

N° 4 / 17 décembre 2009

Épidémie de grippe A(H1N1)2009 dans l'hémisphère Sud : les premières leçons de la gestion de la crise

Influenza A(H1N1)2009 epidemics in the Southern Hemisphere: the first lessons of crisis management

Date de soumission : 10/12/2009 Date of submission: 12/10/2009

Comité scientifique du séminaire :

- Xavier N de Lamballerie (Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille)
- Zinna Bessa et Daniel Camus, (Direction générale de la santé)
- Bernadette Murgue (Institut de microbiologie et maladies infectieuses - IMMI)
- Philippe Barboza, Thierry Cardoso, Jean-Claude Desenclos, Laurent Filleul, Marc Gastellu-Etchegorry (Institut de veille sanitaire)

Au 19 novembre 2009, alors que l'épidémie de grippe A(H1N1)2009 commençait en France métropolitaine, les territoires ultramarins, à l'exception de Mayotte, étaient tous sortis de la première vague. Les acteurs impliqués dans la surveillance, la prise en charge, la gestion, la prévention, la communication et la recherche dans les territoires français de l'hémisphère Sud (La Réunion, Mayotte, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française et Wallis et Futuna), ainsi qu'en Nouvelle-Zélande et Australie, ont participé à un séminaire d'échanges d'expériences avec leurs homologues en métropole (voir Encadré p. 4).

Ce séminaire a été organisé conjointement par l'Institut de veille sanitaire (InVS), la Direction générale de la santé et l'Institut de microbiologie et maladies infectieuses (IMMI). Il a permis d'analyser de manière approfondie la dynamique et les caractéristiques de la vague épidémique, de partager, avec leurs homologues métropolitains, l'expérience des intervenants de l'hémisphère Sud en matière de réponse, et de mettre en perspective ce partage d'expérience pour la suite de la pandémie.

La surveillance de la grippe A(H1N1)

Globalement, les systèmes de surveillance ont permis de suivre la dynamique de l'épidémie de manière satisfaisante. Ces systèmes sont très hétérogènes selon les territoires au niveau des données disponibles, de leur qualité et de la date de leur mise en place. Il faut cependant noter la performance des systèmes multi-sources pour la surveillance et la gestion de l'épidémie.

