

Épidémie de grippe à Madagascar en juillet et août 2002

Au nom de l'équipe d'investigation du Réseau mondial d'alerte et de réponse aux épidémies de l'OMS*

CONTEXTE

Mi-juillet 2002, les autorités sanitaires de Madagascar ont été averties d'un nombre important de décès par maladie respiratoire aiguë dans le village de Sahafata (2 160 habitants), situé dans les hautes terres de la province de Fianarantsoa, à environ 500 km au sud de la capitale Antananarivo. Fin juillet, le district d'Ikongo, dans la même province, a lancé une alerte similaire. Le Ministère de la santé et l'Institut Pasteur de Madagascar (IPM) ont investigué ces deux événements. Des prélèvements pharyngés ont été recueillis chez les malades pour mise en culture virale. L'IPM a ainsi isolé 4 virus grippaux A, dont 2 étaient du sous-type A(H3N2). Le 7 août, le Ministère de la santé a sollicité l'assistance de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le Réseau mondial d'alerte et de réponse aux épidémies (Global Alert and Response Network, GOARN) a donc mobilisé une équipe internationale composée de trois médecins épidémiologistes de l'Institut de veille sanitaire (InVS, France) et des Centers for Disease Control and Prevention, CDC, Etats-Unis d'Amérique, de deux microbiologistes de l'Institut Pasteur (France) et du Bureau régional de l'OMS en Afrique (WHO-AFRO), et un logisticien du GAR (WHO Global Alert and Response). L'équipe est arrivée à Madagascar le 14 août. Cet article résume les résultats préliminaires des analyses épidémiologiques et virologiques.

ANALYSES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

D'après les données de surveillance du syndrome grippal recueillies pour l'ensemble du pays par le Ministère de la santé, le pic épidémique s'est produit la semaine du 22 août. Au 19 septembre, 30 304 cas cumulés et 754 décès avaient été signalés dans 13 des 111 districts sanitaires et quatre des six provinces du pays (carte) ; 85 % des cas sont survenus dans la province de Fianarantsoa. La plupart des malades vivaient en zone rurale ; 95 % des décès ont eu lieu en dehors des formations sanitaires et n'ont donc pas pu faire l'objet d'une enquête. Aucune définition de cas normalisée du syndrome grippal n'ayant été utilisée, on ignore la proportion des surdéclarations et des sous-déclarations.

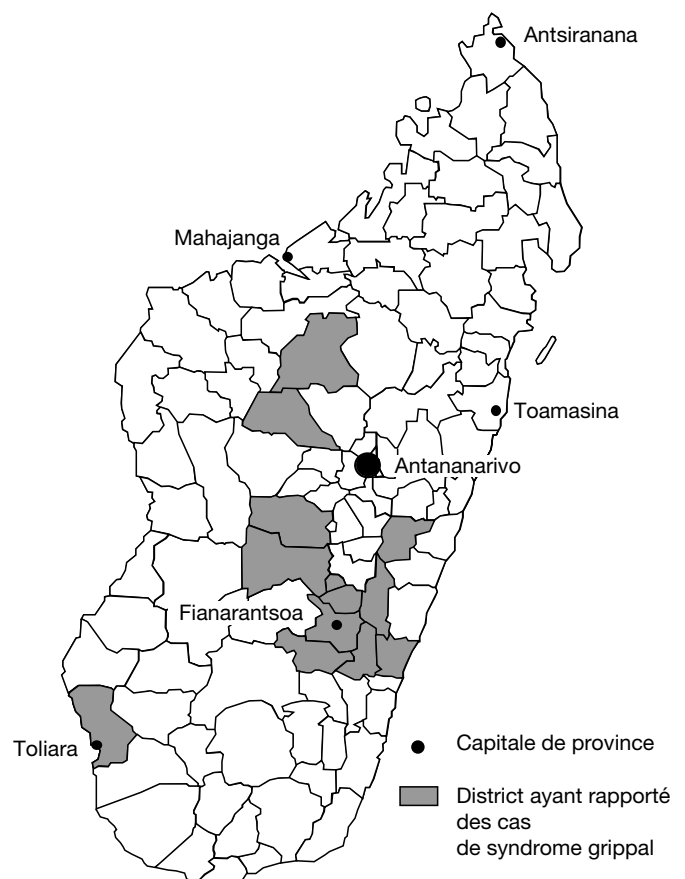
Des enquêtes de terrain ont été menées dans trois districts des hautes terres de la province de Fianarantsoa où un nombre important de malades et de décès avaient été signalés. Le but des recherches était de confirmer l'étiologie de l'épidémie et d'émettre des recommandations à partir des données épidémiologiques. L'analyse des données recueillies entre 1999 et 2002 par les centres de santé a montré que le nombre de cas d'infections respiratoires aiguës (IRA) culminait chaque année en hiver dans les districts des hautes terres. Ces pics d'IRA coïncidaient avec les pics de mortalité toutes causes confondues et par maladies respiratoires telles que la pneumonie. Dans le district d'Ikongo (161 494 habitants), le nombre de cas d'IRA diagnostiqués dans les centres de santé et le nombre de décès toutes causes confondues survenus en juillet et en août 2002 étaient nettement plus élevés qu'à la même période lors des

années précédentes. Toutefois, la proportion de décès dus aux IRA était analogue à celle des années antérieures.

Dans le district d'Ikongo, 54 % des décès par IRA déclarés en juillet et août 2002 concernaient des enfants de moins de 5 ans, mais le taux de mortalité spécifique le plus élevé a été observé chez les personnes âgées de 60 ans et plus. Une étude menée dans un village reculé (750 habitants) du district d'Ikongo a montré que le taux d'attaque des syndromes grippaux atteignait 67 %, avec une létalité estimée à 2 %. A l'opposé, aucune morbidité ou mortalité anormalement élevée n'a été rapportée dans la capitale de province (Fianarantsoa), ni à Antananarivo (1,25 millions d'habitants), où l'IPM surveille tout au long de l'année la morbidité et la circulation des virus grippaux.

