

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

Alain Bateau (alain.bateau@ars.sante.fr), Vanessa Ardillon, Marie Barrau, Luisiane Carvalho, Sylvie Cassadou, Jean-Loup Chappert, Claude Flamand, Sophie Larrieu, Martine Ledrans, Jacques Rosine, Philippe Quénel

Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région Antilles-Guyane, Fort-de-France, France

Résumé / Abstract

Territoires français les plus proches des zones initialement touchées par la pandémie liée au virus A(H1N1)2009, les régions de Guadeloupe, Guyane et Martinique et les collectivités de Saint-Martin et Saint-Barthélemy ont dû mettre en place très rapidement un dispositif épidémiologique adapté pour surveiller l'émergence de cette nouvelle grippe.

Après une phase de confinement basée sur la détection et la gestion individuelle des cas, une surveillance a été mise en place en population générale, essentiellement basée sur les données des réseaux de médecins sentinelles et les confirmations virologiques. Les informations disponibles étant différentes sur les différents territoires, l'estimation du nombre de cas dû au virus A(H1N1)2009 a été faite en utilisant deux méthodes distinctes.

Les cinq territoires ont subi une épidémie liée au virus A(H1N1)2009 tout comme l'ensemble des pays de la zone Caraïbe. Cette épidémie s'est installée entre début août et mi-septembre 2009 dans quatre territoires, le dernier, Saint-Barthélemy, n'ayant été touché qu'en fin d'année.

Les estimations des taux d'attaque, toujours inférieures à 8% quels que soient le territoire et la méthode d'estimation utilisée, obligent à considérer la survenue d'une nouvelle vague épidémique comme possible, d'autant plus que le taux de personnes vaccinées est très faible dans ces territoires.

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

Due to their closeness with A(H1N1)2009 initially affected areas, Guadeloupe, French Guiana, Martinique, St Martin and St Bartholomew were the French territories most exposed to the new pandemic. In order to monitor its emergence, adequate epidemiological surveillance tools were promptly developed. Following the containment phase, based on the detection and management of individual cases, the viral circulation within the whole population was monitored with data collected from sentinel doctor networks and virological surveillance. As available information was different according to the territory, the number of A(H1N1)2009-affected people was estimated by two different methods. As all the other Caribbean countries, the five French territories were hit by an outbreak of influenza A(H1N1)2009. The epidemic started between August and September 2009 in four territories; the last one, Saint Bartholomew was not affected until the end of the year. Attack rate estimates were all below 8% whatever the method used, and a new epidemic wave is therefore possible, all the more as the vaccination rate is very low in these territories.

Mots clés / Keywords

Grippe, A(H1N1)2009, surveillance, Guadeloupe, Guyane, Martinique, Saint-Martin, Saint-Barthélemy / Influenza, A(H1N1)2009, epidemiological surveillance, Guadeloupe, French Guiana, Martinique, St Martin, St Bartholomew

Contexte

L'alerte internationale lancée le 25 avril 2009 par l'OMS a conduit les territoires antillo-guyanais (Martinique, Guadeloupe, Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Guyane) à mettre en place, dès le 29 avril 2009, un dispositif de surveillance épidémiologique de la grippe A(H1N1)2009. En effet, du fait de leur proximité avec les premières régions touchées par l'épidémie (Mexique, États-Unis), ces territoires ont dû rapidement déployer le dispositif prévu en France métropolitaine dans le cadre du plan « pandémie grippale », avec d'abord une phase de confinement puis une phase de limitation.

La mise en œuvre de ces différentes phases a nécessité la mobilisation de nombreux acteurs et le déploiement du dispositif de surveillance s'est fait progressivement en s'adaptant, à chaque étape, à l'évolution de la situation épidémiologique afin d'être en mesure d'apprécier au mieux la réalité de la situation.

Chaque territoire des Antilles et de la Guyane a connu une évolution particulière. Dans cet article, nous présentons une description des épidémies de grippe A(H1N1)2009 qui ont touché les territoires français ultramarins des Amériques.

Méthodes

Les outils de surveillance épidémiologique utilisés lors de la pandémie grippale ont été différents selon les phases. En règle générale, la stratégie de surveillance épidémiologique dans les territoires antillo-guyanais vise à une standardisation des outils, des protocoles et des méthodes d'analyse. Néanmoins, du fait de contraintes organisationnelles liées d'une part à l'éclatement géographique et d'autre part à l'historique du développement de la surveillance épidémiologique dans cette inter-région, cette standardisation n'a pas toujours été possible. Nous décrivons ci-dessous les ajustements qui ont été opérés dans chaque territoire, au cours de chacune des phases.