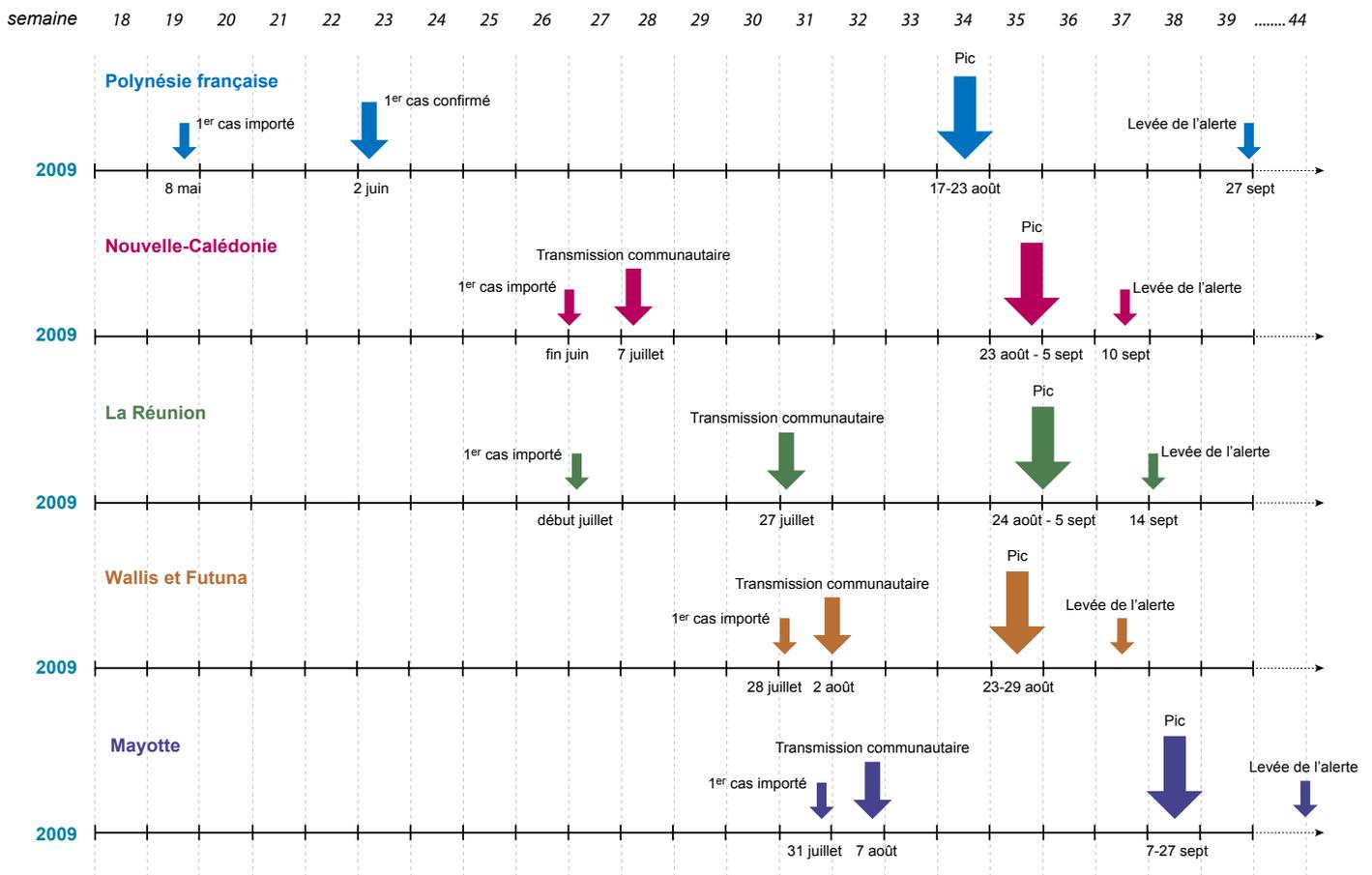
Sur l'île de Mayotte, il a été constaté un problème de documentation de décès de jeunes enfants survenus à domicile par manque de recours aux soins. Cette question est en cours d'investigation.

L'impact sanitaire

L'incidence des cas de grippe a été supérieure à celle des dernières vagues saisonnières. Le taux d'attaque estimé varie d'environ 8% à 18%. La durée de l'épidémie a été généralement courte dans chaque territoire (8-12 semaines), avec l'atteinte du pic en 4 à 5 semaines (Figure p. 2). Pendant la vague, et notamment au moment du pic, les résultats virologiques ont montré une large prédominance du virus A(H1N1)2009.

Sur l'île de Mayotte, l'épidémie a été beaucoup plus prolongée et la circulation du virus s'est poursuivie alors qu'elle avait cessé sur l'île de la Réunion. Cette particularité pourrait être liée au climat tropical de l'île, mais on connaît très mal l'épidémiologie de la grippe à Mayotte et en milieu tropical, ce qui implique d'améliorer à l'avenir la surveillance de la grippe dans ce territoire ultramarin.

Figure. Épidémie de grippe A(H1N1) dans les territoires français du Pacifique, hiver austral 2009



Les formes graves

Si la gravité de la grippe est restée globalement modérée, le nombre de syndromes de détresse respiratoire aiguë (SDRA) d'origine grippale a été très supérieur à ce qui était observé lors des épidémies saisonnières.

Les réanimateurs ont noté qu'environ 10 à 20% des patients avec formes graves ou SDRA présentaient une surinfection bactérienne (essentiellement pneumocoques et *Haemophilus*) à leur admission en réanimation, soulignant l'importance de la prévention par vaccination pour les personnes à risque.

Le profil des formes graves variait d'un territoire à l'autre. Ainsi, en Polynésie il s'agissait plutôt de pathologies sous-jacentes décompensées à l'occasion d'épisodes grippaux. En revanche, la Nouvelle-Zélande et l'Australie, dont les populations sont beaucoup plus importantes, ont eu à faire face à un afflux très supérieur aux épidémies saisonnières de SDRA d'origine grippale, et de prise en charge difficile.

