

- ❖ Évolution de la situation en Tunisie
- ❖ Situation dans le Monde au 27/9/2009
- ❖ Une première évaluation de la virulence directe de H1N1 pandémique à partir de données non consolidées rapportées en Île Maurice et en Nouvelle-Calédonie
- ❖ La létalité directe liée au virus A (H1N1) est très supérieure à celle de la grippe saisonnière
- ❖ Résumé de la note de l'OMS, actualités en bref n° 12, du 25 septembre 2009 Utilisation des antiviraux et risque de pharmaco-résistance
- ❖ Mise à jour des recommandations usuelles de l'académie américaine de pédiatrie (AAP) pour l'utilisation courante du vaccin saisonnier trivalent contre la grippe et des médicaments antiviraux pour la prévention et le traitement de la grippe chez les enfants- 15 septembre 2009
- ❖ L'académie américaine de pédiatrie met à jour les recommandations concernant la grippe
- ❖ Vaccination contre la grippe saisonnière suspendue dans certaines régions du Canada
- ❖ Les 100 premiers cas hospitalisés pour complications grippales graves provoquées par la grippe pandémique A (H1N1) 2009 à Taiwan

## Évolution de la situation en Tunisie

### 1. Cas confirmés au 30/9/2009 :

Le nombre de cas signalés dans le pays et confirmés au laboratoire national de référence est de 91 cas positifs, dont 45 sont du sexe féminin et 46 sont du sexe masculin. L'âge moyen des malades est de 21,09 ans, il est de 22.6 années pour les femmes et de 19.6 années pour les hommes.

66 sujets sont de nationalité Tunisienne, 9 sont français les 16 autres sont de différentes nationalités.

47 ont été contaminés en Tunisie (dont 27 dans le cadre du foyer observé au lycée Pierre Mendès France de Mutuelleville), les 44 autres ont été contaminés dans différents pays étrangers dont les principaux sont l'Espagne (8) et la France (8).

### 2. Début d'installation d'une transmission communautaire limitée

À partir du 26/9/2009, des cas de contamination autochtone strictement intra pays, sans liens épidémiologiques avec une importation du virus de l'étranger, ont été recensés parmi des élèves de la région de Tunis, fréquentant des établissements scolaires de la banlieue Nord (3 cas), une école de la délégation de Sidi Hassine (1cas) et un collège de la délégation de Hrairia (1cas). Ceci témoigne du

début d'une transmission communautaire limitée, qui devra en principe s'amplifier dans les prochaines semaines. Une transmission communautaire active sera décelée en Tunisie sur :

- Le dépistage de cas de plus en plus nombreux, sans lien épidémiologique avec une importation de l'étranger.
- Une augmentation de l'activité grippale communautaire surveillée en Tunisie à travers le % de consultations pour syndrome grippal et IRA parmi toutes les consultations enregistrées, dans les 200 centres de santé sentinelles, éparpillés à travers le pays, à un niveau double du niveau habituellement observé à la même période de l'année.
- L'observation de nombreux cas groupés familiaux dans certaines localités, collectivités ou en milieu scolaire.
- La constatation d'un absentéisme à un niveau anormalement élevé, tant en milieu scolaire qu'en milieu de travail.
- L'observation d'une multiplication des hospitalisations de cas d'infections respiratoires graves et de complications de grippe dans les hôpitaux.

### **3. Flambée Lycée Pierre Mendès France de Mutuelleville**

Depuis le premier cas dépisté positif le 17/9/2009, et au 1<sup>er</sup> octobre 2009, 44 malades, ayant des symptômes suspects, ont été recensés parmi les élèves, le personnel du lycée et leurs contacts familiaux ou autres: 28 se sont révélés positifs : 21 élèves, 2 enseignants et 5 contacts.

Les 16 autres se sont révélés négatifs.

#### **Chronologie des cas au lycée Pierre Mendès France :**

Date	Nombre de cas positifs
17/09/2009	1
18/09/2009	2
19/09/2009	2
20/09/2009	10
22/09/2009	5
24/09/2009	1
25/09/2009	3
26/09/2009	2
29/09/2009	1
01/10/2009	1

Devant cette situation, la commission a appelé au renforcement de la surveillance et de l'intervention en milieu scolaire et a insisté sur le caractère désormais prioritaire de ces activités dans le ralentissement de la progression de l'épidémie.

#### **4. Numéro Vert : Regain d'intérêt durant ces dix derniers jours :**

Après avoir enregistré une moyenne de 90 communications par jour durant les 20 premiers jours du mois de septembre, et à partir du 21 septembre 2009, le nombre des appels reçus par le numéro vert a nettement augmenté. Durant ces 10 derniers jours, la moyenne est passée à 150 communications par jour.

Les appels reçus proviennent de tous les gouvernorats du pays. Les appelants sont des deux sexes à parts égales, appartenant en majorité au milieu scolaire (60 % des cas). Plus de la moitié des appelants sont des jeunes de moins de 20 ans.

Les questions les plus fréquemment posées demandent des informations sur le nombre de cas en Tunisie et sur les mesures de prévention à suivre. Elles cherchent également à s'enquérir sur les dispositions entreprises en milieu scolaire pour lutter contre la grippe AH1N1.

