

VIRUS de la GRIPPE

SOMMAIRE

1	GENERALITES	2
1.1	AGENT PATHOGENE, RESERVOIR, SOURCE	2
1.2	EPIDEMIOLOGIE GENERALE	2
1.3	VIABILITE, RESISTANCE PHYSICO-CHIMIQUE	2
1.4	MODE DE TRANSMISSION INTERHUMAINE DIRECTE ET INDIRECTE	3
1.5	INCUBATION	3
1.6	CONTAGIOSITE	3
1.7	CLINIQUE	3
1.8	DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE	3
1.9	TRAITEMENT	4
1.10	POPULATIONS PARTICULIERES A RISQUE	4
1.11	EFFETS SPECIFIQUES SUR LA GROSSESSE	4
2	EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS	5
2.1	CRITERES DE CARACTERISATION DE L'EXPOSITION	5
2.1.1	<i>OU ?</i>	5
2.1.1.1	Critères <i>a priori</i> issus de la bibliographie	5
2.1.1.2	Données de PMSI	5
2.1.1.3	Données de laboratoire	5
2.1.2	<i>QUAND, COMMENT ?</i>	5
2.2	CARACTERISATION DU RISQUE	5
2.2.1	<i>ELEMENTS DE NATURE A LIMITER L'EXPOSITION</i>	5
2.2.1.1	Protection collective	5
2.2.1.2	Equipements de protection individuelle	6
2.2.1.3	Vaccination	6
2.3	APTITUDE DES SOIGNANTS PORTEURS	6
2.4	MALADIE PROFESSIONNELLE	6
3	POINTS FORTS	7

1 GENERALITES

1.1 AGENT PATHOGENE, RESERVOIR, SOURCE

Myxovirus influenza est un virus à ARN ; il appartient au groupe 2 de la classification des agents pathogènes

Trois grands types existent A, B et C.

Le type A comporte des sous types répertoriés selon les antigènes de surface hémagglutinine (H) et neuraminidase (N). Il évolue par "glissement" antigénique (modifications mineures pour des protéines de surface), avec moindre reconnaissance par le système immunitaire ; ou par "cassure" (changement de type de protéine de surface aboutissant à un nouveau virus). Les virus circulant actuellement sont du type H1N1 et H3N2.

Le virus B évolue par "glissement".

Le virus C est stable.

L'Homme constitue le réservoir des formes humaines circulantes. Les oiseaux sont vraisemblablement les hôtes originels des virus de la grippe, en particulier des sous types A. Ils sont à l'origine des "cassures" et de l'apparition de nouveaux virus chez l'Homme.

1.2 EPIDEMIOLOGIE GENERALE

La grippe se manifeste sous forme de pandémies, d'épidémies, d'épidémies localisées et de cas sporadiques, d'intensité variable en fonction des années et des souches virales infectantes.

Toutes les tranches d'âge sont atteintes, mais la gravité est majorée chez les personnes âgées ou fragiles.

En France, le seuil épidémique est fixé à 168/100000

1.3 VIABILITE, RESISTANCE PHYSICO-CHIMIQUE

Myxovirus influenza est sensible à de nombreux désinfectants (hypochlorite de sodium, éthanol à 70 %, glutaraldéhyde, formaldéhyde).

Il est également sensible à la chaleur et à la dessiccation (ce qui explique en partie la survenue d'épidémie en hiver avec un temps froid et humide).

1.4 MODE DE TRANSMISSION INTERHUMAINE DIRECTE ET INDIRECTE

La contamination interhumaine se produit par l'intermédiaire de microgouttelettes excrétées par des sujets infectés lors de la toux ou d'éternuements. Il existe un doute sur une possible contamination aérienne.

La concentration de population dans un milieu clos (confinement) favorise la contamination.

Trente à 60% d'une population non immunisée peut-être touchée.

1.5 INCUBATION

L'incubation est courte : entre 1 et 4 jours (plutôt 2 jours en moyenne).

1.6 CONTAGIOSITE

Le virus se multiplie dans les cellules épithéliales de l'arbre respiratoire. La contagiosité débute la veille de l'apparition des symptômes et persiste pendant 7 jours.

1.7 CLINIQUE

Dans les cas simples, la grippe débute brutalement : fièvre (40°C), asthénie, céphalées, myalgies ; puis pharyngite et conjonctivite avant l'atteinte de l'arbre respiratoire (toux). L'examen clinique est pauvre (râles sous crépitants diffus).

La guérison est obtenue en moins de 8 jours ; mais la toux et l'asthénie peuvent persister plusieurs semaines.

Dans les cas compliqués, il peut exister une surinfection broncho-pulmonaire jusqu'à une pneumopathie avec détresse respiratoire (grippe maligne).

1.8 DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

Le diagnostic est avant tout clinique, en particulier dans un contexte épidémique.

Le diagnostic biologique ne s'envisagera que pour des formes survenant en dehors d'une épidémie ou chez des sujets fragilisés. Il fait appel :

- recueil des sécrétions naso-pharyngées et détection des protéines virales (ELISA) ou détection du génome viral (PCR)
- sérologie : augmentation des anticorps sur deux prélèvements (2 semaines d'intervalle).

