

DESCRIPTION DES ÉPIDÉMIES DE GRIPPE DANS LES TERRITOIRES FRANÇAIS D'OUTRE-MER ENTRE JANVIER 2012 ET JUILLET 2022

// DESCRIPTION OF INFLUENZA OUTBREAKS IN THE FRENCH OVERSEAS TERRITORIES BETWEEN JANUARY 2012 AND JULY 2022

Marie Barrau¹ (marie.barrau@santepubliquefrance.fr), Jamel Daoudi², Élise Daudens-Vaysse³, Gwladys Gbaguidi³, Éline Hassan³, Annabelle Lapostolle⁴, Damien Pognon⁵, Laurent Filleul⁵, Sibylle Bernard-Stoecklin⁶

¹ Santé publique France – Guyane, Cayenne

² Santé publique France – La Réunion, Saint-Denis

³ Santé publique France – Antilles, Fort-de-France et Groubyre

⁴ Santé publique France – Mayotte, Mamoudzou

⁵ Santé publique France, Bordeaux

⁶ Santé publique France, Saint-Maurice

* Ces auteurs ont contribué à parts égales à l'article.

Soumis le 23.04.2026 // Date of submission: 04.23.2026

Résumé // Abstract

Introduction – Les virus de la grippe saisonnière sont à l'origine d'épidémies d'ampleur et de sévérité variables chaque année, représentant un enjeu majeur de santé publique.

Méthodes – Les indicateurs de surveillance épidémiologique de la grippe ont été analysés pour La Réunion, Mayotte, la Guyane, la Martinique, la Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, entre janvier 2012 et juillet 2022. Ils sont produits grâce à un réseau de partenaires régionaux, en médecine de ville et à l'hôpital. La dynamique des épidémies (temporalité et durée) et la nature des virus grippaux dominants ont été comparées entre chaque territoire.

Résultats – En moyenne, les épidémies de grippe ont duré 17 semaines par saison en Guyane et à Mayotte, 13 semaines en Guadeloupe, en Martinique et à La Réunion et 11 semaines à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy. La saisonnalité de la grippe était similaire à Mayotte, en Guyane et dans les Antilles. En revanche, la grippe a présenté une saisonnalité très différente à La Réunion. Au cours d'une même année, les virus grippaux dominants variaient d'un territoire à l'autre.

Conclusion – L'épidémiologie de la grippe reste complexe dans ces territoires qui sont tous situés dans la zone intertropicale, donc dépendants de la circulation virale dans leur propre hémisphère. Cela met en exergue l'importance d'avoir des dispositifs de surveillance performants pour détecter précocement les épidémies et en caractériser l'impact, ainsi que de développer des échanges avec les pays limitrophes.

Introduction – Seasonal influenza causes epidemics of varying scale and severity each year, representing a major public health challenge.

Methods – Influenza surveillance indicators were analysed for Reunion, Mayotte, French Guiana, Martinique, Guadeloupe, Saint Martin, and Saint Barthelemy from January 2012 to July 2022. They come from a network of regional partners, including general practitioners and hospitals. The dynamics of the outbreaks (timing and duration) and the nature of the predominant influenza viruses were compared across each region.

Results – On average, influenza epidemics lasted 17 weeks per season in French Guiana and Mayotte, 13 weeks in Guadeloupe, Martinique, and Reunion, and 11 weeks in Saint Martin and Saint Barthelemy. The seasonality of influenza was found to be similar in Mayotte, French Guiana, and the Antilles. By contrast, the flu showed a very different seasonal pattern in Reunion. Furthermore, the dominant influenza viruses varied from one territory to another within the same year.

Conclusion – The epidemiology of influenza remains complex in these territories, all located in the inter-tropical zone, and thus dependent on viral circulation in their respective hemispheres. This highlights the importance of having effective surveillance systems to detect epidemics early, characterise their impact, and develop exchanges with neighboring countries.