Ce regain d'intérêt est vraisemblablement en rapport avec la rentrée scolaire.

### **Situation dans le Monde au 27/9/2009**

#### **1. Situation générale au niveau mondial :**

Le virus A/H1N1 2009 continue à être le virus grippal prédominant dans les deux hémisphères.

Dans l'hémisphère Sud, la vague épidémique A/H1N1 2009 est en train de prendre fin, à l'exception de quelques pays.

En zone intertropicale la tendance est à la baisse.

Dans l'hémisphère Nord, la circulation du virus est modérée mais la tendance est à l'augmentation, notamment aux Etats-Unis, au Mexique, dans certains pays européens et au Japon.

En fin de semaine 39 (21 au 27 septembre), le total mondial cumulé, de cas confirmés, depuis le début de la pandémie est, selon [www.flucount.org](http://www.flucount.org), de 424 111 cas confirmés et de 4 806 décès. Les pays les plus atteints sont les USA (44 555 cas), l'Australie (36 559 cas) et le Mexique (31 594 cas), qui totalisent à eux trois ¼ des cas mondiaux.

Selon l'InVS, au 28 septembre 2009, 4 306 décès sont enregistrés dans le monde. L'Amérique du sud comptabilise 48 % des décès, l'Amérique du nord 21 %, l'Asie 15 %, et l'Europe 4%.

#### **2. L'Europe en semaine 38 (du 14 au 20 septembre), et 39 (21 au 27 septembre 2009)**

##### **. Pays ayant une activité grippale épidémique : France et Pays Bas**

Le seuil épidémique a été franchi Au Pays Bas, en semaine 38, les autorités sanitaires attendent un dépassement pendant une deuxième semaine consécutive pour déclarer l'épidémie. En France et pour la semaine 39 (21 au 27 septembre 2009), le taux d'incidence des consultations estimé pour grippe clinique est supérieur au seuil épidémique pour la troisième semaine consécutive. Le taux d'incidence est estimé à 234 cas pour 100 000 habitants, soit environ 147 000 consultations. En France, et en semaine 38, sur 2 379 prélèvements effectués, le virus A/H1N1 2009 représente la quasi-totalité des virus grippaux isolés (97 %).

**. Pays ayant une activité grippale en hausse : Angleterre, Belgique et Russie.**

Une hausse des consultations pour syndrome grippal est enregistrée mais reste encore en dessous du seuil épidémique en Angleterre et en Belgique. En Russie, on relève une augmentation de l'activité grippale et un dépassement du seuil épidémique dans seulement 5 villes.

**. Pays ayant une activité grippale non épidémique et stable :**

Allemagne, Suisse, Espagne, Italie et Portugal.

**. Pays ayant une diminution de l'activité grippale :**

Suède (excepté pour les hospitalisations) et Norvège.

**. Pays ayant une activité grippale faible :**

Globalement, tous les pays des Balkans.

**Une première évaluation de la virulence directe de H1N1 pandémique à partir de données non consolidées rapportées en Île Maurice et en Nouvelle-Calédonie**

Nous donnons des évaluations grossières de la létalité directe des SDRA dus au H1N1 pandémique à partir de deux sources de données indépendantes, provenant l'une de Nouvelle-Calédonie où l'on affirme que 30.000 infections A/H1N1 se sont produites et où 3 décès sont rapportés pour être directement attribuables au virus pandémique. La deuxième source est l'Île Maurice où l'on estime que 70.000 infections se sont produites, et 7 décès liés à des SDRA (5 d'entre eux sont actuellement confirmés). Ces données de surveillance permettent de conclure en première évaluation à une létalité directe due à H1N1 pandémique à 1 pour 10.000.

La létalité de la grippe est due à trois causes principales :

1. Cause virale directe, par une pneumonie virale à haute sévérité, avec un syndrome de détresse respiratoire aigue (SDRA), ayant une létalité de 30 à de 50% dans les unités de soins intensifs<sup>[1]</sup> ;

2. Les surinfections bactériennes, par pneumonies à pneumocoque, à staphylocoque, à streptocoque, ou à méningocoque, pouvant habituellement être contrôlées par une antibiothérapie appropriée, si elle est administrée assez tôt ;
3. La décompensation des pathologies sous jacentes graves, qui s'observe souvent chez les personnes âgées ou chez les patients vulnérables en raison de maladies chroniques.

Cette dernière cause de décès est celle qui prédomine dans les décès attribuable à la grippe saisonnière dans les pays développés, elle atteint, depuis des années, en dépit du recours à la vaccination de masse des personnes âgées, un niveau autour de 1 décès pour 1.000 infections. Cette cause de létalité est rarement rapportée comme attribuable à la grippe dans les certificats de décès, et n'est donc pas facilement évaluable pendant les épidémies, elle est habituellement mesurée en tant que surmortalité quand des séries chronologiques de mortalité sont disponibles, parfois en temps réel, le plus souvent plusieurs mois après la saison [2].

