

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

AVIS

Prophylaxie antivirale en situation de pandémie d'influenza H1N1 dans les milieux de soins du Québec

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTRICES

Lucie Beaudreau

Institut national de santé publique du Québec

Marie Gourdeau

Centre hospitalier affilié (CHA) – Pavillon Hôpital Enfant-Jésus

MISE EN PAGE

Elena Madrid

Institut national de santé publique du Québec



MEMBRES DU COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

MEMBRES ACTIFS

Marie Gourdeau, Centre hospitalier affilié (CHA) – Pavillon Hôpital Enfant-Jésus

Lucie Beaudreau, Institut national de santé publique du Québec

Patrick Dolcé, Centre de santé et de services sociaux Rimouski-Neigette

Charles Frenette, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Rodica Gilca, Institut national de santé publique du Québec

Danielle Goulet, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Andrée Larose, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) - Hôpital Saint-Luc

Josée Massicotte, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie/Direction de santé publique

Danielle Moisan, Centre hospitalier régional du Grand-Portage

Renée Paré, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique

Caroline Quach, CUSM – Hôpital de Montréal pour enfants

Pierre St-Antoine, CHUM – Pavillon Notre-Dame

Jasmin Villeneuve, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction régionale de santé publique

MEMBRES D'OFFICE

Horacio Arruda, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Marc Dionne, Institut national de santé publique du Québec

Claude Tremblay, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) – Pavillon Hôtel-Dieu de Québec

MEMBRES DE LIAISON

Michèle Dupont, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique

Brigitte Lefebvre, Institut national de santé publique du Québec

Isabelle Rocher, Institut national de santé publique du Québec

Roger Savard, Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi

Madeleine Tremblay, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2009

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISBN : 978-2-550-57524-5 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN : 978-2-550-57525-2 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2009)

Version 29 octobre 2009

Les mesures recommandées dans ce document ont été formulées à la lumière des connaissances disponibles à ce jour. Elles seront ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances sur l'influenza pandémique H1N1 2009.

Introduction

La caractérisation des souches d'influenza responsables des cas de grippe pandémique H1N1 a permis d'observer l'apparition de résistance à l'oseltamivir de certaines souches à travers le monde (OMS, 4 octobre 2009). Au Canada, 2 cas de résistance à l'oseltamivir ont été signalés en date du 15 septembre 2009 (Cotter, 2009). Bien que cette situation soit sporadique et que la transmission inter-humaine d'une souche résistante d'influenza pandémique H1N1 n'a pas été observée jusqu'à maintenant, l'émergence de la résistance aux antiviraux demeure une grande préoccupation.

Le présent document a pour objectif d'émettre des recommandations sur l'utilisation des antiviraux en prophylaxie dans le cadre de la pandémie de grippe H1N1. Il tient compte des nouvelles données disponibles sur le risque de développement de résistance et de l'impact des autres mesures de prévention et contrôle de l'influenza pandémique H1N1 incluant la contribution de l'administration de la chimioprophylaxie.

Le présent document constitue une mise à jour des recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) suivantes :

- « Prophylaxie antivirale post exposition à un cas probable ou confirmé d'infection liée à la souche émergente de grippe A(H1N1) d'origine porcine en milieu de soins » du 15 mai 2009;
- « Précisions sur la gestion des travailleurs de la santé exposés au virus de la grippe A(H1N1) - 30 juin 2009 ».

