vers les médecins libéraux, la formalisation de consultations hospitalières dédiées (déjà spontanément en place sur certains sites) devrait permettre de contrôler au mieux les indications d'hospitalisation et de ré-adresser à domicile les patients ne justifiant pas un séjour à l'hôpital.

- **II) Les prélèvements virologiques :**

Leurs résultats doivent pouvoir parvenir, directement dans le Service Clinique prenant en charge le malade, dans les 24 heures voire en moins de 4 heures dans les situations graves ou préoccupantes.

Leur transport vers les laboratoires de virologie ayant l'agrément doit être optimisé car dans de nombreuses situations, il vaut mieux transférer le prélèvement qu'un patient mis en observation dans une structure d'isolement.

- **III) Articulation avec les médecins de ville :**

La phase dans laquelle nous nous trouvons désormais, doit être mise à profit pour favoriser et organiser une information à destination des professionnels de santé libéraux ainsi que préciser avec eux les modalités de l'articulation hôpital-ville.

- **IV) Hygiène et Communication Grand Public :**

Les procédures de recommandations d'hygiène doivent être unifiées : tenues vestimentaires, port du masque, utilisation des solutions hydro-alcooliques. La Commission Spécialisée Sécurité des Patients (ex CTINILS) dépendant du HCSP devrait y contribuer.

- **V) Les moyens :**

Cette crise, quelle que soit son avenir, doit rapidement attirer l'attention sur les questions financières qui en découlent :

Les coûts directs pour le patient doivent clairement être pris en charge par la collectivité nationale (médicaments anti-viraux et autres médicaments, arrêts de travail)

Les coûts hospitaliers directs et indirects : l'occupation de ces lits sur une période courte dans un secteur d'hospitalisation conventionnelle, leur gel de façon à pouvoir accueillir à tout moment un patient potentiel, la non prise en compte par la T2A du coût réel important de ces cas hospitalisés

Dans ce cadre, il est demandé au Pr. Y. Yazdanpanah qui a déjà travaillé sur le coût du SRAS de rédiger un document adapté au H1N1. (CF. annexes)

Le surcroît d'activité (astreinte et garde médicale spécifique, garde de techniciens en biologie) doit être pris en compte au niveau financier. Deux CHU l'ont obtenu : Lyon et Marseille. Il s'agit d'une Astreinte Opérationnelle.

Le recours aux MIG doit être envisagé pour assurer les financements.

- **VI) Recherche :**

L'apparition d'une épidémie nouvelle dont l'agent infectieux est inconnu au départ mérite la mise en commun d'informations de façon à en tirer les éléments scientifiques utiles. Dans ce cadre, une étude de cohorte, en collaboration avec les structures de Recherche en Santé Publique (Epidémiologie Clinique et Sciences Sociales – Fabrice Carrat, Jean-Paul Moati), a été initiée et coordonnée par Mme le Pr. C. Leport.

D'autres extensions : (biothèques, etc.) s'avéreront probablement utiles.



- **Réf : 2009-INF-09 "Actualisation des modalités de prise en charge de la grippe A/H1N1"**

- Depuis le lancement de l'alerte contre le nouveau virus de la grippe A/H1N1 par l'Organisation Mondiale de la Santé, le 24 avril dernier, la France a enregistré environ 200 cas confirmés. Aucune forme sévère n'a été identifiée à ce jour. Depuis deux semaines, plusieurs foyers sont apparus, parfois sans lien avec un cas importé. Cette évolution épidémiologique, ainsi que l'amélioration des connaissances, notamment sur la gravité clinique modérée de l'infection par ce virus, justifient une adaptation des modalités de prise en charge médicale des cas et de leurs contacts.

Le rôle des SAMU – Centres 15 reste inchangé : ils assurent la réception des appels concernant des cas, ainsi que leur régulation vers les consultations hospitalières spécifiques mises en place.