La deuxième cause, c.-à-d. les surinfections bactériennes, est plus rarement vue dans les pays développés en raison de la disponibilité des antibiotiques. Cependant, dans les pays en voie de développement, elle peut encore poser problème, puisque une pneumonie bactérienne peut rapidement devenir mortelle si un traitement adéquat n'est pas administré à temps.

La létalité directe par pneumonie virale fournit probablement la meilleure évaluation de la virulence d'une souche grippale, puisqu'elle peut varier selon la souche, sans être corrélée avec le niveau du développement sanitaire d'un pays. En outre, les SDRA conduisent toujours aux USI, et sont assez aisés à diagnostiquer et déclarer.

#### ➤ **Décès par SDRA dus à la grippe saisonnière**

Il n'y a pas, dans la littérature, beaucoup d'évaluations disponibles sur l'incidence des décès par SDRA consécutifs à la grippe saisonnière. Une évidence empirique suggère qu'en France, moins de 5 à 10 de tels cas sont identifiés chaque année, alors qu'on estime, en moyenne, à 6 millions le nombre annuel d'infections grippales saisonnières, à partir des données du système Sentinelle français[3]. Nous pouvons donc supposer, en attendant de meilleures évaluations à l'avenir, que les décès par SDRA dus à la grippe saisonnière est un événement exceptionnel, qui se produit une fois pour chaque million de patients infectés.

### ➤ **Les décès par SDRA dus au H1N1 pandémique**

Il est encore trop tôt pour fournir un schéma précis des décès par SDRA dus à la nouvelle grippe pandémique. Aux Etats-Unis, on rapporte une trop grande incertitude au dénominateur (c.-à-d. le nombre d'infections grippales), au Royaume uni et en Argentine aussi. Dans des aires géographiques plus petites, et en particulier dans les îles telles que la Nouvelle-Calédonie ou l'Île Maurice, françaises, nous pouvons avoir les premières évaluations grossières qui peuvent être plus exactes et plus faciles à saisir.

Le gouvernement français a estimé, la semaine dernière, que 20.000 cas de grippe s'étaient produits en Nouvelle-Calédonie pendant l'émergence de l'épidémie, menant à une évaluation grossière de 30.000 infections, et pour les 21 premiers jours du mois d'août, 3 décès de cas confirmés ont été rapportés, chez des patients âgés de 8, 27, et 58 ans [4].

Le gouvernement de l'Île Maurice a estimé, la semaine dernière, que 15.000 cas de grippe s'étaient produits durant les deux dernières semaines en Île Maurice, toutefois certaines informations médiatiques ainsi qu'une communication personnelle récente avec des médecins locaux me mènent estimer qu'environ 50.000 cas se sont réellement produits, et donc environ 70.000 infections, si l'on prend en compte les formes atténuées. Au 19 août, 7 décès s'étaient produits, 5 d'entre eux ont été virologiquement confirmés chez des patients âgés de 4, 6, 28, 46, 53 ans [5].

Les chiffres de la Nouvelle-Calédonie et de l'Île Maurice consistent en une évaluation grossière à environ 1 décès par SDRA du au H1N1pandémique pour 10.000 infections, c.-à-d. une virulence d'un ordre de grandeur qui est 100 fois supérieur à ce qui est observé pour des souches saisonnières.

Nous reconnaissons que nous produisons des évaluations très grossières de la létalité directe associée au H1N1pandémique. Cependant, il peut être utile de fournir de telles évaluations dès que possible au cours de cette pandémie, en vue d'aider les autorités sanitaires à se pencher sur la disponibilité des USI (unités de soins intensifs) et les dispositifs de ventilation artificielle dans leurs pays, en cas de vague d'une virulence similaire à l'automne prochain dans l'hémisphère nord. En supposant qu'une moitié des SDRA aura une issue fatale, nous pouvons nous attendre que le H1N1pandémique produise 1 cas SDRA pour chaque 5.000 infections. Les SDRA sont toujours traités dans des USI, et trois semaines de traitement est probablement la durée moyenne de séjour à prendre en considération. En cas d'un taux d'attaque de 30% à 50%, au cours de l'automne et hiver dans l'hémisphère nord [6], ces schémas peuvent aider à affiner l'état de préparation.

### **Références**

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Intensive-care patients with severe novel influenza A (H1N1) virus infection - Michigan, June 2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2009 Jul 17;58(27):749-52. PubMed PMID: 19609249.
2. Simonsen L, Clarke MJ, Stroup DF, Williamson GD, Arden NH, Cox NJ. A method for timely assessment of influenza-associated mortality in the United States. Epidemiology. 1997 Jul;8(4):390-5. PubMed PMID: 9209852.
3. Flahault A, Blanchon T, Dorléans Y, Toubiana L, Vibert JF, Valleron AJ. Virtual surveillance of communicable diseases: a 20-year experience in France. Stat Methods Med Res. 2006 Oct;15(5):413-21. Review. PubMed PMID: 17089946.
4. Flahault A, Vergu E, Boelle PY. Potential for a global dynamic of Influenza A (H1N1). BMC Infect Dis. 2009 Aug 12;9(1):129. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 19674455.
5. [http://www.ilemaurice-tourisme.info/page.php?page\\_id=1476](http://www.ilemaurice-tourisme.info/page.php?page_id=1476)
6. Flahault A, Vergu E, Boelle PY. Potential for a global dynamic of Influenza A (H1N1). BMC Infect Dis. 2009 Aug 12;9(1):129. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 19674455.

