



Année 2009 N° 2

31 décembre 2009

PUBLIÉE PAR L'OBSERVATOIRE INTERNE DE LA GRIPPE A H1N1

• Éditorial

Depuis quelques semaines on a déclenché, dans notre hôpital, un plan de veille pour faire face aux problèmes de l'épidémie mondiale qu'est la grippe A H1N1. Ce plan pose des problèmes de gestion et de logistique en rapport avec une importante augmentation du nombre de patients qui se présentent aux urgences, à qui il faut évidemment leurs assurer les meilleurs soins avec tous ses volets ambulatoires et hospitalisations. Cette situation a l'avantage de tester nos capacités de réponse à cet afflux de patients de plus en plus exigeants. N'est ce pas que les crises permettent en général d'évaluer les capacités de riposte d'un système et de contenir un problème. La crise met en exergue les vrais défauts d'un système. Mais également ses qualités et ses facultés à s'adapter aux nouvelles situations où il faut agir vite et bien. Le plus important dans notre situation sera l'endurance. Comme en athlétisme, c'est un marathon, on est partie pour une longue épreuve. Ce n'est pas un sprint limité dans le temps. La technique n'est pas la même, la préparation physique non plus. Le service des urgences constitue un « thermomètre » du système de santé d'un hôpital, mais aussi un « thermomètre » social pour toute la région. C'est l'endroit où les citoyens se dirigent spontanément, en cas de problème même autre que médical. C'est ce qu'on critique aussi le plus facilement. Pendant la crise, les yeux sont rivés sur ce service, c'est à ce niveau qu'on dispense les premiers soins, qu'on recueille les premières statistiques et c'est aussi la zone tampon avisant et donnant un temps de répit pour les autres services de l'hôpital permettant ainsi leurs préparations et leurs adaptations à cette nouvelle situation. Il faudra épargner nos forces et adapter nos capacités dans la durée pour éviter un épuisement dont les conséquences ne seront pas souhaitables, surtout que le plus dur est à venir.

Un autre avantage et non des moindres, c'est cette initiative de passer à l'écrit pour diffuser l'information et je tiens à féliciter les membres de l'observatoire interne de la grippe de notre hôpital de lancer ce journal de veille. Maintenir cette tradition de l'écrit sera une excellente chose pour l'avenir.

Professeur Slah-Eddine Ghannouchi— Chef de service des urgences et SMUR



Dans ce numéro :

Éditorial	1
La situation épidémiologique de la grippe	2 - 3
Entretien des surfaces au cours de la période de pandémie	3
La grippe chez la femme enceinte	4
La vaccination contre la grippe	5
Situation nationale	5

Membres de l'Observatoire Interne de la Grippe A H1N1 (OIGA)

- Pr Ag Naoufel Kaabia : Service de Maladies Infectieuses
- Pr Ag Lamia Boughamoura : Service de Pédiatrie
- Dr Mounir Guezzah : Service des Urgences
- Dr Hamdi Njima : AHU en Pneumologie
- Mr Fredj Nasr : Surveillant général de l'Hôpital
- Mr Mourad Bouguerra : Surveillant de la Pharmacie

