

DONNÉES SUR LA GRIPPE À VIRUS A(H5N1) À HONG KONG ET SUR LE DÉBUT DE L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE À VIRUS A(H3N2) EN FRANCE

Centres nationaux de référence de la grippe⁽¹⁾. Réseau national de santé publique⁽²⁾,
Groupes régionaux d'observation de la grippe⁽³⁾. Réseau « Sentinelles » de l'unité 144 de l'INSERM⁽⁴⁾.
Direction générale de la Santé

Depuis le 29 décembre 1997, aucun nouveau cas de grippe A (H5N1) humain n'a été déclaré par les autorités sanitaires de Hong Kong et par l'OMS. Deux jours plus tôt, les résultats de l'enquête sérologique menée par les Centers for Diseases Control (Atlanta, États-Unis) autour du premier cas d'infection humaine par le virus aviaire A (H5N1) avaient été rendus publics. Ils suggéraient très fortement que la source majeure sinon exclusive de l'infection de l'homme était constituée par des volailles vivantes infectées. Par ailleurs, l'analyse génétique des virus isolés des six premiers cas a montré qu'il s'agissait de virus exclusivement d'origine aviaire. Sur la base de ces observations, les autorités sanitaires de la région administrative spéciale de Hong Kong ont alors procédé à l'abattage massif de toutes les volailles du territoire (29/12/97). Au 13 février 1998, le bilan est de 18 cas humains de grippe A (H5N1) confirmés, parmi lesquels sept, soit 39 %, sont survenus chez des sujets de moins de 5 ans. Six décès sont à déplorer. Bien qu'il soit encore trop tôt pour tirer des conclusions définitives, il semble que le risque majeur d'une pandémie de grippe A (H5N1) ne soit plus à craindre, dans l'immédiat au moins. De nouveaux résultats d'enquêtes menées autour de cas postérieurs au premier devraient étayer l'évaluation de la situation. Il convient cependant de rester vigilants, d'autant plus que des virus A (H5N1) ont été isolés d'autres espèces d'oiseaux dans la région de Hong Kong, constituant ainsi un réservoir du virus A (H5N1). De plus un réassortiment de ce virus avec un virus grippal humain lors de la saison de la grippe qui débute dans quelques semaines à Hong Kong ne peut être écarté formellement avec les risques d'émergence d'un nouveau virus capable de se transmettre facilement chez l'homme.

Depuis l'annonce du premier cas, la cellule de lutte contre la grippe dont le rythme des réunions était bisannuel s'est réunie à cinq reprises. Le plan de lutte qui avait été rédigé a pu être partiellement réévalué au regard d'une situation réelle et complété sur un certain nombre de points. L'existence de la cellule de lutte, sa capacité à être mobilisée et à nouer des contacts au niveau européen ainsi qu'avec les CDC d'Atlanta a permis aux autorités françaises chargées de la Santé publique de mettre en place rapidement des mesures concrètes.

Ainsi, afin de renforcer la surveillance et de détecter rapidement l'introduction du virus A (H5N1) en France, une information aux voyageurs de retour de Hong Kong a été mise en place dès le 21 décembre 1997. Cette information a été réalisée par la distribution, par les personnels d'équipage, de notices sur les vols français en provenance directe de Hong Kong et par affichage d'une information dans les aéroports internationaux français. Un numéro de téléphone a été mis en place pour le compte de la Direction générale de la Santé à l'Institut Pasteur dès le 19 décembre 1997. Cette ligne téléphonique spéciale a été largement utilisée notamment par les passagers de retour de, ou au départ pour Hong Kong et plus généralement la Chine et le sud-est asiatique. Le réseau GROG (Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe) ainsi que le Service Médical d'Urgence des Aéroports de Paris ont permis la mise en place d'un système de prélèvement chez les personnes de retour de Hong Kong, destiné à détecter d'éventuels cas importés. Au total, 1 296 kits ont été distribués à des médecins pour prélever des patients présentant un syndrome grippal au retour de l'Asie du Sud-Est. Un bilan des appels téléphoniques au 20 janvier a permis de recenser 184 appels depuis l'ouverture de la ligne (le 20 décembre 1997), le nombre des appels a décliné quelques jours après l'abattage des poulets à Hong Kong et s'est établi entre 3 et 17 appels par jour ouvrable. Le corps médical a été informé de la situation par la presse spécialisée dès le 21 décembre 1997. L'information a également été véhiculée aux Services d'Urgence des Hôpitaux par la Direction générale de la Santé grâce aux Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales.

Les services vétérinaires ont pris des mesures visant à renforcer d'une part la limitation de l'introduction d'oiseaux et de volailles en provenance d'Asie du Sud-Est, d'autre part la surveillance de la circulation des virus aviaires.