L'article ci dessus est commenté dans un autre style dans ce qui suit :

**La létalité directe liée au virus A (H1N1) est très supérieure à celle de la grippe saisonnière.**

➤ **La Grippe A/H1N1 est loin d'être une "Grippette"**

Ce virus ne donne pas une simple "grippette", il est capable du pire. Il est capable de tuer par syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), complication directement liée à l'infection par le virus A (H1N1) beaucoup plus que ne le fait la grippe saisonnière. Cette complication est responsable de 30 à 50% de la létalité observée dans les unités de soins intensifs respiratoires en cette période pandémique.

Le SDRA est une complication causée directement par le virus lui même, susceptible d'être mortelle.

La létalité de la grippe est due à trois causes principales :

1. cause virale directe, par une pneumonie virale à haute sévérité, avec un syndrome de détresse respiratoire aigue (SDRA), ayant une létalité de 30 à de 50% dans les unités de soins intensifs ;
2. les surinfections bactériennes, par pneumonies à pneumocoque, à staphylocoque, à streptocoque, ou à méningocoque, pouvant habituellement être contrôlées par une antibiothérapie appropriée, si elle est administrée assez tôt ;
3. la décompensation des pathologies sous jacentes graves, qui s'observe souvent chez les personnes âgées ou chez les patients vulnérables en raison de pathologies chroniques préexistantes.

➤ **Un décès par SDRA pour 10 000 cas de grippe A/H1N1**

Une étude conduite par A Flahault, Directeur de l'Ecole des hautes études en santé publique de Rennes, visant à déterminer la létalité directe due au virus A/H1N1, conduite dans deux îles de l'hémisphère Sud qui viennent d'être frappées par la pandémie, la Nouvelle Calédonie et l'île Maurice. Dans ces îles géographiquement bien délimitées et dont la population totale est connue. Il est en effet, en théorie, plus facile d'évaluer le nombre de cas de grippe que dans un grand pays ayant des frontières terrestres perméables. Les estimations locales issues de différentes sources évaluent, à la fin août 2009, à environ 70000 et 30000 le nombre de cas survenus respectivement à l'île Maurice et en Nouvelle Calédonie. Trois décès par syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) étant survenus en Nouvelle Calédonie au 21 août et 7 au 19 août à l'île Maurice, **la létalité par SDRA du au nouveau virus est estimée donc à 1 cas pour 10 000.**

➤ **Une létalité directe 100 fois supérieure à celle de la grippe saisonnière**

Pour situer cette virulence par rapport à celle de la grippe saisonnière, l'auteur la rapporte à la situation observée en France, où le nombre de cas estimés de SDRA dus à la grippe est de 5 à 10 chaque année. Ce chiffre est à rapporter à 6 millions de cas de grippe/an observés en moyenne en France. Ceci donne à la grippe saisonnière une létalité par SDRA de un décès par million de cas de grippe saisonnière.

Ceci permet de conclure que la létalité directe de la grippe A (H1N1) pourrait être 100 fois supérieure à celle de la grippe saisonnière...

➤ **Des données imprécises**

Il faut remarquer que cette estimation est assez grossière, vu que toutes les données utilisées pour parvenir à cette conclusion de « létalité directe multipliée par 100 » sont peu précises :

- les méthodes utilisées pour estimer le nombre de cas de grippe A (H1N1) dans les deux îles, basées sur des extrapolations, donnent des évaluations qui se situent probablement dans une fourchette assez large ;
- le nombre de décès (qui sert de numérateur) est recueilli sur une période qui ne couvre peut être pas tous les décès en rapport avec l'épidémie ;
- les taux de létalité de la grippe saisonnière ne sont pas réellement connus et les chiffres de 5 à 10 SDRA grippaux en France chaque année ne sont que des approximations ;
- quelle que soit l'exactitude de ces données, compte tenu du très grand écart entre numérateur et dénominateur, l'intervalle de confiance des pourcentages de décès direct obtenus est très large (il a été

calculé par un commentateur de cet article et serait par exemple en Nouvelle Calédonie de 2,06 pour 100 000 à 29,2 pour 100 000).

Mais en définitive et au-delà des limites inhérentes à cette évaluation, on a tout de même de bonnes raisons de penser que la létalité directe liée au virus A (H1N1) est très supérieure à celle de la grippe saisonnière.

Ceci n'implique, bien entendu, pas que la létalité globale de la grippe A/H1N1 est supérieure à celle de la grippe saisonnière. Car une très grande majorité des décès liés à une grippe saisonnière est de cause indirecte liée surtout à des décompensations de pathologies chroniques et à un degré moindre mesure, à des surinfections bactériennes. Or, pour le moment, rien ne permet d'affirmer que ces complications indirectes seront plus fréquentes avec la grippe A (H1N1), qui touche en majorité des sujets jeunes indemnes en grande partie de pathologies chroniques.