Rédaction : Dr Naoufel Kaabia et Dr Mounir Guezzah

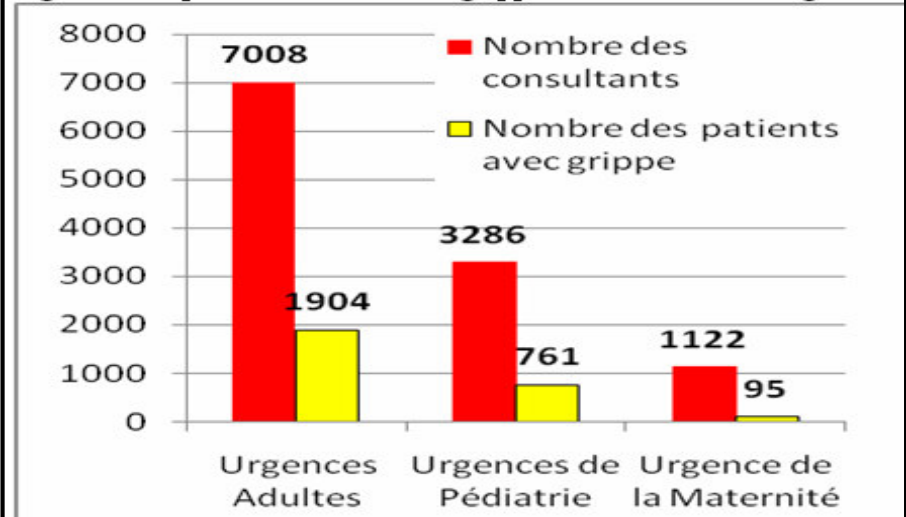
E-mail : naoufelkaabia2001@yahoo.fr

• **La situation épidémiologique de la grippe A/H1N1 du 1^{er} au 31 décembre 2009**

1) Les consultants aux urgences :

Depuis le début de l'épidémie de la grippe AH1N1 (1/12/2009) et jusqu'au 31/12/2009, le nombre des consultants, à l'Hôpital Farhat Hached, pour une symptomatologie grippale a atteint **2684 patients**, soit un taux de **24.8%** par rapport aux nombre total des consultants. Au cours des deux dernières semaines, nous avons remarqué une diminution des cas de grippe liée probablement aux vacances scolaires et au réchauffement du climat ces derniers jours. Ci-contre la répartition des cas probables de grippe en fonction des urgences et des semaines (figure 1et 2).

Figure 1 : répartition des cas de grippe en fonction des urgences

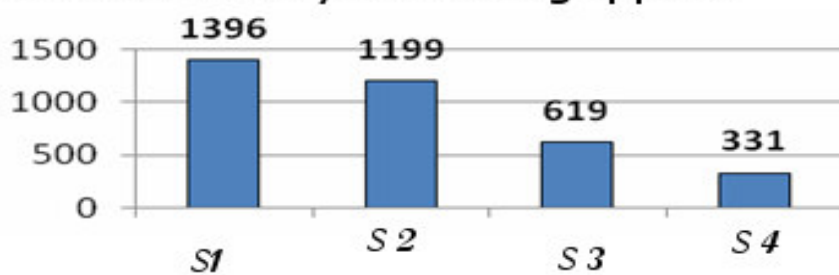


2) Les hospitalisations pour grippe A :

Depuis le début de l'épidémie, **139 patients** ont été hospitalisés: Pédiatrie (51 cas), Maladies Infectieuses (41 cas), Pneumologie (36 cas), Réanimation Médicale (14 cas), Gynécologie-Obstétrique (5 cas), Cardiologie (2 cas). La majorité des patients avaient une tare sous-jacente, essentiellement le diabète, l'asthme et la BPCO. Parmi les hospitalisés il y'avait 11 femmes enceintes. Un prélèvement de gorge pour RT-PCR grippe AH1N1 a été réalisé chez 103 patients, il est revenu positif dans 51 cas soit 49.5%.

Figure 2 : répartition des cas selon les semaines

Nombre des syndromes grippaux



3) Les décès :

Avec l'évolution de l'épidémie, le caractère virulent du virus AH1N1 se confirme. Ainsi, depuis le début de cette épidémie (1/12/2009), la deuxième et la troisième semaine étaient les plus meurtrières. En effet, le nombre des décès liés à l'infection AH1N1 confirmée a atteint **14 patients** : Réanimation Médicale (7 cas), Pédiatrie (4 cas),

Maladies Infectieuse (1 cas), Pneumologie (1 cas), SMUR (1 cas). Douze parmi les décès avaient une tare sous-jacente.