Figure

Répartition des cas de syndrome grippal à Madagascar, juillet-août 2002



DONNÉES VIROLOGIQUES

Entre le 19 juillet et le 22 août, 152 échantillons au total ont été prélevés afin d'isoler le virus chez les malades de trois zones de la province de Fianarantsoa (Ikongo, Manandriana et Sahafata) touchées par l'épidémie. L'équipe internationale a également utilisé des tests rapides de détection des antigènes grippaux pour analyser les échantillons sur le terrain. Dans chacune des zones étudiées, des virus grippaux A ont été isolés dans les prélèvements. Les antigènes de 27 isolats viraux ont été caractérisés par l'IPM, puis confirmés par le Centre collaborateur de l'OMS de référence et recherche sur les virus de la grippe, à Londres (Angleterre). Tous les virus étaient de type A/Panama/2007/99 (H3N2). La composante H3N2 des souches vaccinales prévues pour l'hémisphère Sud en 2002 et pour l'hémisphère Nord en 2002-03 correspond bien à la souche responsable de l'épidémie.

L'épidémie semble due à des virus grippaux de type A/Panama/2007/99 (H3N2) en circulation dans le monde depuis un certain nombre d'années. Plusieurs facteurs peuvent expliquer les taux de morbidité et de mortalité anormalement élevés des IRA dans les zones rurales des hautes terres de Madagascar. Les conditions de vie, en particulier la promiscuité, ainsi qu'un hiver particulièrement froid et humide, ont pu favoriser la transmission de la grippe au sein des populations les plus vulnérables. A Fianarantsoa, 40 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique et la plupart des villages ont très peu accès aux soins de base. Il est probable que ces facteurs aient été aggravés par les troubles qui ont agité le pays de décembre 2001 à juin 2002.

CONCLUSIONS

Cette flambée est riche d'enseignements pour la maîtrise des épidémies de grippe dans les pays en développement et pour la planification de la riposte mondiale à une pandémie. Etant donné qu'elle a essentiellement touché des zones reculées, les autorités sanitaires en ont pris connaissance et ont riposté tardivement. En dépit de la surveillance de la grippe, assurée à Antananarivo par l'IPM, laboratoire reconnu Centre national de référence pour la grippe par l'OMS, aucune donnée n'était disponible pour les zones les plus touchées. A Madagascar, comme dans de nombreux pays en développement, des problèmes comme la malnutrition, l'accès restreint aux soins, la difficulté de parvenir jusqu'aux habitants des zones rurales, les failles dans la surveillance des maladies transmissibles, la

pénurie d'antibiotiques pour traiter les complications bactériennes secondaires, l'absence de vaccins antigrippaux et la méconnaissance de la maladie ont entravé les efforts d'évaluation et de maîtrise de l'épidémie [1,2].

L'équipe internationale a notamment recommandé d'étendre la surveillance de la grippe, d'informer le public et les agents de santé sur cette maladie, d'améliorer l'accès aux soins dans les zones rurales et de faire en sorte que les centres de soins soient suffisamment approvisionnés en antibiotiques pour traiter les complications bactériennes. La vaccination contre la grippe n'a pas été recommandée, car l'épidémie s'était déjà propagée en août et parce qu'il était extrêmement difficile de distribuer le vaccin dans les zones reculées.

RÉFÉRENCES

- [1] De Francisco A et al. Risk factors for mortality from acute lower respiratory tract infections in young Gambian children. *Int J Epidemiol* 1993 ; 22 : 1174-82
- [2] Corwin AL et al. Impact of epidemic influenza A-like acute respiratory illness in a remote jungle highland population in Irian Jaya, Indonesia. *Clin Inf Dis* 1998 ; 26 : 880-8

* COMPOSITION DE L'ÉQUIPE OMS D'INVESTIGATION

Par ordre alphabétique :

M. Kamel Aït-Ikhlef, CSR/GAR OMS Genève ; Dr Isabelle Bonmarin, Département des maladies infectieuses, InVS, Saint-Maurice ; Pr Bréhima Koumaré, OMS AFRO IPC/EMC Abidjan ; Dr Jean-Claude Manuguerra, Centre national de référence de la grippe (France Nord), Institut Pasteur, Paris ; Dr Christophe Paquet (chef d'équipe), Département international, InVS, Saint-Maurice ; Dr Timothy Uyeki, Influenza Branch, CDC, Atlanta.

REMERCIEMENTS

Ont activement contribué à ce rapport :

L. Rasoazanamiarina, A.L. Rakotonjanabelo, D. Rabdrianasolo, C. Ravaonjanahary, (Ministère de la santé, Madagascar) ; A. Ndikuyeze, B. Andriamahfazafy (OMS Madagascar) ; G. Razafitrimo, R. Migliani, M. Ratsitorahina, P. Grosjean, N. Rasolofonirina, L. Rabarijaona, (Institut Pasteur, Madagascar) ; J. Rasamizanaaka, H. Ravokatsoa, L. Razafilahy, B. Tanjaka, P. Rakotoarisoa, E. Raharilalao (Services de santé de la Province de Fianarantsoa, Madagascar) ; R. Arthur, N. Shindo, K. Ströhr (OMS/CSR Genève) ; A. Hay (Centre collaborateur OMS pour la grippe, Londres) ; S. Harper, K. Fukuda, J. LeDuc (CDC, USA).