

29 juin 2010 / n° 24-25-26

**Numéro thématique – Épidémie de grippe A(H1N1)2009 : premiers éléments de bilan en France**  
*Special issue – Influenza A(H1N1)2009 epidemic: preliminary assessment results in France*p.257 **Éditorial / Editorial**p.258 **Sommaire détaillé / Table of contents****Coordination du numéro / Coordination of the issue : Jean-Claude Desenclos, Hélène Therre, Anne Gallay et Judith Benrekassa, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France****Éditorial / Editorial****Françoise Weber, Directrice générale de l'Institut de veille sanitaire**

Ce numéro propose, trois mois après sa fin, un premier bilan à la fois épidémiologique et virologique de l'épidémie A(H1N1) 2009-2010 en France. Il rappelle les scénarii envisagés avant la vague de l'hémisphère Nord et éclaire leurs différences avec la réalité observée. Il ne serait pas complet s'il n'abordait la question de la perception du risque et de la nécessité de se protéger, sans doute au centre des difficultés rencontrées. Toutes ces approches sont nécessaires et complémentaires pour tirer les enseignements de cet épisode tout à fait inédit dans l'histoire de la santé publique moderne.

Comme dans la plupart des pays, le bilan de la pandémie en France est contrasté : l'épidémie a été précoce, atteignant jusqu'à 24% de la population en métropole, caractérisée par une mortalité directe et indirecte quantitativement faibles, et une grande bénignité, voire l'absence de symptômes dans la plupart des cas. Ce constat rassurant, partagé par la majorité de la population et des professionnels de santé, ne doit cependant pas occulter une gravité particulière chez certaines personnes et dans certains groupes de population : on a constaté notamment un nombre d'hospitalisations et d'admissions en réanimation très supérieur à celui observé habituellement en période de grippe saisonnière, dans toutes les tranches d'âge, mais de manière plus importante chez des sujets jeunes avec et sans facteurs de risque. Les tableaux de grippe « fulminante », caractéristiques des nouveaux virus grippaux, ont été particulièrement fréquents alors qu'ils ne sont quasiment pas rencontrés lors des épisodes saisonniers.

L'épidémie a donc été peu grave pour le plus grand nombre. En comparaison de la grippe saisonnière, elle a, cependant, été d'expression clinique plus sévère pour une partie des malades et a touché une population beaucoup plus jeune.

Les scénarii pré-pandémiques disponibles n'avaient pas pris en compte nombre des caractéristiques de cet épisode, caractéristiques dont la conjonction était assez difficile à prévoir : l'immunité préexistante d'une partie non négligeable de la population, la remarquable stabilité du virus, la fréquence des formes asymptomatiques contribuant à l'immunité collective, l'efficacité des antiviraux et du système de soins. La probabilité de la conjonction de tous ces éléments était sans doute très faible au début de l'épidémie. Pour comprendre ces écarts entre l'estimé et l'observé, il est aussi utile de rappeler les objectifs des estimations réalisées par les responsables de la veille sanitaire au début d'une émergence infectieuse : il ne s'agit pas de prédire le déroulement d'une épidémie, mais bien d'envisager la préparation du système de soins à affronter la charge liée aux situations les plus plausibles, qui peuvent parfois être très variées en caractéristiques, durée et intensité.

L'expérience nous invite maintenant, surtout pour un virus aussi susceptible de varier que le virus grippal, à élargir encore la palette de nos scénarii, tout en prenant en compte le fait qu'une pandémie peut être tout à fait bénigne dans la majorité de la population mais se révéler d'une gravité particulière dans certains de ses sous-groupes, porteurs ou non de facteurs de risque. Ces scénarii, et les plans de préparation qui en découlent, ne devront pas non plus oublier la France d'outre-mer et ses spécificités.

Tous ces éléments, ce contraste difficile à expliquer, ont participé, malgré les efforts de communication et de transparence des autorités, aux difficultés de perception de la situation réelle, tant par la population que par les professionnels de santé. Le fait qu'il s'agisse de grippe, maladie pour laquelle on dispose d'une situation de référence « habituelle » avec la grippe saisonnière et sa mortalité, a sans doute introduit un biais dans cette perception, comme si 6000 décès annuels de personnes âgées, que nous peinons à faire diminuer, rendaient plus acceptables les quelques centaines de décès de personnes jeunes liés à la grippe A(H1N1)2009. Si un agent moins courant, comme celui du Sras ou de la méningite, avait conduit en quelques semaines plus de 1300 enfants, adolescents et adultes en réanimation et provoqué quelques centaines de décès, la perception en eût sans doute été toute différente.