Mots-clés : Grippe, Territoires français ultramarins, Épidémies, Virus

// **Keywords**: Influenza, French overseas territories, Epidemics, Virus

Introduction

La grippe saisonnière est une infection virale aiguë provoquée par des virus influenza de types A (A(H1N1)_{pdm09} et A(H3N2)) et B (B/Victoria et B/Yamagata), affectant principalement les voies respiratoires. D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle est responsable d'environ un milliard de cas chaque année, dont trois à cinq millions de cas graves et de 290 000 à 650 000 décès¹.

La surveillance épidémiologique est coordonnée par Santé publique France et s'appuie sur un réseau de partenaires nationaux et régionaux². Elle a pour objectifs la détection du début de l'épidémie et sa description (temporo-spatiale, gravité et identification des populations à risque, impact sur la communauté et les structures de soins), l'identification et le suivi des souches circulant et l'élaboration et l'adaptation de stratégies de prévention, telles que la vaccination auprès des populations les plus vulnérables³.

Cet article décrit les épidémies de grippe survenues dans sept territoires français ultramarins (départements et régions d'outre-mer – DROM – et collectivités d'outre-mer – COM), dont cinq dans les Amériques (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Saint-Barthélemy et Saint-Martin) et deux dans l'océan Indien (Mayotte, La Réunion) entre janvier 2012 et juillet 2022.

Méthodes

Organisation de la surveillance épidémiologique de la grippe dans les territoires ultramarins

La surveillance épidémiologique de la grippe dans les territoires ultramarins s'appuie sur un réseau de

plusieurs partenaires, qui peut différer légèrement d'un territoire à l'autre (tableau 1).

Surveillance en médecine de ville

En médecine de ville, la surveillance de la grippe s'effectue grâce aux réseaux de médecins sentinelles libéraux (RMS) présents dans les DROM-COM, les praticiens (majoritairement généralistes et quelques pédiatres de ville à La Réunion) étant sélectionnés afin de couvrir au mieux l'ensemble des territoires. En Guyane, tous les centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) situés dans les communes dépourvues de médecins généralistes y contribuent, ainsi que la Garde médicale de Cayenne (GMC), association qui gère la permanence des soins nocturnes et du week-end assurée par des médecins libéraux pour l'île de Cayenne. À Mayotte, sont inclus également des médecins associatifs, civils et militaires, ainsi que des médecins hospitaliers qui travaillent dans des centres de référence dépendant du centre hospitalier de Mayotte et offrent des soins de proximité sur l'ensemble de l'île. Les différents partenaires en médecine de ville rapportent hebdomadairement le nombre de consultations pour syndromes grippaux, définis pour une personne présentant une fièvre élevée (≥ 39 °C aux Antilles et en Guyane, et ≥ 38 °C à La Réunion et Mayotte) d'apparition soudaine, avec myalgies et signes respiratoires. En Martinique, SOS Médecins participe aussi à cette surveillance en appliquant des critères similaires à ceux du RMS (température seuil de 38,5 °C). Ces réseaux existent depuis 1983 en Guadeloupe, 1986 en Martinique, 1995 en Guyane, 2005 à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy, 2009 à Mayotte et 2010 à La Réunion.

Tableau 1

Description des systèmes de surveillance de la grippe par territoire ultramarin, de 2012 à 2022

	La Réunion	Mayotte	Guyane	Martinique	Guadeloupe	Saint-Martin	Saint-Barthélemy
Surveillance en médecine de ville							
Réseau de médecins sentinelles libéraux	x	x	x	x	x	x	x
SOS Médecins				x			
Dispensaires (CDPS)			x				
Garde médicale			x				
Surveillance en milieu hospitalier							
Urgences participant au réseau Oscour®	x	x	x		x	x	x
Urgences pédiatriques (hors réseau Oscour®)				x			
Services de réanimation adultes et pédiatriques	x	x	x	x	x		
Surveillance virologique							
Réseau de médecins sentinelles	x		x	x	x	x	x
Laboratoires hospitaliers	x	x	x	x	x		
Centre national de référence des infections respiratoires, dont la grippe	x	x	x	x	x		
Surveillance en ESMS							
				x	x		

CDPS : centre départemental de prévention santé ; ESMS : établissement ou service social ou médico-social.