Ce nombre est certainement sous estimé, au moins deux autres décès ont été notés (un aux urgences et l'autre à domicile) chez respectivement un adulte diabétique et une femme enceinte, tous dans un tableau de pneumopathie hypoxémiante mais le prélèvement pour PCR n'a pas été fait.

Calculer le taux de mortalité est difficile car on ne connaît pas le nombre total des cas, cependant, **ce taux est de 10% chez les hospitalisés** dans notre hôpital.

Situation épidémiologique en Réanimation médicale

Quatorze patients (14) ont été hospitalisés pour pneumopathies virales hypoxémiantes (11 transférés des autres services et 4 via les urgences). Le diagnostic de grippe A/H1N1 était confirmé chez tous par RT-PCR. Tous, sauf un, avaient un terrain débilité. Un délai d'une semaine, environ, entre le début du syndrome grippal et l'installation de l'insuffisance respiratoire aigue avait été enregistré. **Sept** parmi les huit patients ventilés (dont deux femmes enceintes) sont décédés dans un tableau de SDRA (œdème lésionnel) sévère. Une troisième femme enceinte est décédée pendant son transport [SMUR] avant d'atteindre le service.

Pr Ag Mohamed Boussarsar, Service de Réanimation Médicale

Situation épidémiologique en Pédiatrie

Cinquante et un (51) enfants avec symptomatologie grippale étaient hospitalisés dont **15 en Réanimation Pédiatrique**. La grippe A a été confirmée chez 15 patients (RT-PCR AH1N1v = 11 cas, TDR = 4 cas). Nous avons déploré **4 décès** âgés respectivement de 5, 8, 24 mois et 14 ans, ils avaient tous une ou plusieurs tares sous jacentes, il s'agissait d'hypotrophie avec retard psychomoteur (1 cas), trisomie 21, cardiopathie congénitale avec HTAP (1 cas), encéphalopathie avec microcéphalie (1 cas), et retard mental avec insuffisance anté hypophysaire (1 cas). Tous ont été traités par Tamiflu. Trois étaient intubés ventilés. Le décès est survenu au bout respectivement de 5, 7, 1 et 5 jours de l'hospitalisation.

Pr Ag Lamia Boughamoura, Service de Pédiatrie

• Entretien des surfaces au cours de la période de pandémie

Les surfaces et les équipements peuvent constituer une source de transmission de virus s'ils ne sont pas entretenus convenablement. Elles doivent être normalement nettoyées et désinfectées à l'aide d'un produit détergent suivi d'un produit désinfectant (exemple **Dinol** puis **Eau de javel**) ou à l'aide d'un produit détergent désinfectant (exemple le **Surfanios®**) entre les différentes activités, plus particulièrement et de façon approfondie après le passage d'un cas de grippe confirmé ou suspecté et en fin de son séjour. Par ailleurs pour pouvoir mener à bien cette activité il faut que les produits de bionettoyage recommandés soient disponibles dans tous les services de soins, et que la rythmicité de passage des ouvrières de bionettoyage soit bien consignée et contrôlée. L'équipe d'ouvrière doit être renforcée

et disponible 24 heures sur 24 et assistée par l'infirmier de la salle, le référent en hygiène ou le surveillant du service pour le contrôle de la procédure de bionettoyage. La désinfection terminale doit être effectuée après la sortie d'un cas de grippe, dans une chambre préalablement nettoyée et désinfectée à l'aide d'un produit adapté (le **Bactinyl spray®**). L'organisation de l'activité de bionettoyage au cours de cette période doit être effectuée en collaboration avec l'administration, le service auxiliaire, les surveillants des services de soins, l'équipe opérationnelle d'hygiène et la société sous traitante de bionettoyage, afin de limiter le risque de transmission du virus lié à l'environnement de soins.