L'organisation des soins

Hôpital : une déprogrammation nécessaire

Le passage du pic pour la prise en charge des cas graves à l'hôpital a pu être amorti au prix d'une déprogrammation passagère de certaines interventions prévues dans divers services, pour faire face à l'afflux de formes graves en réanimation.

Dans aucun des territoires ou pays, le système de soins n'a été réellement débordé. Cependant, chaque intervenant a fait part d'une tension importante au moment du pic, avec une surcharge importante des équipes qu'il importe de bien anticiper. Pour la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie, le système de prise en charge aurait été débordé si le pic s'était prolongé d'une semaine supplémentaire, et ce malgré les mesures de reprogrammation.

L'expérience de l'Australie et la Nouvelle-Zélande a révélé l'importance de la prise en charge précoce des SDRA, avec l'organisation d'un système de prise en charge par oxygénation extra-corporelle (ECMO) coordonné au niveau national afin de mutualiser les ressources et les compétences, développer des protocoles et planifier au mieux. Cette organisation a certainement joué un rôle important dans le niveau de létalité limité observé chez les SDRA dans ces deux pays.

Les consultations dédiées

La mise en œuvre des consultations dédiées s'est révélée très utile en début d'épidémie et a probablement contribué à réduire la transmission, en évitant les longues files d'attente et en permettant la diffusion de conseils de prévention et d'hygiène.

La prise en charge des cas

De manière globale, la disponibilité des traitements antiviraux n'a pas constitué un problème majeur. Cependant, l'absence de présentation pédiatrique de l'oseltamivir a été vécue comme une difficulté majeure. De plus, les incertitudes sur les dosages à utiliser chez les patients obèses et le peu de données sur la cinétique de l'oseltamivir ont entraîné des difficultés dans la prise en charge de certains patients.

Plusieurs territoires ont souffert d'un retard de prescription ou de prise de traitement du fait d'un manque de formation. À la Réunion, où le traitement était prescrit à tous les sujets contacts au début de l'épidémie, conformément à la recommandation nationale, puis de manière ciblée aux cas graves, il s'est avéré que plus de la moitié des cas graves n'avaient pas reçu de traitement. D'où la nécessité d'avoir un traitement et les indications sur les modalités de prise en charge thérapeutique le plus rapidement possible.

La prise en charge des SDRA

La plupart des territoires français de l'hémisphère Sud ont eu à faire face à la prise en charge des SDRA sans capacité d'oxygénation extra-corporelle. La Réunion disposait d'une capacité très limitée qui n'a pas été disponible du fait de son utilisation en cours chez d'autres patients. De ce fait, une indication d'ECMO a été posée et n'a pu être suivie chez un patient, décédé par la suite. L'appareil supplémentaire demandé est arrivé alors que l'épidémie était en cours d'extinction. Cet épisode souligne l'importance de la planification en amont.

Le diagnostic virologique : des capacités débordées

La question du diagnostic virologique a été un problème difficile et complexe à gérer dans chaque territoire et en Australie et Nouvelle-Zélande. Les laboratoires ont été débordés et leur personnel mis sous très forte pression, avec une fatigue et un épuisement apparus très tôt dans l'épidémie. La Réunion a amélioré sa capacité de diagnostic en activant un 2ème laboratoire dans le sud de l'île (Saint-Pierre).

Les capacités des laboratoires de virologie étant limitées, les identifications et les caractérisations des virus A(H1N1) sont entrées en compétition avec d'autres recherches diagnostiques. Très fréquemment, la priorité a été donnée au virus A(H1N1) avec potentiellement des retards diagnostiques (leptospirose par exemple).