La phase de confinement

Cette phase, qui a débuté le 29 avril 2009, avait pour finalité de détecter le plus rapidement possible tous les cas importés afin de déclencher des mesures de contrôle appropriées autour de ces cas et d'éviter ainsi la constitution de chaînes locales de transmission.

Ce dispositif s'est appuyé sur les services du Contrôle sanitaire aux frontières (CSF) des Directions de la santé et du développement social, sur la Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région Antilles-Guyane (Cire AG) et sur les Centres 15 [1].

Les services du CSF ont eu pour mission prioritaire d'informer les voyageurs arrivant de la nécessité de se signaler en cas d'apparition d'un syndrome grippal. En effet, toute entrée sur les territoires se faisant au travers de filtres de douanes et de police, il est apparu que les ports et aéroports étaient les meilleurs sites pour sensibiliser et informer les voyageurs sur le risque d'introduction du nouveau virus.

Les Centres 15 prenaient en charge les signalements de personnes présentant un syndrome grippal. Au vu d'une définition de cas basée sur les signes cliniques et sur la notion de voyage en zone affectée par la grippe A(H1N1)2009 (encadré 1), les centres 15, avec l'appui de la Cire AG, classaient les cas suspects en cas possibles ou en cas exclus. Tout cas évalué comme possible était pris en charge sans délai par un médecin du Samu et faisait l'objet d'un prélèvement naso-pharyngé pour rechercher la présence du virus.

Ce dispositif a été complété dans le courant du mois de juin par la mise en place d'une surveillance des cas groupés, par déclaration auprès de la Cire AG de tout regroupement d'au moins 3 cas dans une collectivité.

La phase de limitation

Cette phase a débuté le 23 juillet 2009. La surveillance épidémiologique avait alors pour objectif d'évaluer l'intensité de la circulation du virus dans la population afin d'orienter au mieux les mesures de prévention, notamment la prise en charge clinique appropriée. La recherche active des cas importés a alors été abandonnée et la surveillance s'est appuyée essentiellement sur :

- la surveillance des syndromes grippaux par les réseaux de médecins sentinelles ;
- la détection et l'investigation des regroupements de cas et des recrudescences en patientèle chez les médecins généralistes ;
- la surveillance virologique des infections respiratoires.

Au début de la phase de limitation, avant le début de l'épidémie, la surveillance a consisté essentiellement en la détection et l'investigation des cas groupés et des recrudescences dans les patientèles des médecins généralistes. Il s'agissait de détecter la circulation du virus et de caractériser son intensité dans un contexte pré-pandémique. Tout cas confirmé a fait l'objet d'une enquête pour identifier l'origine de la contamination et pour rechercher d'éventuels cas secondaires.

À partir du moment où l'épidémie s'est installée, son monitoring s'est appuyé sur la surveillance des syndromes grippaux à partir des réseaux de médecins sentinelles, la surveillance virologique et la surveillance des cas hospitalisés.

Les réseaux de médecins sentinelles sont bien implantés aux Antilles et en Guyane. Les médecins sentinelles fournissent chaque semaine le nombre de cas de syndromes grippaux vus en consultation la semaine précédente (encadré 2). Ce nombre de cas est extrapolé pour chacun des territoires selon la représentativité du réseau : l'activité des médecins sentinelles représente 20 % environ de l'activité totale des médecins généralistes en Guadeloupe et Martinique, 30 % en Guyane, 50 % à Saint-Martin et 80 % à Saint-Barthélemy.

En Guyane, les données des médecins sentinelles sont complétées par celles issues de la surveillance épidémiologique des centres et postes de santé, dans les zones où la médecine libérale est absente. Les centres et postes de santé utilisent la même définition de cas que les médecins sentinelles.

Encadré 1 Définitions de cas utilisées pendant la phase de confinement / Box 1 Case definitions used during the containment phase

Cas suspect

- Toute personne présentant un syndrome respiratoire aigu brutal, avec :
- signes généraux : fièvre > 38° ou courbatures ou asthénie
 - et signes respiratoires : toux ou dyspnée.

Cas possible

Tout cas suspect qui, dans les 7 jours avant le début de ses signes, a séjourné dans une zone dans laquelle une circulation du virus A(H1N1)2009 a été mise en évidence, ou a eu un contact étroit avec un cas possible, probable ou confirmé pendant sa période de contagiosité (qui commence 24 h avant le début des signes).