Lors de ces consultations un prélèvement naso-pharyngé systématique sera réalisé sur les cas isolés et, au sein de cas groupés, sur trois patients ou tous les cas sévères. Des masques chirurgicaux seront délivrés. La mise sous traitement antiviral est à l'appréciation du clinicien. La recherche et l'identification des contacts ne seront plus réalisées. En revanche, le praticien qui examine un cas lui demandera de lui signaler ses contacts étroits présentant des facteurs de risque, aux fins d'une éventuelle mise sous prophylaxie antivirale. Vous serez informé par le médecin hospitalier si un de vos patients est concerné.

Enfin, l'hospitalisation est réservée aux cas sévères, les autres cas retournant à leur domicile, munis d'une fiche de recommandations disponible sur le site du ministère de la santé et des sports :

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_recommandation.pdf

- **Source** : Direction générale de la Santé



Enquête



Selon la définition actuelle de l'INVS, combien avez-vous eu de cas de grippe H1N1 au 15.06.09

- Possible : 2 à 50 /centre; parfois 0/j parfois 10/j, moyenne : 2/j
- Probable : 2 à 20
- Confirmé : 0 à 13



Comment avez-vous géré les appels des patients ?

- Par le centre15 oui : 100%
- Sur appels des médecins généralistes oui : 70%
- Sur appels des médecins des hôpitaux généraux oui : 70%
- Sur appels d'autres structures oui : 30%
- Sur appels des patients eux-mêmes oui : 40%



Avez-vous hospitalisé tous les patients systématiquement ?

- Oui : 85 %

Avez-vous refusé d'hospitaliser des patients ?

- Oui : 15% (entre 2 et 10)



Quelle a été votre durée d'hospitalisation moyenne

- Cas possibles : 1 à 2j (90%)
- Cas probables : 2 à 3j (50%)
- Cas confirmés : 5j (95%)



Quelle a été votre durée d'hospitalisation moyenne

- Cas possibles : 1 à 2j (90%)
- Cas probables : 2 à 3j (50%)
- Cas confirmés : 5j (95%)

Avez-vous dû hospitaliser des enfants en services d'adultes ?

- Oui : 60%



En cas d'hospitalisation, celle-ci a été réalisée ?

- En chambre à pression négative oui : 66%
- En chambre seule isolée oui : 95%



Disposez-vous dans votre hôpital, d'un secteur avec entrée et sortie séparées du circuit habituel ?

- Aux urgences oui : 33%
- En consultation dans votre service oui : 75%



Avez-vous fait systématiquement des prélèvements pour PC H1-N1 ?

- oui : 95%



Avez-vous fait systématiquement des prélèvements
pour PC H1-N1 ?

- oui : 95%

Ont-ils été techniqués dans votre CHU (laboratoires
de virologie P3)?

- Oui : 60%



Avez-vous fait systématiquement des prélèvements pour PC H1-N1 ?

- oui : 95%

Ont-ils été techniqués dans votre CHU (laboratoires de virologie P3)?

- Oui : 60%

En combien de temps avez-vous obtenu les résultats?

- Moins de 4 heures si nécessaire 20% (P3+)
- < à 12 heures 50% (la moitié P3+)
- Moins de 24 heures 15% (P3-)
- Moins de 48 heures
- Moins de 72 heures 15%(P3+)
- Plus de 72 heures



En combien de temps avez-vous obtenu les résultats ?C

- Moins de 4 heures si nécessaire 20% (P3+)
- < à 12 heures 50% (la moitié P3+)
- Moins de 24 heures 15% (P3-)
- Moins de 48 heures
- Moins de 72 heures 15%(P3+)
- Plus de 72 heures



Avez-vous traité systématiquement les cas possibles/probables par TAMIFLU après prélèvement ?

- Oui : 70% (0,5-1j+++ à 5j)



Avez-vous disposé de moyens supplémentaires ?