➤ ***Se préparer à prendre en charge de très nombreux syndromes de détresse respiratoire aiguë***

En pratique, cette évaluation, aussi imparfaite soit-elle, de la fréquence des SDRA mortels, est utile pour pousser à préparer l'organisation de la prise en charge des patients graves au pic de l'épidémie, notamment en prévoyant des capacités d'accueil supplémentaire en réanimation. Cette catégorie de malades nécessite une hospitalisation longue de trois semaines en moyenne. Et il faut s'attendre à un cas de SDRA pour 5 000 infections. La mortalité du syndrome est de 30 à 50 %.

**Résumé de la note de l'OMS, actualités en bref n° 12, du 25 septembre 2009  
Utilisation des antiviraux et risque de pharmaco-résistance**

L'expérience internationale, acquise jusqu'ici en matière de traitement de l'infection à virus pandémique H1N1, par l'oseltamivir ou le zanamivir démontre que le traitement antiviral a une grande importance, surtout chez les patients qui ont davantage de risque d'avoir des complications, ceux qui souffrent d'une forme grave ou ceux chez qui les signes et symptômes s'aggravent. [1], les observations cliniques confirment également que l'administration de ces médicaments le plus tôt possible après l'apparition des symptômes réduit le risque de complications et peut aussi améliorer le pronostic chez les personnes atteintes d'une forme grave. D'où l'intérêt et la nécessité de préserver l'efficacité des médicaments en limitant le plus possible les cas de pharmaco-résistance et leur impact.

***Situations propices à l'apparition d'une pharmaco-résistance***

Deux situations présentant un risque élevé d'apparition de virus résistants à l'oseltamivir.

1. Chez les patients ayant un déficit immunitaire, qui sont traités à l'oseltamivir (surtout un traitement prolongé) et chez qui la maladie persiste (le virus continuant à se répliquer) malgré le traitement.
2. Chez les personnes mises sous oseltamivir à titre de prophylaxie après exposition à un sujet grippé et qui tombent malades malgré le traitement.

Devant ces deux situations, que le personnel de santé doit considérer comme, très probable, une résistance à l'oseltamivir, il faut :

1. Prélever pour rechercher si un virus résistant est présent et prendre des mesures appropriées pour éviter que le virus résistant ne se propage.
2. Quand on décèle un virus pharmaco-résistant, mener une enquête épidémiologique pour déterminer si le virus résistant s'est transmis en aval.
3. Intensifier la surveillance communautaire des souches de virus pandémique H1N1 résistantes à l'oseltamivir.

D'une manière générale, l'OMS recommande de ne pas d'utiliser des antiviraux à des fins prophylactiques que ce soit pour des personnes:

1. qui ont été exposées à un porteur du virus
2. ou qui ont plus de risques de développer une forme grave ou compliquée de la maladie.

Dans ces cas, le mieux est de maintenir ces personnes sous surveillance étroite et de leur administrer rapidement un traitement antiviral quand des symptômes apparaissent.

Par ailleurs, l'OMS déconseille d'utiliser un antiviral dans les situations où une résistance virale est très probable. C'est pourquoi il faut employer le zanamivir chez les patients qui sont tombés malades alors qu'ils prenaient une prophylaxie d'oseltamivir.

### ***Virus résistants à l'oseltamivir***

La surveillance systématique exercée par le Réseau mondial de l'OMS pour la surveillance de la grippe, soutenu par les centres collaborateurs de l'OMS et par d'autres laboratoires, continue à mettre en évidence des cas sporadiques de résistance des virus pandémiques H1N1 à l'oseltamivir. Ces virus sont en relativement très petit nombre par rapport à plus de 10 000 échantillons collectés dans l'ensemble du monde, dans lesquels le virus pandémiques H1N1 a été soumis à des tests et s'est toujours révélé sensible à l'oseltamivir. Jusqu'à présent, 28 virus résistants ont été repérés et caractérisés dans l'ensemble du monde [2].

Tous ces virus présentent la même mutation H275Y qui les rend résistants à l'oseltamivir, mais pas au zanimivir. Le zanimivir reste une option thérapeutique pour les sujets symptomatiques infectés par un virus résistant à l'oseltamivir qui souffrent d'une forme grave ou dont l'état s'aggrave.

Ces virus pharmacorésistants ont été isolés dans des situations:

1. de patients sous oseltamivir (4).

2. de d'utilisation de l'oseltamivir en prophylaxie post-exposition (12)
3. de traitement d'oseltamivir chez des patients gravement immunodéprimés (6).
4. de traitement patients ne prenant pas d'oseltamivir, ni en traitement ni en prophylaxie (2).

