

Références

[1] Epidémie de grippe A(H1N1)2009 dans l'hémisphère Sud : les premières leçons de la gestion de la crise. BEH Web 2009;4:1-4.
[2] Naze F, Le Roux K, Schuffenecker I, Zeller H, Staikowsky F, Grivard P, et al. Simultaneous detection and quantitation of Chikungunya, dengue and West Nile viruses by multiplex RT-PCR assays and dengue virus typing using high resolution melting. Journal of virological methods 2009;162:1-7.

[3] Laurent P, Le Roux K, Grivard P, Bertil G, Naze F, Picard M, et al. Development of a sensitive real-time reverse transcriptase PCR assay with an internal control to detect and quantify chikungunya virus. Clinical chemistry 2007;53:1408-14.
[4] Thouillot F, Do C, Balleydier E, Rachou E, Staikowsky F, Morbidelli P, et al. Preliminary analysis of the pandemic H1N1 influenza on Reunion Island (Indian Ocean): surveillance trends (July to mid-September 2009). Euro Surveill 2009;14.
[5] Michault A. Etiologie et séroépidémiologie des syndromes grippaux à La Réunion Revue Francophone des Laboratoires 2005;374:51-9.

| Le point de vue d'un médecin du SAMU |

Expérience du SAMU 974 lors de la pandémie A(H1N1)2009 à l'île de la Réunion

Henrion G (g.henrion.samu974@chr-reunion.fr), Bourde A, Serrano D, Zebiche Y, Artagnan M
SAMU 974, CHR la Réunion, Saint Denis, la Réunion

Le SAMU 974 a été impliqué très tôt dans la gestion de l'épidémie A (H1N1)2009, avant même le premier cas réunionnais. En plus de sa mission princeps de régulation médicale, le SAMU 974 s'est vu confier, ces dernières années, depuis la crise sanitaire du chikungunya, une tâche de surveillance épidémiologique. L'environnement réunionnais est un environnement tropical propice à de nombreuses résurgences épidémiques (dengue, choléra ...). L'épidémie grippale A(H1N1)2009 a encore renforcé cette place dans le dispositif de réponse. Ses missions ont évolué tout au long de cette nouvelle crise.

Avant le 05 juillet, il s'agissait pour le SAMU 974 d'identifier et de prendre en charge le premier cas de grippe A(H1N1)2009. Une définition de cas possible sur l'évolution épidémiologique de la pandémie était validée chaque jour, en lien avec la Cire réunionnais. Le SAMU 974 était au centre du dispositif de surveillance par les appels directs des particuliers au Centre de Réception et de Régulation des Appels (Centre 15) mais aussi par le passage obligé pour les médecins libéraux et hospitaliers pour une possible identification par PCR des cas suspects.

Le 05 juillet 2009, était naturellement confirmé le premier cas importé de grippe A(H1N1)2009 en provenance d'Australie. L'origine australienne s'expliquait pleinement par la toute récente liaison aérienne directe Réunion – Sydney, l'Australie était en effet à ce moment là touchée de plein

fouet. A partir de cette date, le SAMU 974 a poursuivi sa mission de surveillance en continuant l'identification des cas possibles avec la Cire. Ces cas étaient dirigés vers les 2 centres hospitaliers principaux, seuls détenteurs de l'identification par PCR et de TAMIFLU. Le 23 juillet 2009, était identifié le premier cas autochtone.

Le développement de l'épidémie, les changements de prise en charge thérapeutique avec les conseils en découlant, la nécessité de dépister les cas les plus graves relevant d'une prise en charge spécialisée ont confirmé cette place centrale du SAMU 974 dans le dispositif général.

