

## La grippe A(H1N1) 2009 en Midi-Pyrénées



---

**Page 2** | Article 1 | **Surveillance de la grippe A(H1N1)2009 : chronologie, objectifs et résultats**

---

**Page 11** | Article 2 | **Surveillance virologique**

---

**Page 14** | Article 3 | **Mise en place et gestion de la vaccination collective**

---

**Page 17** | Article 4 | **Bilan régional de l'impact sanitaire de la pandémie**

---

### | Editorial |

**Dr Valérie Schwoebel**, Responsable de la Cellule de l'InVS en Région Midi-Pyrénées

Plus d'un an après l'alerte pour un nouveau virus grippal au Mexique signalée fin avril 2009, il nous a paru pertinent de revenir sur la vague épidémique de grippe A(H1N1)2009 qui a tant mobilisé les professionnels de la santé et de la veille sanitaire pendant de nombreuses semaines. Nous l'aborderons dans ce BVS sous l'angle de l'épidémiologiste, puisque le rôle de notre cellule, en tant qu'antenne régionale de l'InVS, a été de rassembler, analyser et retransmettre au niveau régional toutes les informations disponibles sur la progression de l'épidémie, ses caractéristiques et sa gravité.

Ce bilan régional représente une pièce du bilan national de l'épidémie, dont l'InVS publie les premiers éléments dans un numéro récent du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire<sup>1</sup>. Les principales caractéristiques de la vague pandémique nationale y sont exposées : une ampleur moyenne sensiblement équivalente à celle d'une épidémie de grippe saisonnière, une grande bénignité des symptômes pour la plupart des personnes touchées, mais une gravité particulière pour certaines, avec comme conséquence des taux d'hospitalisation en réanimation assez élevés et un impact non négligeable en termes d'années de vie perdues puisque les décès directement liés au virus A(H1N1)2009, bien que peu nombreux, sont survenus chez des personnes jeunes, et sans facteur de risque pour 20% d'entre eux.

Notre bilan en Midi-Pyrénées est cohérent avec ce premier bilan national. La dynamique de l'épidémie a pu être suivie de près grâce à nos partenaires régionaux dont les données ont enrichi notablement les données de base disponibles au niveau national. Les analyses épidémiologiques présentées dans ce BVS illustrent cette richesse de données et l'intérêt de leur confrontation en région.

Au-delà de nos partenariats bien établis depuis parfois plusieurs années, nous avons été en lien avec tous les acteurs de santé impliqués dans la gestion de l'épidémie à différents niveaux : soin, prise en charge hospitalière, prévention dans les collectivités, vaccination, information... Parce que la surveillance ne peut se faire sans ce lien et cette collaboration avec les acteurs, nous avons également souhaité donner la parole dans ce BVS à plusieurs de ces partenaires. Nous leur avons laissé toute liberté d'exprimer leur point de vue. Leurs propos et leurs opinions, qu'ils soient critiques ou positifs, leur appartiennent et n'engagent aucune prise de position de la part de notre équipe de rédaction : nous les avons retranscrits, autant que faire se peut, sans déformation. Il ne s'agit pas de réaliser un retour d'expérience, qui dépasserait largement l'objectif d'un tel bulletin, mais de proposer des regards croisés pour illustrer cette épidémie exceptionnelle.

Au final, plusieurs points forts ressortent de la plupart de ces entretiens : l'intérêt du partenariat, la réactivité pour adapter les pratiques à de nouveaux modes de soins ou d'organisation, l'inventivité et la souplesse dont tous ont su faire preuve..

Les quatre articles de ce BVS abordent le suivi de l'épidémie sous différents angles :

- Le premier retrace les différentes stratégies de surveillance adoptées au fil de la progression de l'épidémie, en les illustrant par leurs résultats respectifs ;
- Le deuxième aborde la surveillance virologique et démontre bien à quel point celle-ci constitue l'élément clef du suivi d'une telle épidémie ;

---

<sup>1</sup> Épidémie de grippe A(H1N1)2009 : premiers éléments de bilan en France, BEH N°24-25-26, Numéro thématique, 29 juin 2010

- Le troisième aborde le sujet de la vaccination que nous ne pouvions passer sous silence à plusieurs titres : parce que les informations épidémiologiques contribuaient à la décision de chacun d'aller ou non se faire vacciner, parce que la vaccination contribuait à l'épidémiologie de la maladie, mais aussi parce que la plupart de nos partenaires du service public étaient impactés par l'organisation de cette campagne ;
- Le quatrième et dernier article présente le bilan régional de l'impact sanitaire de l'épidémie à partir des estimations du nombre de cas de grippe dans la communauté et du suivi des cas graves. Les résultats de ce bilan, cohérents avec les observations nationales, apparaissent inférieurs aux prévisions régionales que nous avons élaborées à l'automne 2009, ces dernières étant basées sur les fourchettes moyennes et hautes des paramètres disponibles à l'époque pour répondre à l'objectif d'aider au dimensionnement de l'offre de soins hospitalière (places de réanimation). Malgré les difficultés d'un tel exercice, il nous apparaît maintenant essentiel de pouvoir élaborer de telles prévisions le plus en amont possible d'une nouvelle épidémie, et avec les scénarios les plus divers possibles, afin d'aider toutes les parties prenantes, aussi bien autorités sanitaires que professionnels de santé et grand public, à réfléchir en situation d'incertitude.

Jusqu'ici, notre BVS a consacré ses deux premiers numéros à l'analyse des maladies à déclaration obligatoire. Avec ce numéro spécial grippe, nous souhaitons inaugurer une parution plus fréquente de ce BVS sur des thèmes plus diversifiés, permettant de transmettre aux acteurs de santé publique des analyses épidémiologiques dans une perspective régionale.