Les tests rapides

Si l'utilisation des tests rapides s'est révélée très utile dans les territoires les plus démunis, en particulier à Wallis et Futuna, leur utilisation pose encore question. Leur sensibilité est limitée et le taux de faux négatifs reste élevé. De plus, ces tests rapides sont complexes à utiliser et à interpréter ; plusieurs intervenants ont insisté sur la nécessité d'une formation adéquate préalable, en mentionnant que leur usage en laboratoire serait plus fiable. Leur utilisation pourrait s'avérer utile dans un objectif d'alerte (dans certaines collectivités fermées, par exemple) et des protocoles d'utilisation devraient

alors être proposés. L'utilisation à but de diagnostic individuel est beaucoup plus controversée dans les endroits bénéficiant de laboratoires. À ce niveau, le développement de tests rapides fiables et d'utilisation plus facile constitue une priorité de recherche opérationnelle majeure pour faciliter la prise en charge et la gestion.

Les interventions de santé publique

Le plan de lutte contre la pandémie

Sur certains points, les recommandations du plan de lutte conçues pour la métropole n'étaient pas adaptées aux territoires de l'hémisphère Sud. Il a été regretté le peu de disponibilité du Ministère de la santé pour répondre aux difficultés de ces territoires. La Polynésie et la Nouvelle-Calédonie ont interagi très précocement avec la Nouvelle-Zélande et l'Australie et ont pu y trouver un soutien très utile.

La fermeture des écoles a souvent été jugée contre-productive (du fait de l'absentéisme secondaire des parents) et, le plus souvent, a été vite abandonnée sans que cela pose de problèmes. L'intérêt de cette mesure nécessite d'être évalué de manière plus approfondie.

La stratégie vaccinale

La question de la stratégie vaccinale future dans les territoires français a été posée lors du séminaire et mérite une analyse rapide au niveau des instances d'expertise nationale. Doit-on appliquer la stratégie de la métropole ou appliquer les stratégies de l'hémisphère Sud ? Il faut en particulier prendre en compte le fait qu'une première vague a eu lieu. Ne faudrait-il pas alors décaler la campagne de vaccination pour qu'elle ait lieu avant le prochain hiver austral ?

Information et communication

La relation entre les autorités sanitaires et les médecins libéraux a été jugée complexe, voire difficile. Les difficultés ont principalement concerné la relation avec les représentants des médecins libéraux. En effet, l'expérience sur le terrain a été beaucoup plus positive ; en particulier, les réunions d'information vers les médecins libéraux organisées le soir et décentralisées ont eu un succès très encourageant. En revanche, les réunions organisées par les autorités de l'État aux heures ouvrables ont été un échec et vécues comme un refus d'ouverture par les médecins.

Deux points importants ressortent concernant la communication au public :

- d'une part, la nécessité de communiquer non pas à « la » population, mais à « des » populations. L'expérience a montré qu'il est très important de s'appuyer sur les relais multiples qui existent dans la / les communautés (autorités religieuses, écoles, etc.) ;
- d'autre part, la nécessité d'adapter en permanence la communication (aux différents contextes, aux différents moments de l'épidémie, aux connaissances, etc.).

La communication auprès des entreprises a été tardive et mal acceptée dans les territoires français du Pacifique. Enfin, il est important que la communication prenne en compte les incertitudes pour que les « certitudes d'un moment » ne soient pas prises en défaut ultérieurement.

Les perspectives de recherche

Pour tous les intervenants des territoires de l'hémisphère Sud, la recherche appliquée est indispensable. Plusieurs questions de recherche prioritaires ont été soulevées :

- l'évaluation de l'importance de l'épidémie en prenant en compte les cas qui n'ont pas consulté et les formes asymptomatiques par des études de séroprévalence. Ce point est important pour la stratégie vaccinale future ;
- le développement de tests rapides suffisamment performants et faciles d'utilisation ;
- la compréhension de la dynamique de la grippe à Mayotte, en comparaison avec la Réunion ;
- la recherche en science sociales, notamment en ce qui concerne la communication sur l'intérêt collectif de la vaccination ;

- la recherche en « organisation des soins » face à une épidémie ou une pandémie et l'organisation d'une campagne de vaccination de grande échelle.