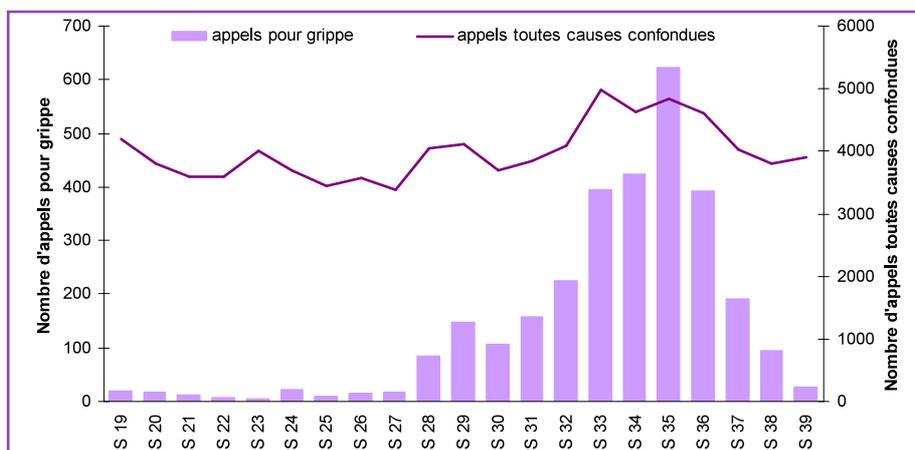
L'activité de régulation a commencé à croître significativement en semaine 31 pour atteindre son maximum en semaine 33, avec une augmentation brutale des appels le samedi 15 août (1300 affaires ; + 75%) et un deuxième pic en semaine 35 correspondant au pic épidémique avec une décroissance rapide sur les 4 semaines suivantes (Figure 1).

Le CRRA du SAMU 974 a dû alors s'organiser pour faire face à ses missions traditionnelles mais aussi à l'augmentation très importante de ces appels.

Chaque poste de régulation a été équipé d'un dossier médical complet sur la grippe A(H1N1)2009, mis à jour quotidiennement comprenant la définition des cas, l'ensemble des recommandations ministérielles très évolutives de prises en charge, les données médicales des différentes sociétés

| Figure 1 |

Nombre d'appels au Samu toutes causes confondues et pour grippe, du 4 mai au 27 septembre 2009, la Réunion



savantes et le dispositif d'organisation des différentes structures hospitalières réunionnaises.

Cette sollicitation forte a nécessité une réorganisation de l'ensemble du service, en redéployant les postes, afin de privilégier la couverture médicale, selon les flux d'appels enregistrés. Au maximum de l'épidémie, le centre de réception et de régulation des appels (CRRA) s'est organisé avec quatre Personnels d'Aide à la Régulation Médicale (PARM) de 08h à 00h (+25%), trois médecins régulateurs hospitaliers la journée dont un médecin « grippe » vers lequel était dirigées tous les appels étiquetés « grippe » et à partir de 19h, quatre médecins jusqu'à 00h (dont 2 libéraux).

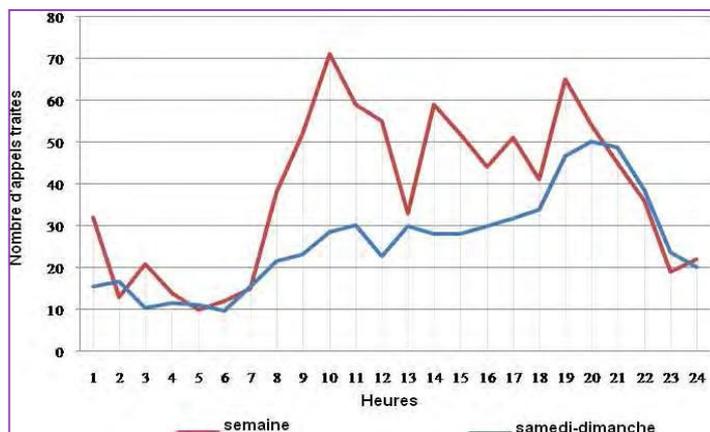
Ce dispositif était encore majoré les week-ends aux heures de la permanence des soins. Les médecins régulateurs libéraux se sont fortement impliqués en doublant leur présence en première partie de nuit, le samedi après midi et le dimanche.