### **Conclusions actuelles**

1. Les cas de résistance à l'oseltamivir demeurent sporadiques et peu fréquents et aucun élément ne montre que des virus pandémiques H1N1 résistants à l'oseltamivir circulent au sein de communautés ou dans l'ensemble du monde.
2. Aucune transmission de ces virus résistants à l'oseltamivir n'a été démontrée, jusqu'ici, de façon probante, à part dans quelques situations de transmission locale qui n'a pas continué en aval.
3. En dehors des sujets immunodéprimés, l'infection par un virus pandémique H1N1 résistant à l'oseltamivir a donné lieu à des symptômes typiques de grippe non compliquée et rien n'incite à penser que ces virus résistants à l'oseltamivir provoquent une forme de maladie différente ou plus grave.
4. L'apparition de virus résistants à l'oseltamivir était prévisible et à mesure que les antirétroviraux seront de plus en plus utilisés, d'autres cas de pharmacorésistance apparaîtront. L'OMS et son réseau de laboratoires collaborateurs suivent de près l'évolution des résistances aux antiviraux et donneront régulièrement des informations et des conseils.

**Mise à jour des recommandations usuelles de l'académie américaine de pédiatrie (AAP) pour l'utilisation courante du vaccin saisonnier trivalent contre la grippe et des médicaments antiviraux pour la prévention et le traitement de la grippe chez les enfants- 15 septembre 2009 -**

Les guidelines mis à jour sont publiés dans le numéro de septembre de la revue "pédiatrie"; **"L'immunisation trivalente saisonnière contre la grippe est recommandée pour tous les enfants âgés de 6 mois à 18 ans"** a écrit Joseph A. Bocchini Jr, président et membre du collègue de l'AAP.

Les enfants en bonne santé âgés 2 à 18 ans peuvent recevoir l'un ou l'autre des deux vaccins : le vaccin antigrippal trivalent inactivé ou le vaccin antigrippal vivant atténué.

L'AAP recommande l'immunisation saisonnière trivalente annuelle anti grippale pour tous les enfants âgés 6 mois à 18 ans, aussi bien ceux qui sont en bonne santé que ceux qui ont un terrain à risque accru pour des complications de la grippe. Les autres groupes pour lesquels l'AAP recommande l'immunisation trivalente annuelle contre la grippe saisonnière sont :

1. Les professionnels de santé ;
2. Les femmes enceintes ;
3. Et les sujets ayant des contacts familiaux ou extra familiaux avec des jeunes de moins de 5 ans qu'ils soient à haut risque ou non.

### ***Points clés pour la saison grippale 2009 -2010***

Les points clés spécifiques particulièrement appropriés pour la saison 2009 à 2010 de grippe sont les suivants :

1. L'immunisation saisonnière antigrippale trivalente annuelle est recommandée pour tous les enfants âgés 6 mois à 18 ans.
2. Les cliniciens devraient particulièrement cibler les enfants à haut risque pour les complications de la grippe, comme ceux ayant des pathologies chroniques ou ceux qui sont immunodéprimés.
3. La grippe sévit le plus lourdement chez les enfants d'âge scolaire, qui sont à un risque sensiblement plus grand comparé à celui observé chez les adultes bien portants quant au besoin de soins de santé en rapport avec la grippe.
4. La réduction de la transmission de grippe parmi les enfants d'âge scolaire a l'intérêt de diminuer la transmission de la grippe aux contacts familiaux et aux membres de la Communauté.
5. Pour réduire le risque d'exposition à la grippe pour les enfants en bas âge, qui sont à haut risque pour l'infection, l'hospitalisation, et les complications de la grippe, les membres de la famille et les membres de l'entourage extra-familial de tous les enfants et adolescents qu'ils soient à haut risque ou en bonne santé mais de moins de 5 ans d'âge, devraient également recevoir la vaccination annuelle contre la grippe.
6. L'utilisation du vaccin anti grippal n'a pas été approuvée chez les nourrissons de moins de 6 mois d'âge.
7. Tous les enfants de 6 mois à 18 ans, en particulier ceux à haut risque pour des complications grippales, devraient être identifiés, et leurs parents devraient être informés que la vaccination annuelle contre la grippe est disponible et est recommandée pour leurs enfants.
8. La souche vaccinale B a été remplacée dans le vaccin saisonnier trivalent de la saison grippale 2009-2010 pour la faire correspondre à la souche grippale B prédominante prévue, sur la base de la surveillance mondiale des souches grippales en circulation.
9. L'OMS a déclaré une pandémie au virus grippal A(H1N1), qui déterminé le besoin de développement en cours d'un vaccin protecteur contre cette souche. Les recommandations pour

l'usage d'un vaccin grippal pandémique monovalent additionnel durant la saison 2009-2010 pourront reposer en partie sur le comportement constaté de la souche dans l'hémisphère sud pendant la saison grippale. Les soignants doivent rester attentifs et être constamment au courant des recommandations de leurs départements sanitaires et de leurs gouvernements.