Conclusion

Pour l'ensemble des intervenants, cette épidémie a permis d'évaluer les plans et les mesures prévues, ainsi que les capacités locales de réponses. Elle a conduit à une forte mobilisation, collaboration, réactivité et participation de l'ensemble des partenaires. La bonne coopération dans le Pacifique est à souligner, ainsi que l'excellente réactivité de la population. Il en ressort que dans ces contextes, la préparation et la participation de l'ensemble des personnels de santé est primordiale. L'extrême fatigue de l'ensemble des acteurs ayant participé à la lutte contre l'épidémie à la fin de l'épidémie doit servir de leçon, dans la perspective de la préparation à une épidémie d'une durée ou d'une intensité supérieure.

SÉMINAIRE Échange d'expériences sur la pandémie de grippe A (H1N1) 2009 dans l'hémisphère Sud

Jeudi 19 novembre 2009. Organisé par la Direction générale de la santé, l'Institut de microbiologie et maladies infectieuses et l'Institut de veille sanitaire, avec le concours de la Délégation interministérielle à la lutte contre la grippe aviaire. Maison de la Recherche, Paris, France.

> Télécharger le programme du séminaire : http://www.invs.sante.fr/behweb/2009/04/pdf/retex_grippe_a_programme.pdf

Intervenants :

Polynésie française : E. Bonnieux (Centre hospitalier de Polynésie française), B. Cojan (Ministère de la santé), D. Musso (Ministère de la santé), X. Malatre (Direction de la santé)

Nouvelle-Calédonie : H. Lecoq Saint-Gilles (Centre hospitalier territorial, Hôpital Gaston Bourret), J.P. Grangeon (Direction des affaires sanitaires et sociales), A.C. Gourinat (Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie)

La Réunion : P. Gérardin (CHR-Saint-Pierre), D. Vandroux (CHR-Saint-Denis), P. Renault (Cellule de l'InVS en région), M.C. Jaffar-Bandjee (CHR-Saint-Denis), Frederick Staikowsky (CHR-Saint-Pierre), K. Dellagi (Centre de recherche et de veille sur les maladies émergentes dans l'Océan Indien – CRVOI)

Mayotte : G. Javaudin (Centre hospitalier de Mayotte)

Australie : A.P. Forrest (Royal Prince Alfred Hospital, Sydney)

Nouvelle-Zélande : A. Nesdale (Regional Public Health, Wellington)

France métropolitaine : P. Barboza (InVS), D. Camus (DGS), J.F. Delfraissy (ANRS), P. Brasseur (DGS), D. Floret (CHU Lyon), M. Gastellu-Etchegorry (InVS), E. Grimprel (Hôpital Trousseau), D. Houssin (DGS), D. Lévy-Bruhl (InVS), A. Mosnier (Grog), B. Murgue (IMMI), I. Quatresous (CH Elbeuf), B. Régnier (Hôpital Bichat), D. Torny (Inra), F. Weber (InVS), J. Yadak (Inpes), Y. Yazdanpanah (CHU Tourcoing)

REMERCIEMENTS

À Hélène Therre (Cellule de valorisation éditoriale, CeVE, InVS) pour sa contribution à la coordination et à la rédaction de cet article.

Comment citer cet article

Épidémie de grippe A(H1N1)2009 dans l'hémisphère Sud : les premières leçons de la gestion de la crise. BEHWeb 2009 (4).
Disponible en ligne : <http://www.invs.sante.fr/behweb/2009/04/index.htm>

Éditeur Institut de veille sanitaire (InVS)

12, rue du Val d'Osne - F-94415 Saint-Maurice Cedex - www.invs.sante.fr

Directrice de la publication Françoise Weber, Directrice générale de l'InVS

Comité de rédaction Jean-Claude Desenclos (InVS),

Éric Jouglu (CépiDc - Inserm), Hélène Therre (InVS)

Rédaction - Contacts Judith Benrekassa, Valérie Henry, Farida Mihoub
redactionbeh@invs.sante.fr

Informations générales www.invs.sante.fr/behweb/index.html

Création graphique Françoise Parraud, Élisabeth Coutrot

Réalisation Oliance