Cas confirmé

Un cas confirmé est un cas possible ayant été confirmé biologiquement comme une infection liée au nouveau virus grippal de type A(H1N1)2009 par le CNR-grippe.

Exclusion

- Un cas suspect est exclu s'il n'entre pas dans la définition des cas possibles.
Un cas possible est exclu si les résultats de l'investigation biologique sont négatifs (absence d'infection à grippe A par PCR).

Cas groupés

Tout épisode de cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses, défini par au moins 3 cas dans une même collectivité (famille, classe, unité de travail...).

Encadré 2 Définitions de cas utilisées pendant la phase de limitation / Box 2 Case definitions used during the mitigation phase

Cas suspects (syndromes grippaux)

- Toute personne présentant un syndrome respiratoire aigu brutal, avec :
- signes généraux : fièvre > 38° ou courbatures ou asthénie
 - et signes respiratoires : toux ou dyspnée.

Cas confirmé

Un cas confirmé est un cas suspect ayant été confirmé biologiquement comme une infection liée au nouveau virus grippal de type A(H1N1)2009 par le CNR-grippe.

Cas groupés

Tout épisode de cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses, défini par au moins 3 cas dans une même collectivité (famille, classe, unité de travail...).

Pour chacun des cinq territoires, des seuils épidémiologiques ont été déterminés selon deux méthodes, le choix se faisant selon l'antériorité des données disponibles. Pour la Martinique et la Guadeloupe, les données historiques permettent de calculer un seuil épidémique par la méthode de Serfling [2]. Dans les autres territoires (Guyane, Saint-Martin et Saint-Barthélemy), la structuration des réseaux de médecins sentinelles est plus récente et les seuils sont établis par la méthode des cartes de contrôles [3]. Les dates de début et de fin d'épidémie sont déterminées par rapport à ce seuil épidémique.

Pendant la phase épidémique, l'estimation du nombre de cas liés au virus A(H1N1)2009 a fait appel à deux méthodes :

- lorsqu'un seuil basé sur les données historiques existait, il a été considéré que l'excès de syndromes grippaux, défini comme la différence entre le nombre de cas observé et le nombre de cas attendu par la méthode de Serfling, représentait le nombre de consultations pour grippe A(H1N1)2009 ;
- lorsque les analyses virologiques étaient suffisamment nombreuses et que le rythme de prélèvements était suffisamment régulier, le nombre de cas de grippe A(H1N1)2009 était estimé en appliquant

Tableau 1 Résultats de la surveillance des cas individuels de grippe durant la phase de confinement de la pandémie A(H1N1) dans les territoires antillo-guyanais, 29 avril – 23 juillet 2009 / **Table 1** Surveillance of A(H1N1)2009 case detection during the containment phase of the pandemic in the French territories of America, 29 April 2009 – 23 July 2009

Département français d'Amérique	Signalements	Cas exclus épidémiologiquement	Cas exclus biologiquement	Cas possibles non confirmables	Cas confirmés A(H1N1)
Martinique	114	107	4		3
Guadeloupe	93	80	8	3	2
Saint-Barthélemy	30	21	9		0
Saint-Martin	32	26	1	1	4
Total zone Antilles	269	234	22	4	9
Guyane	65	60	5		0
Total zone Antilles-Guyane	334	294	29	4	9

au nombre de syndromes grippaux observé la proportion de prélèvements positifs suite à l'analyse virologique.

En Guadeloupe, seule la première méthode a pu être appliquée. La seconde méthode a été employée en Guyane et à Saint-Martin. En Martinique, les deux méthodes ont pu être utilisées. À Saint-Barthélemy, les données insuffisantes n'ont pas permis d'estimer le nombre de patients touchés par le virus.

La surveillance virologique pendant la phase épidémique avait deux objectifs :

- confirmer que l'augmentation globale de syndromes grippaux enregistrés par les médecins sentinelles était bien liée à la circulation du virus A(H1N1)2009 et non à la circulation concomitante d'autres virus grippaux A ou B ou d'autres virus à tropisme respiratoire tels que les rhinovirus, adénovirus, virus respiratoire syncytial (VRS), *para influenza* ;
- estimer la proportion de virus A(H1N1)2009 parmi les virus circulant.