Les indicateurs de surveillance issus des données sont :

- le nombre extrapolé de cas cliniquement évocateurs de grippe pour la Guadeloupe, la Martinique, Saint-Martin, la Guyane et La Réunion, calculé en prenant en compte l'activité des médecins sentinelles libéraux par rapport à l'activité de l'ensemble des médecins généralistes et pédiatres du territoire ;
- le nombre de consultations pour syndrome grippal vu par les médecins généralistes pour Saint-Barthélemy, par SOS Médecins en Martinique et par les CDPS et la GMC en Guyane ;
- la part des consultations pour syndromes grippaux sur l'ensemble des consultations vues pour le RMS de Mayotte.

Surveillance en milieu hospitalier

La surveillance de la grippe et des syndromes grippaux en milieu hospitalier ultramarin repose sur le système de surveillance syndromique aux urgences Oscour^{®4}. Les services d'urgences médicales transmettent quotidiennement leurs données d'activité à Santé publique France. Les indicateurs reposent sur les diagnostics principaux et associés des résumés de passage aux urgences des services participants et sont :

- la part des passages aux urgences pour syndrome grippal calculé en prenant le nombre de diagnostics codés pour grippe ou syndrome grippal sur l'ensemble des passages aux urgences pour l'ensemble des territoires ultramarins (hors Martinique qui n'était pas connectée à Oscour[®] au cours de la période) ;
- le nombre de consultations pour syndrome grippal chez les moins de 15 ans passant aux urgences de la Maison de la femme, de la mère et de l'enfant pour la Martinique.

Surveillance virologique

La surveillance virologique est basée sur les prélèvements réalisés en milieu hospitalier et par les médecins du RMS (sauf à Mayotte où elle est réalisée par les centres médicaux de référence, les dispensaires et quelques généralistes). Le nombre de prélèvements positifs pour un virus grippal et le taux de positivité sont analysés de façon hebdomadaire, ainsi que la part relative de chaque type (A *versus* B) et sous-type (H1N1 vs H3N2), lorsque l'information est disponible. Le virus grippal est défini comme dominant s'il est détecté dans plus de 60% des cas et la co-dominance est définie si deux virus sont identifiés avec une proportion relative entre 40% et 60% des prélèvements.

En médecine de ville, les praticiens prélèvent des échantillons nasopharyngés chez deux patients par semaine qui présentent un syndrome grippal typique évoluant récemment (moins de 48 heures

en Guyane, Martinique et Guadeloupe, moins de trois jours à La Réunion et à Mayotte). Leurs prélèvements sont analysés par le laboratoire du centre hospitalier universitaire Nord pour La Réunion, le centre hospitalier de Mayotte et par le Centre national de référence (CNR) des virus des infections respiratoires (dont la grippe et le SARS-CoV-2) associé pour la zone Antilles-Guyane, situé à l'Institut Pasteur de Guyane. En milieu hospitalier, les laboratoires utilisent une RT-PCR multiplex pour détecter et caractériser différents virus respiratoires, dont la grippe, chez les patients admis aux urgences ou hospitalisés.

Les résultats obtenus sont transmis chaque semaine aux cellules régionales de Santé publique France.