Dr W. Bannour - Pr M. Njah, Service d'hygiène hospitalière

⇒ *Le document technique en PDF est ci joint*

Le Médecin et Chirurgien Slaheddine Gharbi n'est plus :

La scène médicale tunisienne a perdu, le 21/12/2009, l'éminent chirurgien, universitaire et pionnier de la faculté de Médecine de Sousse, le Pr Slaheddine Gharbi, décédé à l'âge de 76 ans. Figure marquante de la médecine tunisienne et chirurgien hors pair, il s'est distingué par sa clairvoyance, son dynamisme, son amour pour sa spécialité et son attachement à la faculté de médecine de Sousse. Depuis son arrivée à l'hôpital Farhat Hached dans les années 70, et il s'est attaché à édifier un service de chirurgie à la dimension de ses ambitions. Dans son activité quotidienne, on ne pouvait qu'admirer le chirurgien de génie, sa pensée élevée et les ressources de son esprit inventif. Le Pr Slaheddine Gharbi restera sans doute dans les mémoires de ses élèves qui sont très nombreux, comme un homme qui a servi inlassablement la médecine et la chirurgie dans notre pays. A sa famille éplorée, nos plus sincères condoléances.

Pr Nejib Mrizak Chef service de médecine du travail et Doyen de la faculté de médecine de Sousse

• La grippe chez la femme enceinte

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 et 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 du dispositif mis en place et les moyens de protection incluant la prise en charge des nouveau nés.

Les femmes enceintes fébriles doivent faire l'objet d'une évaluation le plus rapidement possible, dans le but d'éliminer les autres causes de fièvre : (infection urinaire, listériose, ...). **La présence d'un syndrome respiratoire aigu** à début brusque ET de signes généraux (fièvre > 38° C ou courbatures ou asthénie) chez une femme enceinte doit entraîner une **consultation hospitalière dédiée** avec prise en charge obstétricale concomitante. Cette consultation dédiée sera organisée de préférence dans une zone particulière du service de gynécologie-obstétrique au cours de laquelle sont recommandées : la réalisation d'un prélèvement nasal pour recherche virologique H1N1 **si possible** ET la mise sous **traitement antiviral curatif** par oseltamivir (Tamiflu®) 75 mg x 2 par jour (deux gélules/jour) pendant 5 jours, **quel que soit le trimestre de grossesse et la présence ou**



non de facteurs de risque de gravité. 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 heures. 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 à début brutal, le traitement curatif sera quand même entrepris étant donné la gravité des formes pulmonaires chez la femme

enceinte.