**L'académie américaine de pédiatrie met à jour les recommandations concernant la grippe.**

*Publié le 15/09/2009*

*[http://cme.medscape.com/viewarticle/708910\\_print](http://cme.medscape.com/viewarticle/708910_print) 29/09/2009*

1. Dès que le vaccin est disponible, même s'il l'est très tôt en août ou en septembre, tous les enfants devraient se voir proposer le vaccin grippal saisonnier, parce que la protection engendrée par la vaccination persiste durant toute la saison grippale.
2. De même, et même après qu'une activité grippale se soit installée et confirmée dans une communauté, les efforts d'immunisation devraient continuer tout au long de la saison grippale, qui se prolonge souvent jusqu'au mois de mars et même après.
3. En outre, il peut y avoir plus qu'un seul pic d'activité dans une même saison. L'immunisation jusqu'au 1er mai peut donc encore protéger des sujets vaccinés pendant cette saison, offrant suffisamment d'occasions d'administrer une deuxième dose de vaccin aux enfants ayant besoin de 2 prises en cette saison.
4. Le nombre recommandé de prise de vaccin grippal saisonnier trivalent est basé sur l'âge, comme suit :
  - a. Enfants de 9 ans et plus vieux qui n'ont pas précédemment reçu le vaccin grippal saisonnier trivalent devraient seulement recevoir 1 dose lors de leur première saison de vaccination.
  - b. Enfants de moins de 9 ans qui reçoivent le vaccin grippal saisonnier trivalent pour la première fois devraient recevoir une deuxième dose pendant la même saison, 4 semaines au mois après la première dose.
  - c. Enfants de moins de 9 ans ayant reçu seulement 1 dose de vaccin grippal saisonnier trivalent durant la première saison où ils ont été vaccinés devraient recevoir 2 doses de vaccin grippal saisonnier trivalent la saison suivante et 1 dose chaque saison ensuite. Cette recommandation s'applique seulement à la saison grippale qui suit la première année durant laquelle l'enfant de moins de 9 ans a reçu le vaccin contre la grippe, parce

que les données ne sont pas disponibles pour d'autres scénarios de vaccin grippal saisonnier trivalent.

Puisque une circulation concurrente de souches grippales multiples, ayant des sensibilités différentes aux antiviraux, est prévue pendant la saison grippale 2009-2010, les recommandations pour l'utilisation des médicaments antiviraux pour la chimio prophylaxie ou le traitement sont plus complexes que les années précédentes.

Les options de traitement incluent amantadine, rimantadine, oseltamivir, et zanamivir. Le virus saisonnier de la grippe A (H1N1) (A/Brisbane/59/2007) est résistant à l'oseltamivir et il est sensible aux autres produits.

Le virus pandémique de la grippe A (H1N1), le virus saisonnier grippal A (H3N2), et le virus grippal saisonnier B (B/Brisbane 60/2008, virus de la lignée Victoria) sont résistants à l'amantadine et au rimantadine et sensibles à l'oseltamivir et au zanamivir.

Pour achever l'objectif d'immunisation de tous les enfants de 6 mois à 18 ans, les professionnels de santé organisateurs de campagnes de vaccination antigrippale, ainsi que les agences de santé publique devraient coopérer à développer des plans pour assurer une accessibilité large aux infrastructures. Quelques exemples consistent en la création de cliniques de grippe ouvertes, rendant le vaccin disponible pendant tout l'horaire d'ouverture, élargissement de l'horaire des périodes de vaccination, collaboration avec les écoles, les centres de soins pour enfants, les églises et autres institutions pour accroître les lieux de rendez-vous où la vaccination peut avoir lieu.

Les auteurs du guideline concluent enfin que l'effort concerté entre les groupes mentionnés ci-dessus, les fabricants de vaccin, les distributeurs, et les officinaux, est également nécessaire pour donner la priorité qui convient à l'administration du vaccin grippal saisonnier trivalent toutes les fois que des approvisionnements en vaccin sont retardés ou limités.

L'évaluation continue de l'innocuité, de l'immunogénicité, et de l'efficacité du vaccin grippal vivant-atténué chez les enfants en bas âge est importante. Le développement d'un vaccin sûr et immunogène pour les nourrissons de mois de 6 mois est souhaitable.

*Pediatrics. Published online September 7, 2009.*

**Vaccination contre la grippe saisonnière suspendue dans certaines régions du Canada**

*ProMED*

*Date : le 27 septembre 2009*

*Source: The Vancouver Sun, The Victoria Times Colonist report*

<http://www.vancouversun.com/health/suspend+seasonal+shots/2041163/story.html>>

-----

La Colombie-Britannique pourrait suspendre la vaccination contre la grippe saisonnière dès le lundi 28 septembre 2009 pour toutes les catégories de la population autres que les personnes âgées, à la suite d'une étude Canadienne qui suggère que les personnes qui sont vaccinées contre la grippe saisonnière sont deux fois plus à risque de contracter le virus pandémique 2009 H1N1, que ceux qui ne sont pas vaccinées. Plusieurs nouvelles publications ont rapporté les résultats préliminaires de l'étude, qui est toujours à l'examen par les pairs. Les chercheurs ont constaté que les personnes qui ont reçues le vaccin de grippe saisonnière dans le passé, étaient plus souvent infectées par le virus H1N1 pandémique 2009.