- Au niveau du laboratoire de Virologie (techniciens) oui : 5%
- Au niveau des gardes médicales oui : 10% (infectiologue ou médecin)
- Au niveau des structures d'hospitalisation oui : 5% (IDE, puéricultrice)



Avez-vous réuni une cellule de crise en urgences dans votre hôpital ?

- Oui : 100%



Est-ce-que votre service de Maladies Infectieuses est le seul à recevoir des patients ?

- Oui : 85%



Avez-vous été obligés de prescrire du TAMIFLU à des cas contacts à la demande de la DDASS ?

- Oui : 80%



Commentaires

- Mise en danger des autres patients hospitalisés avec refus d'hospitalisation par manque de place
- Charge de travail importante pour la gestion des contacts
- Charge de travail importante pour les services de virologie P3 (manque de technicien; gestion et transport des prélèvements)
- Incohérence de mesures « imposées » sans discernement :
 - Prescription imposée d'oseltamivir à des sujets contacts sans examen, avec déplacement de patient dans une pharmacie intra-hospitalière, au-delà du 7^{ème} jour après le contact (médecin DDASS)
 - Avis incohérent parfois non coordonnées des structures (InVs, DHOS, DGS). Aspects centralisateur excessif avec application de mesures descendantes (cellule inter-ministérielle de crise vers préfets, DRASS, DDASS) parfois inadaptées à la situation locale et à son évolution. Avis de l'InVS sur le classement des cas parfois critiquable.
- Désintérêt des administratifs contrastant avec l'attitude responsables DDASS, DRASS, InVs
- Consultations dédiées (depuis le 22/06):
 - Service de maladies infectieuses sans moyens supplémentaires
 - Ouverture en journée



Commentaires

- Accueil des enfants en service adultes
- Gestion des femmes en fin de grossesse et des nourrissons mal résolus
- Comportement agressif et irresponsable de cas possibles ou probable; difficulté psychologique d'un isolement total en chambre à pression négative pour une symptomatologie mineure au début de l'épidémie; personnes contacts ne se présentant pas pour prélèvements ou ordonnance d'oseltamivir
- Hiatus mesures externes et internes (transfert SAMU, hospitalisation)
- Locaux non adaptés (pas de circuit indépendant intra-hospitalier avec entrée sortie séparés, couloir dédiés)
- Pas de chambre à pression négative. SMIT avec système pavillonnaire rares. Locaux à la ventilation non adaptée. Structure d'accueil permettant le triage non opérationnelle (recours à une tente)



Propositions

- Adaptation plus rapide d'un plan créé pour un risque différent (grippe aviaire, mortalité 50%) au fur et à mesure de l'affinement des connaissances
- Réunir les professionnels de Santé (SAMU, Infectiologues, virologues) pour avis relayé vers autorités de santé publique
- Démultiplier les points de prise en charge des patients plus rapidement (hors centres de références, CHU) avec prélèvements par tout médecin ayant reçu les instructions quand aux précautions
- Envisager plus rapidement la prise en charge par les médecins de soins primaires (généralistes, etc..)
- Pouvoir dégager des moyens temporaires humains (techniciens virologie, infirmière de consultation-triage, médecins – régulateur centre 15, infectiologues, pédiatres) et matériels (structures dures réservées pour épidémies type bronchiolite, structure mobiles : tente pré-armées; dispositifs mobiles de décontamination d'air)



Propositions

- Recherche
 - Cohorte épidémiologique (C Leport)
 - Coût (traduction PMSI avec perte par fermeture de lit)
 - Virologie sur prélèvements
- prévoir des investigations diagnostiques pour les syndromes respiratoires fébriles pour prévoir ou mieux orienter les patients cet hiver tout va se mêler : grippe saisonnière (peut-être oseltamivir-R), grippe aviaire, grippe H1N1, VRS et infections bactériennes ; (réflexions viro et bactériologique)



Inconnu

- 2^{ème} phase hivernale?
- Vaccination?
 - Quand?
 - Comment?
 - Pour qui?





Politics.be & CanaryPete.be
Bron:GVA.be