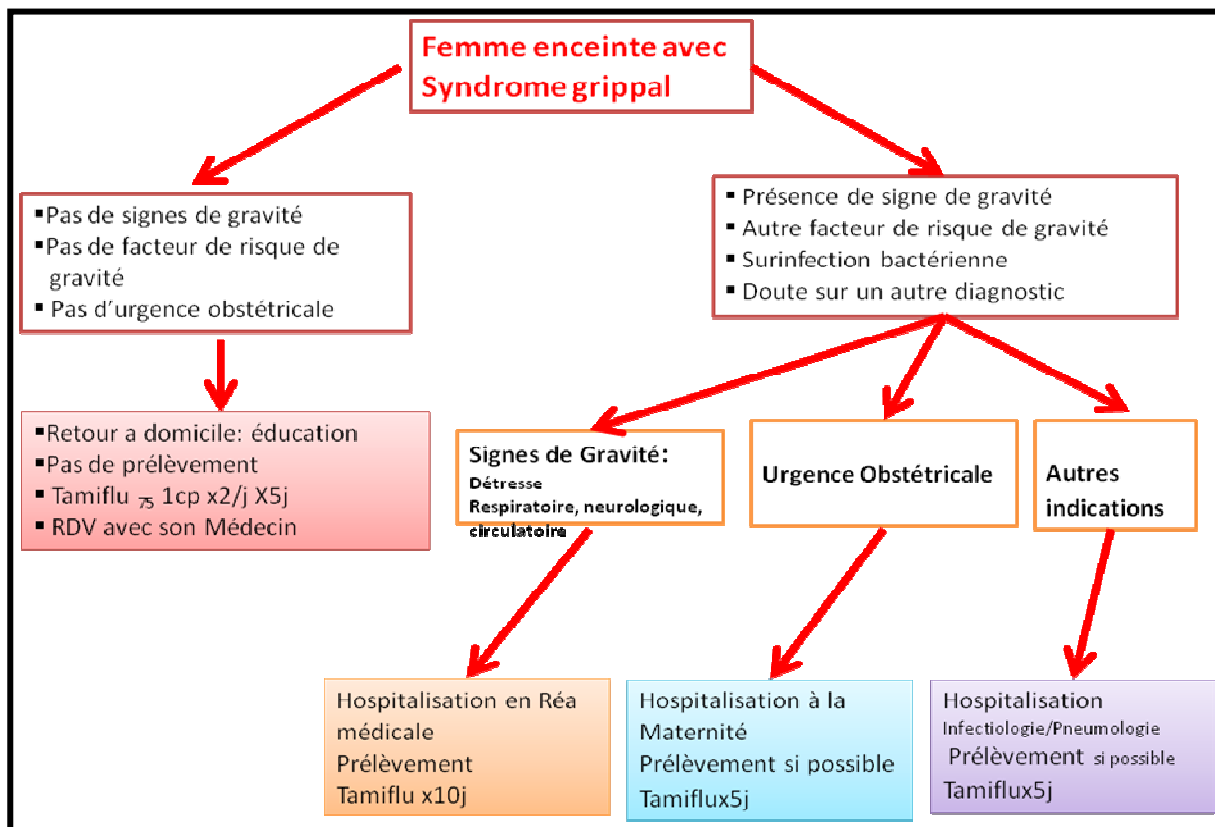
Les cas bénins seront traités en ambulatoire avec consignes de respecter les mesures barrière et de consulter en urgence si signes de gravité.

L'hospitalisation en chambre individuelle et **secteur dédié de maternité ou maladies infectieuses 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 signes de gravité (signes vitaux)
- ◆ Présence d'autres facteurs de risque maternels ou généraux
- ◆ Suspicion de surinfection bactérienne respiratoire
- ◆ Doute sur un autre diagnostic associé

Accouchement dans salle de travail éloignée, voire spécifique avec protection du nouveau né.

Pour en savoir plus : Conduite à tenir pour les femmes enceintes en cas d'épidémie de grippe A(H1N1)
www.infectiologie.com/site/medias/alertes/grippe/H1N1-Grossesse.pdf



• La vaccination contre la grippe AH1N1

La campagne vaccinale anti H1N1 du personnel de santé et du personnel indispensable de l'état a démarré le 09/12/09 conformément à la **circulaire n°78** du Ministère de la Santé Publique.

Le nombre du personnel hospitalier vacciné au CHU Farhat Hached de Sousse jusqu'au 31/12/2009 s'élève à 355 agents dont 296 (soit 83,4%) par le vaccin avec adjuvant **FOCETRIA®** (Laboratoire NOVARTIS) et 57 (soit 16,6%) par le vaccin sans adjuvant **PANENZA®** (Laboratoire SANOFI PASTEUR).

Depuis le démarrage de la campagne de la vaccination anti H1N1, on a noté une hésitation pour cette vaccination surtout à la première semaine, reflétée par le faible nombre d'agents vaccinés durant cette semaine (18 agents). Par la suite, on a constaté une augmentation du nombre des agents vaccinés au fil des semaines [Figure ci-contre].

La répartition des agents vaccinés contre la grippe AH1N1 selon la catégorie professionnelle est donnée par le tableau ci-contre. Le taux de couverture vaccinale le plus élevé était chez la catégorie des médecins (49,5%), suivi de loin par les résidents (16,5%) et les infirmiers (14,6%).