Considérant que :

- La majorité des personnes atteintes de grippe pandémique H1N1 récupèrent sans recours à l'administration d'un traitement antiviral (CDC, 2009);
- Les avantages d'un traitement antiviral précoce (moins de 48 heures suivant l'apparition des symptômes) à l'oseltamivir ou au zanamivir ont été

démontrés lorsqu'administrés à des personnes à risque élevé de complications atteintes d'influenza saisonnière (OMS, 20 août 2009);

- Il a été établi que généralement, les souches circulantes d'influenza pandémique H1N1 sont sensibles à l'oseltamivir et au zanamivir, mais résistantes à l'amantadine et à la rimantadine (OMS, 4 septembre 2009);
- En date du 4 octobre 2009, on a observé une résistance à l'oseltamivir chez 31 souches de la grippe pandémique dans le monde (OMS, 4 octobre 2009);
- L'apparition de résistance à l'oseltamivir a été principalement observée dans les circonstances suivantes (25 septembre 2009) :
 - o Administration d'oseltamivir en prophylaxie post-exposition à un cas de grippe A(H1N1) et développement de l'infection malgré la prophylaxie,
 - o Administration d'oseltamivir sur de longues périodes, à des patients dont le système immunitaire était sévèrement atteint, qui présentaient une maladie prolongée, avec évidence de persistance de réplication virale;
- L'apparition de résistance aux antiviraux pourrait avoir d'importantes répercussions dont (ASPC, 5 octobre 2009) :
 - o limiter les options de traitement des personnes qui contractent l'infection,
 - o mener potentiellement à une transmission de virus résistant aux patients vulnérables et au personnel travaillant dans les milieux de soins,
 - o rendre difficile la gestion d'éclosions;
- D'une façon générale, la durée de contagiosité de l'influenza pandémique H1N1 a été établie à 7 jours suivant l'apparition des symptômes. Cette période peut être plus longue chez les enfants et les immunosupprimés. Quelques études confirment la présence prolongée du virus pandémique dans les voies respiratoires. Cependant, la technique de détection virale n'étant pas précisée, on ne peut se prononcer sur la possibilité de contagiosité.

Par ailleurs, une étude de De Serres a démontré que jusqu'à 13 % des personnes atteintes de la grippe pandémique H1N1 avaient une culture positive pour l'influenza pandémique H1N1 jusqu'à 8 jours suivant le début de leurs symptômes (De Serres et coll, 2009). Ceci laisse croire qu'il est possible que la durée de contagion soit plus longue que 7 jours suivant l'apparition des symptômes chez certaines personnes infectées par le virus pandémique H1N1. Toutefois, la période de contagiosité maximale se situe pendant la phase aiguë des symptômes qui favorisent la transmission (exemples : toux, éternuements);

- L'effet des antiviraux sur la durée de contagiosité, lorsqu'administrés en traitement, n'est pas bien documentée. Cependant, le traitement antiviral diminuerait la charge virale rapidement. Une étude réalisée au Vietnam auprès de 292 patients atteints de grippe pandémique H1N1 a démontré qu'après cinq jours de traitement avec l'oseltamivir, aucune culture virale n'était positive, même si 7 % (12/179) des patients présentaient toujours un RT-PCR positif (Van Doorn R. 2009). Seulement un patient avait un RT-PCR positif au huitième jour. Ceci suggère que la durée de la contagiosité serait diminuée si la souche est sensible au traitement administré;
- La communauté scientifique reconnaît l'importance de se concentrer sur le traitement précoce en situation de pandémie plutôt que sur l'administration d'antiviraux en prophylaxie post-exposition (ASPC, 12 mai 2009; OMS, 25 septembre 2009; CDC, 2009);
- Un ensemble de mesures efficaces de prévention et contrôle de la transmission de la grippe pandémique H1N1 sont en place dans tous les milieux de soins du Québec;
- La vaccination contre la grippe pandémique H1N1 sera rendue disponible à toute la population sous peu.