Les capacités téléphoniques du SAMU ont été en limite de rupture sur de très brèves périodes (5 min) en raison de l'encombrement des lignes. Une salle de crise a alors été mise en place avec 4 postes de permanenciers et 4 postes médicaux afin de répondre à ce débordement. Pour faire fonctionner cette salle, les « anciennes » permanencières encore en poste à l'hôpital Félix Guyon ont été sollicitées. Une formation d'une journée a permis de remettre à niveau les connaissances logicielles et les procédures. En plus de ces personnels expérimentés, des élèves infirmières de 3^{ème} année ont été sollicitées et aussi formées.

L'épidémie de chikungunya, par sa brutalité et son importance, avait désstructuré le système de santé réunionnais. Des renforts métropolitains avaient été alors nécessaires dans les services d'urgence et à la régulation

| Figure 1 |

Nombre d'appels au Samu par heure en semaine et en week-end, du 24 au 30 août 2009, la Réunion



du SAMU. Celle-ci, comme au quotidien pour l'aide médicale urgente et la permanence des soins, se trouve au cœur de l'organisation de la réponse médicale. Il s'agit d'une nouvelle tâche pour nos services qu'il convient de préparer et d'anticiper par une sensibilisation et une formation constante des personnels. Pour cette pandémie A(H1N1)2009, nous avons bien sûr bénéficié de tout le travail de préparation effectué par les pouvoirs publics sur la possible pandémie H5N1. Nos services doivent encore aller plus loin et être des acteurs encore plus performants de la veille sanitaire et de la surveillance épidémiologique. C'est ce que nous essayons de faire à la Réunion, en mettant à la disposition de l'InVS, toutes les données épidémiologiques de notre activité, en complément de celle de notre service d'urgence dans le réseau OSCOUR.

| Le point de vue des médecins urgentistes |

Prise en charge dans le service d'urgence du CHR, site de St Pierre

Vanhecke C, Poupel A, Laforêt P, Lamarque L, Souab A, Staikowsky F (frederik.staikowsky@wanadoo.fr)
Service des Urgences – SMUR - UHCD, CHR de la Réunion, site de St Pierre.

Après les premiers cas de grippe A(H1N1) en mars 2009, l'OMS considérait l'infection comme pandémique le 11 juin [1]. La grippe A (H1N1) s'invitait initialement dans les territoires ultramarins Français de l'hémisphère sud. À la Réunion, le premier cas diagnostiqué le 03 juillet était importé d'Australie. La transmission communautaire était confirmée le 27 juillet. La levée de l'alerte épidémique était signalée le 10 septembre après un pic entre le 23 août et le 7 septembre.

Retentissement sur l'activité des urgences

Les patients qui consultaient le service des urgences du GHSR en juillet et août pour des symptômes répondant à la définition de l'InVS d'un syndrome grippal (SG) ont été colligés. Pendant cette période, 476 SG étaient examinés, 70 en juillet et 406 en août. Ils représentaient respectivement 2,0% et 10,4% des passages. Le nombre quotidien de consultants avec un SG était de $2,3 \pm 1,8$ (extrêmes : 0 -

7) en juillet, $13,1 \pm 6,0$ (extrêmes : 3-25) en août. Comparée à 2008, l'activité augmentait de 0,5% en juillet et 9,7% en août. En juillet et en août, respectivement 7,1 et 20,0% des SG étaient hospitalisés.

Profil des patients

En raison de l'organisation hospitalière, l'analyse concerne les adultes. Parmi les 476 consultants avec un SG, 394 étaient inclus (tableau I) ; le diagnostic n'était pas retenu dans 37 cas, les autres cas (n = 45) étaient orientés vers la pédiatrie ou la gynécologie.

Les patients de moins de 50 ans représentaient 78,4% des cas. Une comorbidité et/ou un facteur de risque de complication (FDR) était présent chez 199 patients (50,5%). Les affections respiratoires et cardio-vasculaires représentaient respectivement 53,3% et 37,7% des FDR.