Un avis aux importateurs d'oiseaux et volailles de toute espèce a été publié au *Journal Officiel* du 27 décembre 1997, suspendant les introductions, sur le territoire métropolitain et dans les départements d'outre-mer, d'oiseaux vivants et de volailles vivantes de toutes espèces originaires ou en provenance des pays d'Asie suivants : Birmanie, Cambodge, Chine, Hong Kong, Indonésie, Laos, Malaisie, Philippines, Singapour, Taiwan, Thaïlande et Vietnam. Le réseau de surveillance des directions des services vétérinaires a été mis en alerte pour renforcer la surveillance de la circulation des virus de la grippe aviaire en France.

La levée des mesures mises en place en France a été discutée lors de la dernière réunion en date de la cellule de lutte contre la grippe (16 janvier 1998). L'analyse de l'évolution de la situation par les membres de cette cellule, en contact permanent, a conduit à leur levée sans toutefois relâcher

la vigilance qui reste indispensable du fait de la persistance d'un réservoir aviaire du virus. Au cours des réunions de la cellule de lutte d'autres décisions concrètes ont été prises. Elles concernent notamment la constitution de stocks de médicaments antiviraux, l'élaboration par le Réseau national de Santé publique d'un arbre de décision sur la conduite à tenir face à un cas suspect de grippe A d'un sous-type nouveau chez l'homme.

Ces événements récents illustrent la pertinence de l'anticipation du risque toujours présent d'une pandémie grippale et confirment le bien-fondé de la conception de mesures en dehors des situations où les événements se succèdent à un rythme rapide, même s'il est toujours nécessaire d'ajuster des mesures prises dans un cadre théorique au virus grippal en cause. Si la menace d'une épidémie liée au virus grippal A (H5N1) est pour le moment écartée, la survenue d'un syndrome grippal chez un voyageur ayant séjourné lors des trois jours précédents à Hong Kong doit continuer d'attirer l'attention du médecin et faire pratiquer systématiquement la recherche du virus sur un prélèvement de gorge auprès de l'un des deux centres nationaux de référence.

Enfin, la surveillance de la grippe en France qui repose sur des médecins libéraux, permet de détecter rapidement l'émergence d'épidémies d'une part (par le réseau de médecins sentinelles) et les types de virus circulant d'autre part (par les réseaux de médecins des Groupes régionaux d'observation de la grippe). Ces deux réseaux qui fonctionnent en complémentarité, ont permis de détecter récemment l'entrée dans une situation épidémique de grippe en France le 10 février 1998. Le bulletin *Sentinelles-hebdo* du 17 février indique une incidence de 341 cas pour 100 000 habitants pour un seuil de 137 pendant la semaine du 9 au 16 février. Les prélèvements réalisés par les médecins des GROG permettent d'indiquer que le virus grippal prédominant qui circule en France (comme en Allemagne, en Suisse et aux États-Unis) est le A/Sydney/5/97 (H3N2), que quelques virus B ont été également isolés, ainsi que 2 virus A (H1N1) en Basse-Normandie. Ces souches A (H1N1) sont antigéniquement apparentées au variant A/Wuhan/371/95, qui n'avaient jusqu'à présent jamais circulé en Europe. La souche A/Sydney/5/97 (H3N2) est imparfaitement couverte par le vaccin utilisé pour l'hémisphère Nord. Cette souche variante A (H3N2) entre dans la composition du vaccin qui sera distribué dans l'hémisphère Sud. Ce n'est pas la première fois que l'on constate en Europe la circulation de virus voisins ou de variants de la souche vaccinale. L'introduction de cette souche dans le prochain vaccin pour l'hémisphère Nord sera évoquée lors de la réunion de l'OMS dans la 2^e quinzaine de février. Les données épidémiologiques actuelles montrent que cette grippe touche particulièrement des sujets jeunes (enfants ou jeunes adultes). Les cas confirmés ont une symptomatologie typique, associant une fièvre (particulièrement élevée), des myalgies, une asthénie, une toux précoce. Rien ne permet actuellement de prévoir quelle sera l'ampleur ni la durée de l'épidémie cette année.

(1) CNR de la grippe France-Nord :

Unité de génétique moléculaire des virus respiratoires
Institut Pasteur
28, rue du Dr ROUX
75724 PARIS Cedex 15
Tel : 01 45 68 87 25

CNR de la grippe France-Sud :

Laboratoire de virologie
Faculté de Médecine
69373 LYON Cedex 08
Tel : 04 78 77 70 28

(2) Réseau national de Santé publique

14, rue du Val-d'Osne
94415 SAINT-MAURICE Cedex
Tél. : 01 41 79 67 00

(3) Groupes régionaux d'observation de la grippe

Coordination nationale
39, rue Saint-Antoine
75004 PARIS
Tél. : 01 42 71 49 50

(4) Réseau « Sentinelles »

INSERM Unité 144
27, rue de Chaligny
75012 PARIS
Tél. : 01 44 73 84 68