Le CINO émet les recommandations suivantes :

- D'une façon générale, l'administration d'antiviraux en prophylaxie post-exposition à un cas de grippe pandémique H1N1 n'est pas recommandée. La prophylaxie pré-exposition n'est pas recommandée;
- Suite à un contact documenté avec un cas de grippe pandémique H1N1, une surveillance étroite de l'apparition de symptômes de grippe doit être réalisée;

- L'administration précoce d'un traitement antiviral, soit moins de 48 heures après l'apparition des symptômes, doit être assurée pour tous les patients admis ainsi que pour les travailleurs à risque de complications;
- Dans le cadre de la pandémie, l'administration précoce d'un traitement antiviral pourra être envisagée pour les travailleurs de la santé lorsque la situation épidémiologique sera telle que des bris de services puissent être anticipés dans le réseau. Lorsque cette situation surviendra, des directives ministérielles précisant les indications d'un traitement précoce seront acheminées au réseau;
- Un membre du personnel atteint de grippe pandémique H1N1 devrait être retiré du travail pendant la période de contagiosité. Celle-ci est généralement établie à 7 jours, mais peut être prolongée pour un travailleur immunosupprimé;
- Dans le cadre de la pandémie, un travailleur peut être autorisé à retourner au travail 24 heures suivant l'arrêt des symptômes systémiques (exemples : fièvre, céphalée, myalgies), si sa condition clinique le permet, qu'il soit traité ou non avec un antiviral. Cette mesure devrait s'appliquer exclusivement si la situation locale laisse présager un bris de service. Les conditions suivantes doivent alors être respectées :
 - o ses tâches devraient se limiter aux activités suivantes : donner des soins aux patients affectés par la grippe pandémique H1N1 ou devenus immuns suite à infection confirmée ou effectuer diverses tâches hors des secteurs cliniques et alimentaires. En toute circonstance, ne pas réaffecter aux soins et services de la clientèle immunosupprimée,
 - o Porter un masque minimalement jusqu'à 7 jours suivant le début des symptômes ou jusqu'à résolution des symptômes selon la plus longue de ces éventualités. Procéder à l'hygiène des mains et demeurer à une distance de 2 mètres ou plus des collègues de travail ou autres personnes lorsqu'il ne peut pas porter de masque (ex. : lors des repas),
 - o restreindre les déplacements de ces travailleurs dans l'établissement particulièrement dans les secteurs cliniques;
- En situation d'éclosion en milieu fermé ou ouvert, la décision d'administrer des antiviraux en prophylaxie doit être prise localement par l'équipe de prévention des infections, en concertation avec la direction régionale de santé publique au besoin, en considérant les facteurs suivants :

- o Gravité de l'atteinte liée à la souche impliquée,
- o Transmissibilité de la souche impliquée,
- o Intensité de l'éclosion,
- o Survenue d'une éclosion sur une unité de patients à haut risque de complications, comme une unité d'obstétrique hébergeant des femmes avec diagnostic de grossesse à risque élevé ou une unité de greffe de moelle osseuse (ASPC, 5 octobre 2009; OMS, 20 août 2009),
- o Lorsque d'importantes éclosions successives surviennent et que l'absentéisme du personnel malade risque de compromettre la sécurité des soins (ASPC, 5 octobre 2009, OMS, 20 août 2009),
- o Statut vaccinal des patients et du personnel de soins.

Les éclosions de la souche pandémique H1N1 dans des établissements de soins de longue durée ont été rares jusqu'à présent et, lorsqu'elles sont survenues, les cas étaient plutôt bénins et la transmission de l'infection faible (ASPC, 30 juillet 2009). En présence d'une telle situation (cas bénins avec une faible transmission) la prophylaxie n'est peut-être pas nécessaire. Lorsque la transmission est limitée à une unité de soins, une prophylaxie post-exposition pourrait être indiquée pour les personnes (patients et travailleurs) de cette unité de soins. Le *Guide d'intervention influenza en milieu d'hébergement et de soins de longue durée – Prévention, surveillance et contrôle* (MSSS, 2006) peut être utilisé comme référence pour la prise de décision ainsi que les recommandations de l'Agence de la santé publique du Canada (2009).

Si l'oseltamivir est administré en prophylaxie, la personne qui reçoit la prophylaxie devrait être avisée que ce médicament diminue mais n'élimine pas le risque de grippe et que la protection cesse dès l'arrêt du médicament; une surveillance étroite de l'apparition des symptômes devrait donc être assurée pour repérer la possibilité d'émergence d'une souche résistante.