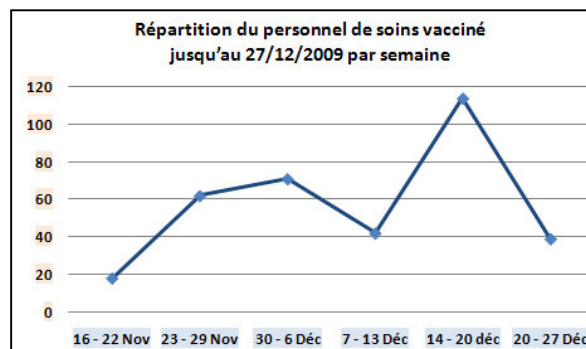
Concernant les effets indésirables, jusqu'au 26/12/2009 aucun effet indésirable n'a été signalé par le personnel vacciné contre la grippe A(H1N1).

Nous rappelons que cette vaccination est volontaire, non obligatoire et elle est conseillée pour certains groupes cibles (**Annexe 1 de la circulaire n°78**). Cependant, elle est fortement recommandée pour le personnel soignant pour les raisons suivantes :

- ◆ Le personnel soignant étant en contact direct avec les malades, il risque de contracter ce virus
- ◆ Il est censé assurer la promulgation des soins pour les malades en cas d'épidémie

- ◆ Il risque de transmettre le virus A(H1N1) aux malades les plus fragiles et les plus susceptibles (immuno-déficients, Bronchiteux-chroniques, asthmatiques, femmes enceintes...).

Dr Chatti Souhail, Pr Mrizak Néjib.—Service de Médecine de Travail et Pathologies Professionnelles



Catégories professionnelles	Effectif vacciné	Effectif total	% de l'effectif vacciné
Médecins, pharmaciens et dentistes	111	224	49,5
Infirmiers et aides soignants	96	659	14,6
Techniciens Supérieurs	48	380	12,6
Ouvriers	30	301	10,0
Sous total	285	1564	18,2 %
Internes	17	337	5,0
Résidents	28	170	16,5
Sous total	45	507	8,9 %
Agents administratifs	3	107	2,8
Sociétés de sous traitance	22	220	10,0
Total	355	2178	16,3 %

• Situation nationale :

D'après le dernier bulletin de l'ONMNE (Observatoire National des Maladies Nouvelles et Emergentes), du 28 décembre 2009, nous constatons que :

Le nombre de cas testés positifs (au 28/12/2009) s'élève à 3175 répartis entre 1095 cas confirmés par PCR (laboratoire de référence de l'hôpital Charles Nicolle) et 2080 autres révélés par les analyses rapides.

Le nombre estimé des syndromes grippaux est en augmentation depuis la confirmation de l'épidémie en Tunisie (semaine du 16 au 22 novembre) et atteint 143.281 cas (estimatif), soit 1,4% de la population au 20 décembre.

- Les vacances scolaires freinent la progression, le pic sera atteint en début janvier selon les estimations.

- Le nombre des décès s'élève à 18 cas, dont 3 sans facteurs de risque. La majorité décède dans un tableau de détresse respiratoire aigue.

- Le nombre des cas confirmés est variable selon les régions et le temps, il ne reflète pas la réalité puisque les tests ne sont plus systématiques.

- La particularité du virus AH1N1 est qu'il touche plus fréquemment les sujets jeunes : 90% des patients testés sont âgés de moins de 35 ans. Les moins de 5 ans représentent le 1/5 de l'effectif.

- **Le total des hospitalisations** a atteint à ce jour 688 dont 50,4% ont concerné des patients qui avaient des facteurs de risques connus. 18,3% ont été hospitalisés dans des services de réanimation pour adultes et 1,5% dans des services de réanimation pédiatrique. Parmi ces malades hospitalisés en réanimation 33,3% ont nécessité une ventilation artificielle.