Définition des périodes épidémiques

La définition des périodes épidémiques de grippe repose sur l'expertise des épidémiologistes de Santé publique France dans les territoires ultramarins, après analyse des différents indicateurs de surveillance disponibles pour chaque région (tableau 1). L'entrée en épidémie est définie par une augmentation nette de l'activité grippale en ville et aux urgences, pendant deux à trois semaines consécutives, confirmée par la détection du virus de la grippe à plusieurs reprises à l'hôpital. Des seuils épidémiques, propres à chaque territoire, ont été également calculés pour le RMS sur la base des périodes épidémiques précédentes à La Réunion, en Guyane, Martinique et Guadeloupe. Pour La Réunion et Mayotte, ils sont aussi calculés à partir des données des passages aux urgences. Au vu des petits effectifs de cas cliniquement évocateurs et de passages aux urgences, ils n'ont pas pu être calculés pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Résultats

Descriptif des épidémies par territoire ultramarin

La Réunion

Entre janvier 2012 et juillet 2022, huit épidémies de grippe ont été observées à La Réunion, d'une durée moyenne de 13 semaines (minimum : 6 en 2012 ; maximum : 24 en 2016) (tableau 2, figure 1). Entre 2012 et 2015, elles sont survenues entre mi-mai et fin juillet. L'année 2016 a été atypique et longue (deux vagues, de mai à octobre). Enfin, entre 2017 et 2021, les épidémies étaient plus tardives, démarquant mi-août et se terminant en décembre. En médecine de ville, l'épidémie de 2016 a enregistré le plus de consultations pour syndrome grippal (plus de 6 000) tandis que celle de 2021 en a comptabilisé le moins (720). Concernant l'impact hospitalier, c'est au cours de celle de 2017 que la part d'activité des passages aux urgences pour grippe était la plus élevée, en semaine 39 (3,7%). A contrario, celle de 2013 a été marquée par un très faible impact à l'hôpital.

Tableau 2

Descriptif des épidémies (durée moyenne, minimale, maximale) dans chaque territoire français ultramarin, janvier 2012 à juillet 2022

	Durée moyenne d'épidémie (en semaine)	Nombre de semaines épidémiques minimales	Nombre de semaines épidémiques maximales	Saisonnalité bimodale oui/non (année(s))
La Réunion	13	6	24	oui (2016)
Mayotte	17	7	26	oui (2018)
Guyane	17	9	41	oui (2016)
Martinique	13	10	18	non
Guadeloupe	13	9	17	non
Saint-Martin	11	6	18	non
Saint-Barthélemy	11	6	17	non

Saisonnalité bimodale : dynamique épidémiologique caractérisée par deux pics d'infection distincts au cours d'une même année. Elle s'observe principalement dans les zones tropicales, subtropicales, ou lors de dynamiques de co-circulation de souches différentes.

Mayotte

À Mayotte, entre 2012 et 2022, 12 épidémies de grippe étaient survenues, d'une durée moyenne de 17 semaines (minimum : 7 pour la saison 2012-2013 ; maximum : 26 pour la saison 2017-2018) (tableau 2, figure 1). Elles se sont déroulées principalement entre décembre et mars. La saison 2017-2018 a présenté une temporalité atypique en deux vagues. En médecine de ville, les épidémies de 2016-2017 et 2019-2020 ont occasionné une part d'activité de consultations pour syndrome grippal la plus élevée avec en moyenne 8% de consultations sur la période épidémique. En milieu hospitalier, la part d'activité des passages aux urgences pour grippe était la plus élevée en semaine 2012-10 (6,4%).

Guyane

En Guyane, neuf épidémies de grippe ont sévi entre janvier 2012 et juillet 2022, d'une durée moyenne de 17 semaines (minimum : 9 en saison 2020-2021 ; maximum : 41 en saison 2016-2017) (tableau 2, figure 1). Entre 2012 et 2015, elles sont survenues entre mars et juin. La saison 2016-2017 a été atypique avec deux vagues, de mars à juin et de septembre à février. Enfin entre 2017 et 2021, les épidémies étaient plus précoces, démarrant en janvier et se terminant en mars. En médecine de ville et dans les CDPS, l'épidémie de plus forte ampleur a été celle de 2011-2012 avec près de 23 400 consultations pour syndrome grippal enregistrées, et celle de plus faible ampleur a eu lieu en 2020 (3 450 consultations). Au niveau hospitalier, la part des passages pour grippe était la plus élevée en semaine 2020-09 (2,7%).