La première vague de cette pandémie, que l'on peut maintenant qualifier de gravité limitée, nous apporte donc une expérience précieuse non seulement en matière épidémiologique et virologique, mais aussi en sciences humaines et sociales. Toutes ces disciplines devront être dès maintenant mobilisées pour un solide retour d'expérience, afin d'améliorer les dispositifs de préparation et de mise en œuvre des mesures de contrôle et de prévention. Se donner les moyens et le temps nécessaire à un retour d'expérience complet et multidisciplinaire, à tous les niveaux : local, national, international, est

un devoir aussi important que la révision des plans de préparation, l'amélioration constante de leur flexibilité et surtout leur appropriation par toutes les composantes de la société. Ceci est d'autant plus important que la préparation à des événements sanitaires potentiellement extrêmes, auxquels la société continuera d'être confrontée à l'avenir, implique la participation large de la société, et notamment de l'ensemble des professionnels de santé.

Amener à comprendre cette préparation comme la mise en place de capacités de réponse à différentes situations plausibles plutôt que comme un pari sur un scénario particulier serait sans doute un premier progrès.

Améliorer le partage du savoir, dans le corps social, sur les incertitudes et les nuances d'une situation doit également être un objectif. Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) y apporte une contribution notable dans un récent avis sur les enjeux éthiques de la communication d'informations scientifiques et médicales<sup>1</sup>.

Il me semble enfin important de rappeler que la plupart des auteurs des articles de ce numéro sont parmi ceux qui se sont engagés le plus fortement dans la surveillance épidémiologique et virologique de cet épisode. Quels que soient les progrès qui restent à faire, quelles que soient les incompréhensions et les tensions inhérentes à toute période de crise, ils ont montré, avec quelques milliers d'autres, que la santé de notre pays est servie par des professionnels qui ont su et sauront donner pendant plusieurs mois le meilleur d'eux-mêmes pour veiller, analyser et lutter contre une menace émergente.

<sup>1</sup> CCNE - Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis n° 109 : Communication d'informations scientifiques et médicales, et société : enjeux éthiques. 4 février 2010. [http://www.ccne-ethique.fr/docs/CCNE-Avis\\_109.pdf](http://www.ccne-ethique.fr/docs/CCNE-Avis_109.pdf)

---

## Sommaire

---

### ÉPIDÉMIE DE GRIPPE A(H1N1)2009 : PREMIERS ÉLÉMENTS DE BILAN EN FRANCE *INFLUENZA A(H1N1)2009 EPIDEMIC: PRELIMINARY ASSESSMENT RESULTS IN FRANCE*

---

- p.259 **Dynamique et impact de l'épidémie A(H1N1)2009 en France métropolitaine, 2009-2010**  
*Dynamics and impact of the A(H1N1)2009 epidemic in metropolitan France, 2009-2010*
- p.264 **Grippe pandémique A(H1N1)2009 : de l'estimé à l'observé !**  
*A(H1N1)2009 pandemic influenza: from estimated data to observed data!*
- p.267 **Déterminants de l'acceptation individuelle de la vaccination pandémique A(H1N1)2009 en population adulte française**  
*Determinants of A(H1N1)2009 pandemic vaccination acceptance among French adults*
- p.272 **Épidémie de grippe A(H1N1)2009 en France : les paramètres virologiques**  
*Influenza A(H1N1)2009 epidemic in France: virological parameters*
- p.274 **Surveillance syndromique dans le cadre de la pandémie grippale A(H1N1)2009 : intérêts et limites**  
*Syndromic surveillance in the context of the A(H1N1)2009 pandemic: interest and limits*
- p.278 **Description des épidémies de grippe A(H1N1)2009 dans les territoires français ultramarins des Amériques : Martinique, Guadeloupe, Guyane et îles du Nord (Saint-Barthélemy et Saint-Martin), avril 2009 à janvier 2010**  
*Description of influenza A(H1N1)2009 outbreaks in the French overseas territories of America: Martinique, Guadeloupe, French Guiana and Northern Islands (St. Bartholomew and St. Martin), April 2009-January 2010*
- p.283 **Le développement de la surveillance non spécifique à Mayotte et à La Réunion dans le cadre de l'épidémie de grippe à virus A(H1N1)2009**  
*The development of non-specific surveillance in Mayotte and Reunion Islands in the context of the epidemic of influenza A(H1N1)2009*
- p.286 **La veille internationale menée à l'Institut de veille sanitaire lors de la pandémie grippale A(H1N1)2009**  
*International epidemic intelligence at the French Institute for Public Health Surveillance during the influenza A(H1N1)2009 pandemic*
-