Un sous-réseau des médecins sentinelles (entre 10 à 16 selon les régions) était donc chargé de réaliser chaque semaine des prélèvements nasopharyngés chez les deux premiers patients présentant un syndrome grippal évoluant depuis moins de 48 heures. Initialement, le Centre national de référence (CNR) des arbovirus et des virus *Influenza* pour la région Antilles-Guyane de l'Institut Pasteur de Guyane était le seul laboratoire agréé pour réaliser l'analyse par RT-PCR. À partir du 7 septembre 2009, il a été renforcé par le laboratoire de virologie du CHU de Fort-de-France.

Résultats

Le tableau 1 présente les résultats de la surveillance pendant la phase de confinement. À la fin de cette phase, 9 cas importés ont été confirmés : 3 en Martinique, tous en provenance des États-Unis, 2 en Guadeloupe, en provenance de Saint-Domingue et des États-Unis, et 4 à Saint-Martin, 1 venant des États-Unis et 3 de la partie hollandaise de l'île et vivant partiellement dans la zone française. Aucun cas n'a été confirmé en Guyane, ni à Saint-Barthélemy. La surveillance des cas groupés, qui avait complété le dispositif dans le courant du mois de juin, a conduit à l'investigation de 13 regroupements de cas, tous exclus biologiquement.

Les figures 1 à 4 décrivent l'évolution de la circulation du virus A(H1N1)2009 dans chacun des territoires

Figure 1 Évolution temporelle de l'épidémie de grippe A(H1N1)2009 depuis l'apparition des premiers cas importés et autochtones en Martinique, avril-décembre 2009 / **Figure 1** Temporal trends of the A(H1N1)2009 epidemic since detection of the first imported and autochthonous cases in Martinique, April 2009 to December 2009

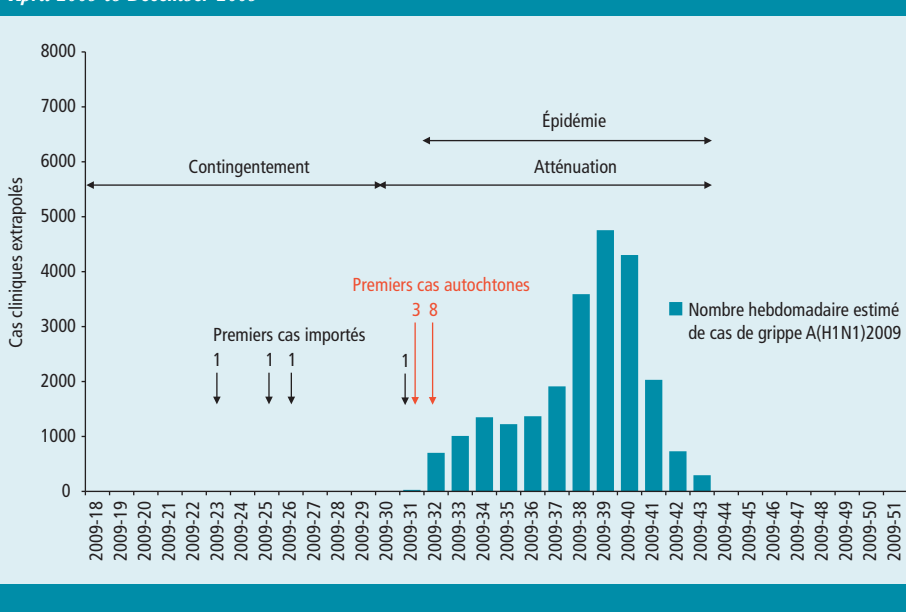


Figure 2 Évolution temporelle de l'épidémie de grippe A(H1N1)2009 depuis l'apparition des premiers cas importés et autochtones en Guadeloupe, avril-décembre 2009 / **Figure 2** Temporal trends of the A(H1N1)2009 epidemic since detection of the first imported and autochthonous cases in Guadeloupe, April 2009 to December 2009