Si une personne recevant de l'oseltamivir en prophylaxie développe une grippe pandémique H1N1 confirmée, remplacer l'administration d'oseltamivir en prophylaxie par du zanamivir en traitement pour réduire le risque de développement de résistance (OMS, 25 septembre 2009);

- En tout temps, demeurer vigilant face à l'apparition d'une infection résistante aux antiviraux;
- Lorsqu'il y a évidence ou soupçon de la présence d'une souche résistante chez un patient, il est important de tenter d'objectiver cette possibilité et de renforcer les mesures de prévention et contrôle pour éviter la dissémination de cette souche;
- Même si le travailleur de la santé est vacciné contre l'influenza pandémique H1N1, il doit porter les équipements de protection requis tel que recommandé en présence d'une personne atteinte (ASPC, 5 octobre 2009). Il devra également surveiller l'apparition de symptômes de grippe pandémique H1N1 s'il a été exposé sans protection appropriée.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada (12 mai 2009). *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé : Utilisation des médicaments antiviraux durant une pandémie*. Annexe E. Ottawa, 29 p.

Agence de la santé publique du Canada (5 octobre 2009). *Infection prevention and control measures for occupational health management for all healthcare settings; human cases of pandemic (H1N1) 2009 Flu virus*. Ottawa. Document non-publié, 6 p.

Agence de la santé publique du Canada (30 juillet 2009). *Lignes directrices intérimaires sur la gestion des éclosions du virus pandémie H1N1 2009 dans les établissements fermés*. Ottawa, 30 juillet, 3 p.

Centers for Disease Control and Prevention (22 septembre 2009). *Updated interim recommendations for the use of antiviral medications in the treatment and prevention of influenzas for 2009-2010 season*. Atlanta, GA (États-Unis), 10 p.

Cotter, J, The Canadian press (15 septembre 2009). Alberta Health Services reports Canada's second drug-resistant swine flu case. *Canoe Health*. http://chealth.canoe.ca/channel_health_news_details.asp?news_id=28989&channel_id=1020.

De Serres, G., Rouleau, I., Hamelin, M.É., Quach, C., Boulianne, N., Flamand, I., Skowronski, D.M., Bourgault, A.M., Couillard, M., Charest, M., Boivin, G. (2009). *Shedding of Novel 2009 Pandemic H1N1 (nH1N1) Virus at One Week Post Illness Onset*. Abstract K-1918a, présenté à 49th ICAAC, San Francisco, CA, 12-15 septembre.

Marchione, M, The Associated Press (14 septembre 2009). Swine Flu contagious longer than thought: Studies. *The Star*, <http://www.thestar.com/news/world/article/695679>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2006). *Guide d'intervention influenza en milieu d'hébergement et de soins de longue durée – Prévention, surveillance et contrôle*, 140 p. <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/f995f92f8e29a010852571f10055991b?OpenDocument>.

Organisation mondiale de la Santé (25 septembre 2009). *Antiviral use and the risk of drug resistance; Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 12.*, 2 p. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_antiviral_use_20090925/en/index.html.

Organisation mondiale de la Santé (4 octobre 2009). *Pandemic (H1N1) 2009 – update 69.*, 3 p.

Organisation mondiale de la Santé (4 septembre 2009). *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 84^e année, 36(84), 361-372. <http://www.who.int/wer/2009/wer8436.pdf>.

Organisation mondiale de la Santé (20 août 2009). *WHO guidelines for pharmacological management of pandemic (H1N1) 2009 influenza and other influenza viruses*. Genève (Suisse), 91 p.

Van Doorn R. (11 octobre 2009). *Influenza pandemic (H1N1) 2009 (68): Viet Nam, virus clearance*. ProMED-mail post. <http://www.promedmail.org>.