1.9 TRAITEMENT

La grippe simple fait appel à un traitement symptomatique : repos, antipyrétiques, antalgiques, apport hydrique, antitussifs. L'antibiothérapie ne se justifie que pour les surinfections secondaires.

Les antiviraux : prise dans les 48 heures après les premiers symptômes

- amantadine (MANTADIX®) actif exclusivement sur les virus A
- inhibiteurs de la neuraminidase : oseltamivir (TAMIFLU®) et zanamivir (RELENZA®) actifs sur les virus A et B

1.10 POPULATIONS PARTICULIERES A RISQUE

Sont plus particulièrement à risque les sujets âgés (plus de 65 ans) ou atteints de maladies chroniques et en particulier respiratoires ou cardiaques ; immunodépression.

Le taux d'hospitalisation est évalué par le réseau sentinelle à 0.4%.

1.11 EFFETS SPECIFIQUES SUR LA GROSSESSE

Chez la femme enceinte, un avortement est possible. Il n'est pas établi de risque malformatif.

2 EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS

2.1 CRITERES DE CARACTERISATION DE L'EXPOSITION

2.1.1 OU ?

2.1.1.1 Critères *a priori* issus de la bibliographie

La grippe est une pathologie avant tout rencontrée en milieu extra-hospitalier. Le faible taux d'hospitalisation concerne des patients fragiles (aux âges extrêmes) et présentant des complications.

2.1.1.2 Données de PMSI

Les données du PMSI ne sont pas totalement exploitables en raison du champ recouvert par les items de codage. Il s'agit le plus souvent d'un diagnostic secondaire dans un contexte de comorbidité.

2.1.1.3 Données de laboratoire

Les données de laboratoire font état de peu de demandes orientées cliniquement vers un diagnostic de grippe. La mise en évidence de Myxovirus influenzae est souvent réalisée lors d'une recherche plus large, en particulier pour une atteinte respiratoire chez l'enfant chez qui le clinicien suspecte en premier lieu une atteinte par le VRS.

2.1.2 QUAND, COMMENT ?

Sont en faveur d'un risque plus élevé d'exposition pour eux-mêmes (contact avec des gouttelettes ou contact des muqueuses buccales ou nasales avec des sécrétions respiratoires infectieuses) :

- les agents en contact répété avec le public : accueil, consultation
- les professionnels de santé exerçant au contact d'enfants ou de patients présentant des syndromes grippaux, actes de kinésithérapie,
- les personnels des laboratoires de virologie ou manipulant des sécrétions respiratoires

2.2 CARACTERISATION DU RISQUE

2.2.1 ELEMENTS DE NATURE A LIMITER L'EXPOSITION

2.2.1.1 Protection collective

Diagnostic et traitement précoce des patients atteints de grippe avec prise de précautions contre la transmission des « gouttelettes ».

Eviction des soignants atteints pour éviter les cas secondaires.

2.2.1.2 Equipements de protection individuelle

Le port d'un masque, au minimum de type chirurgical, est conseillé en cas de contact rapproché avec un patient atteint de grippe ou suspecté de l'être. Cette indication doit d'ailleurs s'appliquer à tout patient qui tousse, car en premier lieu, il est nécessaire d'interrompre la chaîne de transmission.

2.2.1.3 Vaccination

L'obligation vaccinale pour le personnel de santé (article L. 3111-4 CSP) introduite depuis le 1er janvier 2006, a été suspendue le 14 octobre 2006, après avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Reste à ce jour, la recommandation d'une vaccination contre la grippe saisonnière chez le personnel soignant de manière à réduire l'incidence des cas de grippe chez les soignants et en corollaire, diminuer le risque de transmission aux patients hospitalisés pour lesquels la grippe présente un risque de complication ou de décès.

Le vaccin viral inactivé à virion fragmenté est préparé sur œuf de poule embryonné. La composition est arrêtée par l'OMS chaque année, la vaccination est donc annuelle. Pour 2006-2007 sont retenues les souches B et A (H1N1) et A (H3N2). Une seule injection est suffisante et la séroprotection est généralement obtenue dans les 2 à 3 semaines.

Outre les contre-indications liées aux substances entrant dans composition du vaccin, la principale contre indication est une allergie à l'œuf ou aux protéines de poulet.

2.3 APTITUDE DES SOIGNANTS PORTEURS

Si le soignant porteur est en contact avec des patients particulièrement fragiles vis-à-vis du virus grippal (sujets âgés, immunodéprimés, ...), il faut conseiller l'éviction temporaire du poste de travail dès les premiers symptômes.

2.4 MALADIE PROFESSIONNELLE

Actuellement aucun tableau de maladies professionnelles du régime général ne permet de reconnaître la grippe.

3 POINTS FORTS

- transmission par la toux (microgouttelettes),
- vaccination du personnel soignant recommandée,
- port du masque par tout soignant qui tousse,
- port du masque face à tout patient qui tousse.