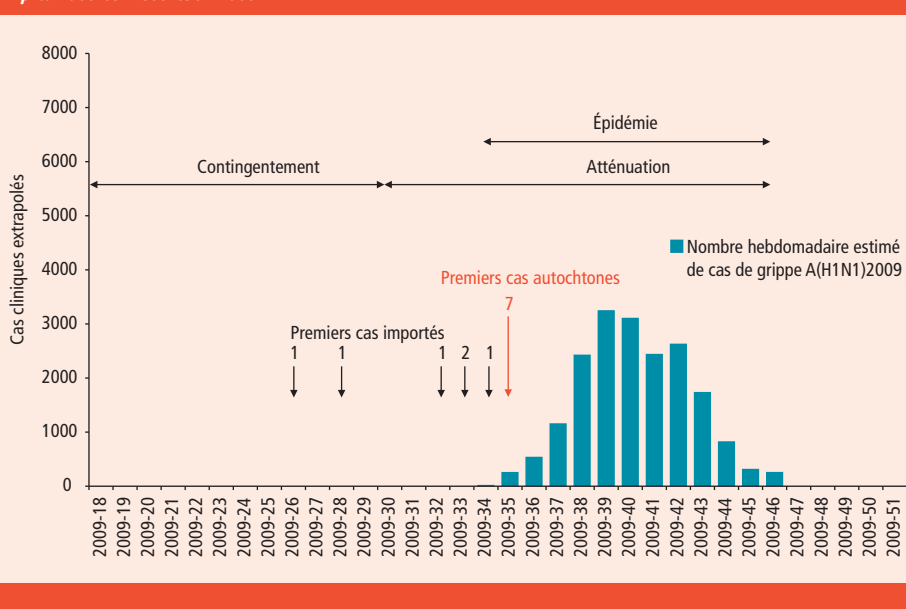
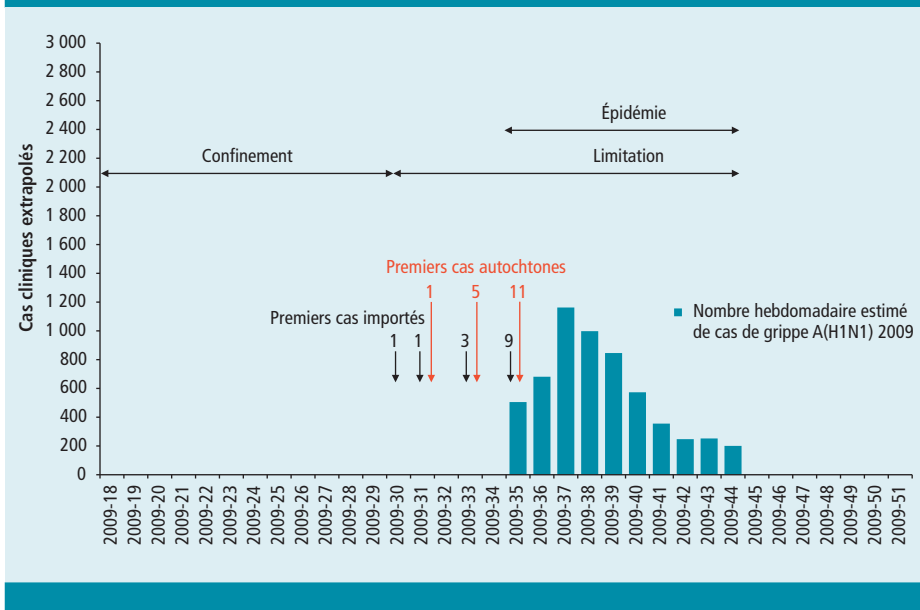


Figure 3 Évolution temporelle de l'épidémie de grippe A(H1N1)2009 depuis l'apparition des premiers cas importés et autochtones en Guyane, avril-décembre 2009 / *Figure 3* Temporal trends of the A(H1N1)2009 epidemic since detection of the first imported and autochthonous cases in French Guiana, April 2009 to December 2009



Guyane la semaine suivante (semaine 2009-35). Saint-Martin a été touché la seconde semaine de septembre (semaine 2009-37) et Saint-Barthélemy encore plus tard, à la fin du mois de novembre (semaine 2009-48).

En général, la phase ascensionnelle de ces épidémies a été plus rapide que la phase de décroissance, sauf en Martinique où l'épidémie a démarré progressivement avant de connaître une dynamique franche au cours du mois de septembre. Cette croissance plus lente fait que le pic a été atteint en Martinique après la Guyane et en même temps qu'en Guadeloupe.

La durée de l'épidémie a été de 11 semaines en Martinique et en Guadeloupe, de 9 semaines en Guyane et à Saint-Martin, et de 7 semaines à Saint-Barthélemy. La fin de l'épidémie s'est étalée, selon le territoire, de l'avant-dernière semaine d'octobre à début janvier 2010.