Bien que cette étude ait suscité au début beaucoup de scepticisme de la part des autorités sanitaires, Plusieurs provinces, dont le Québec, l'Alberta, le Saskatchewan, l'Ontario, et la Nouvelle-Écosse, ont suspendu la vaccination contre la grippe saisonnière chez les moins de 65 ans, rapporte le globe (journal) dans son édition du 28 septembre 2009, ainsi que des courriers de News électroniques. Le Québec a annoncé sa décision le 27 septembre 2009, de remettre la vaccination contre la grippe saisonnière à après janvier 2010 pour permettre de consacrer la saison automnale à la campagne de vaccination contre le H1N1 pandémique 2009. Le New Brunswick, a d'autre part annoncé la semaine dernière qu'il va continuer à se conformer à ses plans précédents qui programmaient la vaccination contre la grippe saisonnière en octobre 2009.

Le ministère du mode de vie sain et du sport de la Colombie-Britannique va tenir une conférence de presse le 28 septembre 2009 pour faire une annonce à propos de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière en Colombie-Britannique dont le contenu n'est pas encore connu.

La semaine dernière, Kendall directeur de l'épidémiologie au Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique a déclaré qu'il y avait des incertitudes quant à la façon dont le vaccin de la grippe saisonnière interagit avec le vaccin contre la grippe pandémique, ce qui rend toute prise de décision très complexe ajoutant que ce serait très beau si on avait une information précise, et très claire disponible à l'avance et à temps au moment de prendre les décisions mais, ce n'est malheureusement pas le cas du monde où nous vivons.

Les chercheurs à l'origine de l'étude controversée sont Danuta Skowronski du centre pour le contrôle des maladies de la Colombie Britannique et Gaston De Serres de l'Université Laval à sainte Foy, Québec.

## Les 100 premiers cas hospitalisés pour complications grippales graves provoquées par la grippe pandémique A (H1N1) 2009 à Taiwan

Date : 1er octobre 2009

Source : Bulletin Taiwan Epidemiology Bulletin, Taiwan Centers for Disease Control [édité]

<[http://teb.cdc.gov.tw/main\\_e/news\\_list.aspx?id=2344](http://teb.cdc.gov.tw/main_e/news_list.aspx?id=2344)>

Résultats rapides au 25/09/2009:

### Résumé :

Pour comprendre les caractéristiques des patients présentant des complications graves de la grippe pandémique A (H1N1) 2009, nous avons rétrospectivement examiné les dossiers médicaux des 100 premiers malades hospitalisés, confirmés au laboratoire, depuis le début de l'épidémie. Nous avons analysé toutes les variables cliniques et décrit leurs caractéristiques cliniques et épidémiologiques.

Les cas ont contracté la maladie entre le 2 juillet 2009 et le 29 août 2009; la moitié parmi eux était des adultes, l'autre moitié était des enfants. L'âge médian était de 16,5 ans. 38 avait des pathologies médicales préexistantes ; 6/50 parmi les adultes présentaient une obésité morbide; 8/50 parmi les enfants étaient obèses, et 2 femmes étaient enceintes. Les signes cliniques initiaux les plus fréquents étaient la fièvre (99 %) et la toux (93 %).

89 patients avaient une pneumonie virale ; 23 % se sont compliqués d'une insuffisance respiratoire imposant une ventilation mécanique, et 9 ont été traités avec l'appui concomitant d'une ECMO (oxygénation de membrane extracorporel).

Au 18 septembre 2009, 82 patients avaient totalement récupéré et ont quitté l'hôpital ; 9 étaient encore hospitalisés, et les autres 9 patients (dont 2 patients obèses et une femme enceinte) sont décédés. L'intervalle médian entre le début des symptômes et la 1<sup>ère</sup> consultation médicale était d'un jour, et le séjour médian à l'hôpital pour ceux qui ont quitté l'hôpital était de 6 jours. La durée moyenne entre le début des symptômes et la date de l'examen biologique et l'admission, ou de la prescription rapide de l'oseltamivir pour les patients chez qui le début de la maladie a eu lieu après le 15 août 2009 est plus court que chez ceux chez qui la maladie a débuté avant le 15 août 2009.

### En conclusion,

La plupart des patients ayant eu des complications graves causées par la grippe pandémique A/(H1N1)2009 étaient des enfants et des jeunes ; l'excès de poids et la grossesse ont exposé les patients à un plus gros risque. Les mesures préventives conduites par le secteur de santé publique ont

effectivement accéléré le diagnostic et le traitement. Cependant, la qualité des soins médicaux reste à améliorer pour réduire encore plus le nombre de cas de complications graves et de mortalité par grippe.

Centers for Disease Control, Department of Health, Executive Yuan, Taiwan, R.O.C. Copyright: All rights reserved. 2007 No. 6, Lnshen South Road, Taipei, Taiwan 10050, R.O.C. Communicable Disease Reporting and Consultation Hotline: 1922

### Cellule de veille

- Dr Mohamed Kouni CHAHED
- Dr Noureddine Ben JEMAA
- Dr Hédi ELBEZ
- Mr Soufiane DRIDI
- Mlle Leila AYARI
- Mlle Hamida Ben SALAH

**République Tunisienne**  
**Ministère de la Santé Publique**  
**Observatoire National des Maladies Nouvelles et Emergentes**  
5-7, Rue Khartoum. Tunis belvédère-1002.  
Tel : 216 71894512 / 216 71894525. Fax : 216 71894533  
E-mail : onmne@rms.tn