## | Article 1 | Surveillance de la grippe A(H1N1)2009 : chronologie, objectifs et résultats

Fanny Le Querrec, épidémiologiste à la Cire Midi-Pyrénées

Le 22 avril 2009, une alerte internationale a été lancée par l'OMS pour des cas d'infection humaine par un nouveau virus grippal influenza A(H1N1)2009 observés initialement au Mexique puis aux États-Unis. L'extension géographique des cas infectés s'est ensuite faite dans toute l'Amérique du Nord et a rapidement gagné l'Océanie, l'Asie et l'Europe.

L'immunité très faible des populations vis-à-vis de ce nouveau virus est à l'origine de sa circulation accrue. Les connaissances acquises lors des trois pandémies du siècle dernier indiquaient que les taux d'attaque étaient environ trois fois supérieurs à ceux observés lors des grippes saisonnières. Cette pandémie grippale A(H1N1)2009 a ainsi représenté une situation inhabituelle qui a nécessité la mise en œuvre d'une organisation spécifique, assimilable à un dispositif de crise. Le dispositif de gestion et de surveillance français a été construit dans l'urgence, sur la base du plan gouvernemental établi pour le virus grippal aviaire H5N1. Ce plan pandémique, prévu pour répondre à une menace d'origine aviaire très virulente, a été activé pour la première fois pour le virus A(H1N1)2009.

A partir de l'apparition des premiers cas de grippe A(H1N1)2009, un dispositif de surveillance spécifique à la grippe A(H1N1)2009 a été mis en place par l'Institut de Veille Sanitaire. Cette surveillance a dû s'adapter et évoluer au cours des différentes phases de l'épidémie. Cet article en présente les grandes étapes avec leurs méthodes et leurs principaux résultats en région Midi-Pyrénées.

### 1. PHASE DE CONTINGEMENT : EVITER LA TRANSMISSION

#### La surveillance des cas individuels importés

Dès le lancement de l'alerte nationale le 24 avril 2009, une surveillance individuelle des cas de grippe A(H1N1)2009 a été mise en place. L'objectif de cette surveillance était de suivre la progression de l'épidémie au niveau national et régional, avec comme finalité de freiner l'introduction du nouveau virus sur le territoire français et d'éviter l'apparition de cas secondaires autour des cas importés.

Chaque personne présentant les symptômes de la grippe et revenant d'une zone à risque devait contacter rapidement le SAMU. Le SAMU avec l'aide de l'InVS puis de la Cire Midi-Pyrénées classait chacun de ces cas suspects en cas possible, probable ou cas exclu selon une définition de cas. La définition de cas, qui a évolué au cours du temps, était basée sur les signes cliniques et sur la notion de voyage dans une zone où le virus de la grippe A(H1N1)2009 circulait (= cas possible) ou sur la notion de contact étroit avec un cas probable ou confirmé (= cas probable épidémiologiquement). Tout cas classé possible ou probable épidémiologiquement était hospitalisé sans délai, mis sous traitement antiviral (oseltamivir) et un prélèvement rhinopharyngé était réalisé pour permettre une confirmation virologique. Si le résultat virologique s'avérait positif pour la grippe A, le cas était considéré comme probable virologiquement et une recherche active des personnes en contact étroit de ce cas était alors réalisée et chaque contact étroit identifié était mis sous traitement antiviral prophylactique et suivi quotidiennement pendant sept jours. Des analyses virologiques permettaient ensuite de classer le cas définitivement en cas exclu ou cas confirmé et ainsi de lever ou poursuivre ces mesures.

Cette surveillance individuelle a duré jusqu'au 6 juillet 2009. A cette date, la surveillance des cas individuels a été arrêtée en raison du grand nombre de pays touchés et de l'apparition de cas autochtones témoins de l'implantation du virus en France. Cette surveillance s'est appuyée sur les principaux acteurs : SAMU (cf [interview du Dr Ducassé](#)), Ddass (cf [interview des Drs Sautegau et Navel](#)) et Cire en relation avec le laboratoire de virologie, les services hospitaliers et les médecins traitants des patients.



Interview du Dr Ducassé

Directeur du Samu 31

**Quelle organisation le Samu 31 a-t-il mis en place pour répondre aux appels et prendre en charge les cas suspects dans la phase initiale de l'épidémie ?**

Deux points ont présidé à cette mise en place :

Quand on essaie d'animer une équipe de Samu, la première problématique rencontrée c'est que l'ensemble des acteurs ait le même niveau d'information et ce n'est pas toujours facile !

Nous avons considéré que le métier de la réception et de la régulation des appels n'avait pas à être modifié tant qu'il n'y avait pas un pic épidémique trop important. En revanche, nous avons essayé de répondre au mieux aux sollicitations nationales (InVS) et régionales (Drass, Cire) concernant la classification des cas.

**Quelles difficultés avez-vous rencontrées au Samu 31 autour de la régulation des appels et des sollicitations pour réaliser des prélèvements à domicile ?**

Au début de l'épidémie, ce que nous avons vécu avec difficulté, c'est un sentiment de flottement : les procédures de travail n'étaient pas forcément stabilisées entre les différents acteurs. Mais cela n'a pas posé de problème majeur pour la suite !

Là où cela a commencé à être problématique pour nous, c'est quand l'activité a commencé à augmenter, par exemple, au moment du cluster de cas dans le collège de Quint-Fonsegrives. Il faut comprendre qu'au niveau du SAMU 31, avec la médiatisation à outrance, nous avons été submergé d'appels ; lors de cet épisode, nous traitons entre 160 et 200 dossiers de plus par jour et là cela devenait très problématique car dans la masse de ces appels il était important de faire le tri des vrais urgences et ne pas par exemple passer à côté d'un cas de méningite.