C'est en Martinique que le taux d'attaque a été le plus élevé, avec de 5 à 7% de la population touchée par cette vague selon les méthodes d'estimation. En Guadeloupe et à Saint-Martin, le taux d'attaque s'est situé aux alentours de 5% et en Guyane, il est resté inférieur à 3%.

Le seul territoire où les deux méthodes d'estimation du nombre de cas de grippe A(H1N1)2009 ont été utilisées est la Martinique. Les caractéristiques de l'épidémie (allure générale de la courbe, début, fin, date et ampleur du pic) obtenues grâce aux deux méthodes sont tout à fait en cohérence. La méthode basée sur les données historiques donne des estimations plus élevées d'environ 30%, qu'il s'agisse du nombre de cas au moment du pic ou du nombre total de cas. Néanmoins, les intervalles de confiance se chevauchent.

Discussion

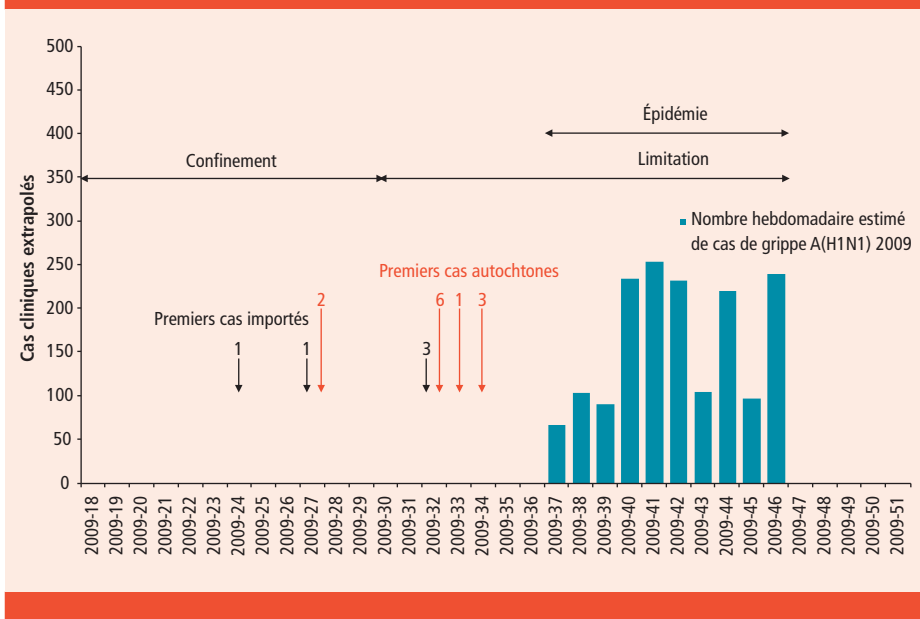
Les territoires français ultramarins des Amériques ont tous connu une épidémie de grippe A(H1N1)2009 de durée et d'ampleur variables.

Le nombre de cas de grippe A(H1N1)2009 a été estimé à partir des données fournies par les réseaux de médecins sentinelles. Dans l'ensemble des territoires français d'Amérique, la représentativité de ces réseaux est particulièrement bonne, allant de 20 à 80% selon le territoire considéré. Dans les territoires où les données historiques le permettaient, la comparaison avec le nombre de cas attendus a permis une estimation du nombre de cas de grippe liés au virus pandémique. Dans les autres, le nombre de cas de grippe A(H1N1)2009 a été estimé en appliquant au nombre de syndromes grippaux le taux de positivité obtenu grâce à la surveillance virologique, sauf à Saint-Barthélemy où le nombre de prélèvements n'a pas été suffisant.

Les deux méthodes ont pu être appliquées en Martinique. Les résultats des deux méthodes restent cohérents. Ainsi, les estimations présentées ici peuvent être considérées comme fiables.

Par ailleurs, dans chaque territoire, les passages aux urgences ainsi que les hospitalisations pour grippe étaient également surveillés. Ils ont permis de confirmer les tendances observées via les données des réseaux sentinelles [4].

Figure 4 Évolution temporelle de l'épidémie de grippe A(H1N1)2009 depuis l'apparition des premiers cas importés et autochtones à Saint-Martin, avril-décembre 2009 / *Figure 4* Temporal trends of the A(H1N1)2009 epidemic since detection of the first imported and autochthonous cases in Saint Martin, April 2009 to December 2009



(sauf Saint-Barthélemy), depuis le premier cas importé jusqu'à la fin de l'épidémie.

Le premier cas importé a été diagnostiqué en Martinique dès la semaine 23 (début juin). La semaine suivante, le premier cas était détecté à Saint-Martin, et deux semaines après en Guadeloupe. En Guyane, le premier cas importé a été confirmé en semaine 30 (fin juillet).

Le délai d'apparition des cas autochtones après l'identification des premiers cas importés a été court à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et en Guyane (0 à 3 semaines), beaucoup plus long en Martinique et Guadeloupe (respectivement 8 et 9 semaines).

Le début de l'épidémie est intervenu en Martinique et Guadeloupe presque concomitamment avec le premier cas autochtone, alors qu'un délai de 4 semaines et de 10 semaines a été observé respectivement en Guyane et à Saint-Martin.

Le tableau 2 présente les principales caractéristiques des épidémies dans les cinq territoires. Pour la Martinique, les estimations obtenues par les deux méthodes sont présentées.

L'épidémie de grippe A(H1N1)2009 est apparue en Martinique au tout début du mois d'août 2009 (semaine 2009-32). Elle a atteint la Guadeloupe deux semaines plus tard (semaine 2009-34), puis la

Tableau 2 Comparaison des paramètres épidémiologiques caractéristiques de la première vague de la pandémie grippale en Martinique, Guadeloupe, Guyane, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, juin à décembre 2009 / Table 2 Comparison of epidemiological parameters (specific of the first A(H1N1)2009 pandemic wave) in Martinique, Guadeloupe, French Guiana, Saint Martin and Saint Bartholomew, June 2009 to December 2009.

Paramètres	Martinique	Martinique	Guadeloupe	Guyane	Saint-Martin	Saint-Barthélemy
Population de référence	397 732	397 732	400 736	205 954	35 263	8 256
Syndromes grippaux	Médecins sentinelles	Médecins sentinelles	Médecins sentinelles	Médecins sentinelles	Médecins sentinelles	Médecins sentinelles
Surveillance virologique	CNR + CHU	CNR + CHU	CNR	CNR	CNR	CNR
Estimation A(H1N1)	1*	2*	2*	1*	1*	–
Premier cas importé (Année-Semaine)	2009-23	2009-23	2009-26	2009-30	2009-24	2009-35
Premier cas autochtone (Année-Semaine)	2009-31	2009-31	2009-35	2009-31	2009-27	2009-35
Semaine de début d'épidémie (Année-Semaine)	2009-32	2009-32	2009-34	2009-35	2009-37	2009-48
Durée de l'ascension (Semaine)	8	7	5	2	4	2
Semaine du pic (Année-Semaine)	2009-40	2009-39	2009-39	2009-37	2009-41	2009-49
Durée de la décroissance (Semaines)	3	4	6	7	5	5
Semaine de fin d'épidémie (Année-Semaine)	2009-43	2009-43	2009-45	2009-44	2009-46	2010-03
Durée de l'épidémie (Semaines)	11	11	11	9	9	7
Nombre de cas la semaine du pic	3832 [3052 – 4696]	5093 [4396 – 5614]	3 253 [3080 – 3427]	1 162 [910 – 1414]	253 [206 – 304]	–
Taux d'attaque la semaine du pic (pour mille habitants)	9,6 [7,7 – 11,8]	12,8 [11,1 – 14,1]	8,1 [7,7 – 8,6]	5,6 [4,4 – 6,9]	7,2 [5,8 – 8,6]	–
Nombre total de cas	21420 [16 504 – 26 885]	27824 [21 258 – 32 225]	19054 [17 842 – 20 198]	5822 [4 252 – 7 294]	1641 [1 209 – 2 105]	–
Taux d'attaque (pour 1 000 habitants)	53,9 [41,5 – 67,6]	70,0 [53,5 – 81,0]	47,5 [44,5 – 50,4]	28,3 [20,6 – 35,4]	46,5 [34,3 – 59,7]	–

1* : Nombre de syndromes grippaux auquel est appliqué le taux de positivité A(H1N1) des prélèvements effectués parmi la patientèle de ville.

2* : Nombre de syndromes grippaux excédant le nombre de cas attendus selon le modèle basé sur les données historiques (modèle de Serfling)

L'importance des échanges avec les États-Unis laissait initialement penser que les îles du Nord seraient les premiers territoires touchés par la grippe A(H1N1)2009 ; les premiers cas possibles y ont effectivement été observés mais ils n'ont pas été confirmés et l'épidémie s'est en fait manifestée plutôt tardivement à Saint-Martin et même très tardivement à Saint-Barthélemy. Aucune hypothèse n'est actuellement émise sur ce décalage, en particulier à Saint-Barthélemy où les moyens de détecter les cas individuels puis de monitorer l'épidémie ont été mis en place au même moment et dans les mêmes conditions que dans les autres territoires.

Les autres pays de la Caraïbe ont également été confrontés à des épidémies [5]. Les 21 pays membres du *Caribbean Epidemiology Centre* considèrent que la Caraïbe a été touchée par une première vague épidémique liée au virus A(H1N1)2009 en juin-juillet 2009 et qu'une seconde vague est intervenue de septembre à décembre 2009, avec une circulation du virus entre les deux vagues à un niveau moins intense [5]. Une discrète recrudescence des syndromes grippaux a effectivement été observée fin juin-début juillet 2009 en Guadeloupe et en Guyane ; elle n'a pas été observée en Martinique. Ces recrudescences n'ont pas été attribuées au virus A(H1N1)2009, qui n'a pas été iden-

tifié au cours de cette période, alors qu'une circulation du virus grippal saisonnier A(H3N2) était mise en évidence à la mi-juin en Guadeloupe.

Quoi qu'il en soit, tout comme cela a été observé dans les territoires français du Pacifique [6] et à La Réunion [7], la proportion de la population susceptible au virus A(H1N1)2009 reste importante dans les territoires français ultramarins des Amériques. Une nouvelle vague est donc possible, d'autant que la proportion de la population ayant été vaccinée au cours des campagnes organisées est restée faible (en Martinique 2 % et en Guyane 11 %, par exemple). Les outils mis en place en 2009 tant au niveau de la surveillance (médecins sentinelles, circuit des prélèvements pour analyse virologique, analyses des autres virus à tropisme respiratoire) qu'au niveau des méthodes d'estimation du nombre de cas devraient permettre de bien monitorer une future épidémie pour une meilleure gestion sur le plan sanitaire.

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des médecins sentinelles des réseaux et les cellules de veille sanitaire des Agences régionales de santé (ARS) qui animent au quotidien ces réseaux ; les laboratoires de virologie du CNR-Institut Pasteur de Cayenne et du CHU de Fort-de-France ; les Samu centre 15 et les services du Contrôle sanitaire aux frontières des ARS.

Références

- [1] Quénel P, Césaire R, Cabié A, Ledrans M. Le dispositif d'alerte et de contrôle dans les DFA. BVS Antilles Guyane 2009;(4):9-10. Disponible à : www.invs.sante.fr/publications/bvs/antilles_guyane/2009/bvs_ag_2009_04.pdf
- [2] Vaux S, Pelat C, Cohen JM, Le Strat Y, Mosnier A, Turbelin C, Bonmarin I, et al. Estimations de l'incidence des consultations liées à la grippe A(H1N1)2009 en médecine de ville en France métropolitaine : méthodes, avantages et limites. BEHWeb 2009 (3). Disponible en ligne : <http://www.invs.sante.fr/behweb/2009/03/r-6.htm>
- [3] NIST/SEMATECH e-Handbook of Statistical Methods. Disponible à : <http://www.itl.nist.gov/div898/handbook/pmc/section3/pmc322.htm>
- [4] Ledrans M, Rosine J, Cassadou S, Bateau A, Barrau M, Renner J, et al. Premier bilan de la vague pandémique A(H1N1)2009 dans les DFA. BVS Antilles Guyane 2009;(12):11-3. Disponible à : http://www.invs.sante.fr/publications/bvs/antilles_guyane/2009/bvs_ag_2009_12.pdf
- [5] Caribbean Epidemiology Centre. Report on Influenza and Respiratory Illness in CAREC member Countries January 4, 2009 – January 6, 2010 – CSR-FLU, 2(1):1-6. Disponible à : <http://www.carec.org/>
- [6] Groupe de travail en épidémiologie dans les territoires français ultramarins du Pacifique. La grippe A(H1N1)2009 dans les territoires français du Pacifique : bilan de la vague épidémique pendant l'hiver austral. BEHWeb 2009 (3). Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/behweb/2009/03/r-2.htm>
- [7] Cire Réunion-Mayotte. Épidémie de grippe à nouveau virus A(H1N1)2009 à la Réunion. BVS Réunion Mayotte 2010;(3):2-6. Disponible à : http://www.invs.sante.fr/publications/bvs/reunion_mayotte/2010/bvs_rm_03_2010.pdf