Martinique

Au total, neuf épidémies de grippe ont été enregistrées en Martinique entre 2012 et 2022, d'une durée moyenne de 13 semaines (minimum : 10 en saisons 2019-2020 et 2021-2022 ; maximum : 18 en saisons 2015-2016 et 2017-2018) (tableau 2, figure 1). Elles ont sévi habituellement entre janvier et mars, et une épidémie plus tardive a été observée en 2021-2022,

entre mai et juillet. En médecine de ville, avec une estimation de plus de 28 000 cas de syndromes grippaux, celle de 2017-2018 a été la plus intense, tandis que celle de 2021-2022 a eu la plus faible intensité, avec près de 3 000 cas cliniquement évocateurs. Au niveau hospitalier, le nombre de passages aux urgences pédiatriques pour syndrome grippal a été le plus élevé en 2015-2016 avec 1 500 passages et le moins élevé en 2019-2020 avec environ une trentaine de passages chez les moins de 15 ans.

Guadeloupe

Entre 2012 et 2022, 10 épidémies de grippe d'une durée moyenne de 13 semaines (minimum : 9 en saison 2021-2022 ; maximum : 17 en saison 2016-2017) ont été enregistrées en Guadeloupe (tableau 2, figure 1). Elles se sont déroulées principalement entre janvier et mars, et une épidémie plus tardive a été observée en 2021-2022 entre mai et juillet.

En médecine de ville, celle de 2014-2015 a été marquée par le plus grand nombre de consultations pour syndrome grippal (près de 10 000), tandis que celle de 2021-2022 a été de plus faible intensité avec près de 3 700 consultations. Au niveau hospitalier, la part d'activité de passages pour grippe la plus élevée a été enregistrée en semaine 2019-09 (1,5%).

Saint-Martin

Entre 2012 et 2022, six épidémies de grippe ont été enregistrées à Saint-Martin, d'une durée moyenne de 11 semaines (minimum : 6 en saison 2021-2022 ; maximum : 18 en saison 2016-2017) (tableau 2, figure 1). Elles ont sévi habituellement entre janvier et mars, et celle de 2021-2022 a présenté une saisonnalité atypique avec un démarrage début juin et une fin début juillet.

L'épidémie ayant eu le plus fort impact en médecine de ville a été celle de 2015, avec près de 2 900 consultations en ville. Celle de 2018-2019 a eu le plus fort impact en milieu hospitalier avec une part d'activité de passages aux urgences la plus élevée en semaine 2019-08 (1,6%).

Figure 1

Nombre (ou part) hebdomadaire de consultations pour syndrome grippal en médecine de ville et part d'activité (ou nombre) des passages aux urgences pour grippe ou syndrome grippal, de la semaine 2012-01 à la semaine 2022-30, La Réunion, Mayotte, Guyane, Martinique, Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy

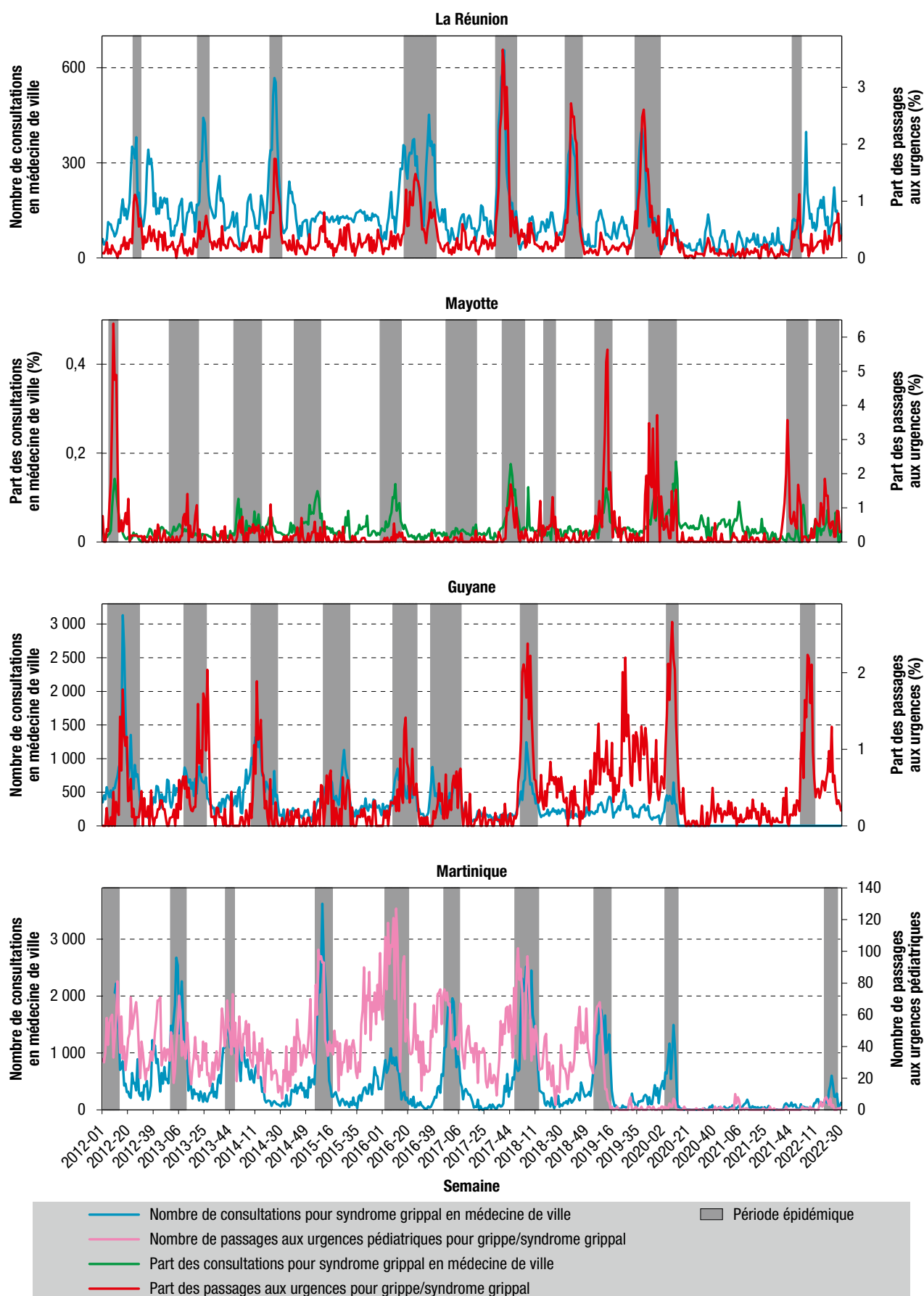
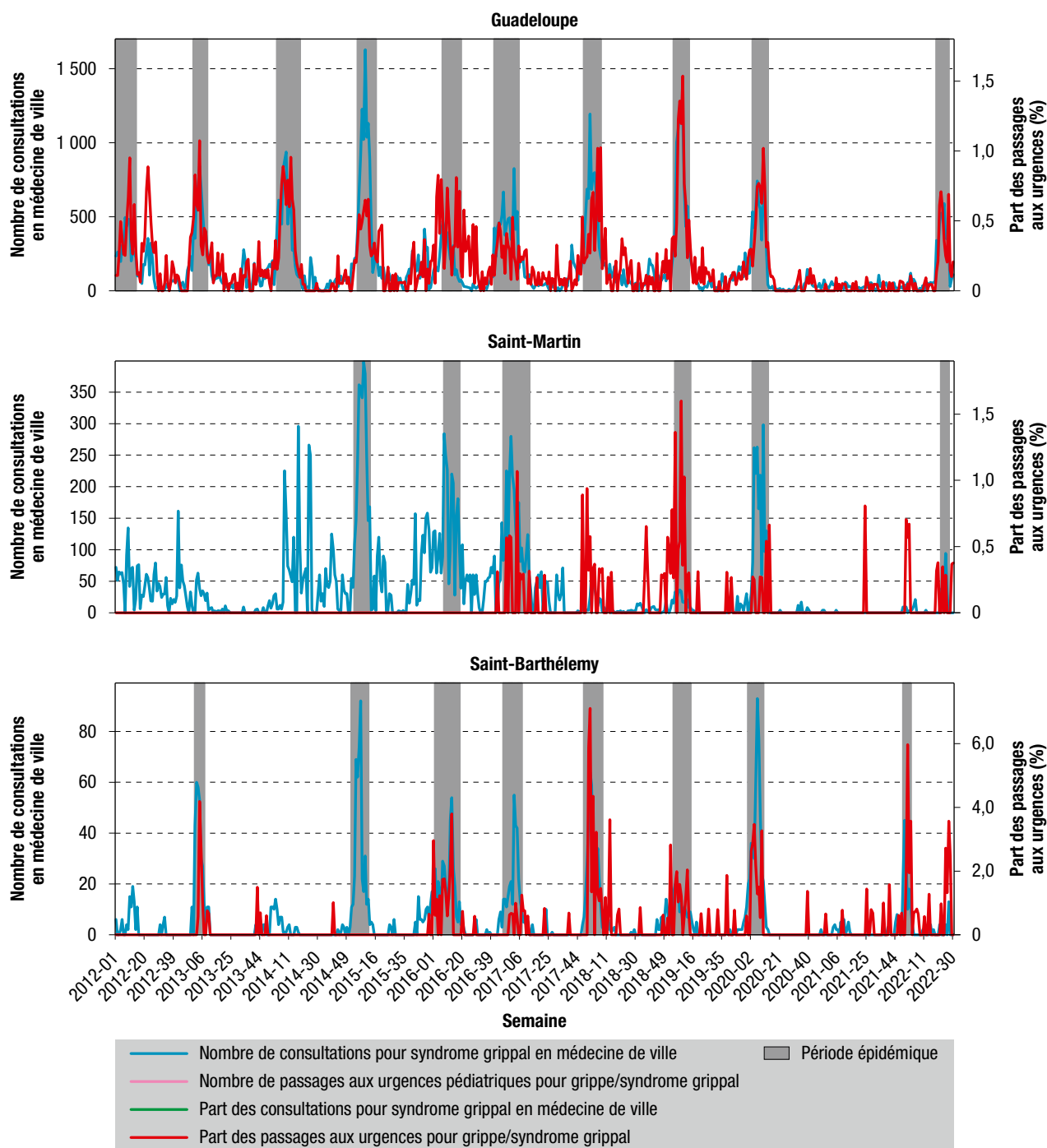


Figure 1 (suite)



Saint-Barthélemy

À Saint-Barthélemy, huit épidémies de grippe, d'une durée moyenne de 11 semaines (minimum : 6 en saison 2021-2022 ; maximum : 17 en saison 2015-2016), ont été enregistrées entre 2012 et 2022 (tableau 2, figure 1). Elles sont survenues majoritairement entre décembre et février, mais présentent des temporalités variées d'une saison à l'autre.

Le nombre de consultations enregistrées en médecine de ville au cours de la période épidémique a été le plus élevé en 2014-2015 (un peu plus de 400), et le plus faible en 2018-2019 (environ 150). La part d'activité des passages pour grippe ou syndrome grippal a été la plus élevée en semaine 2017-52 (7,1%).

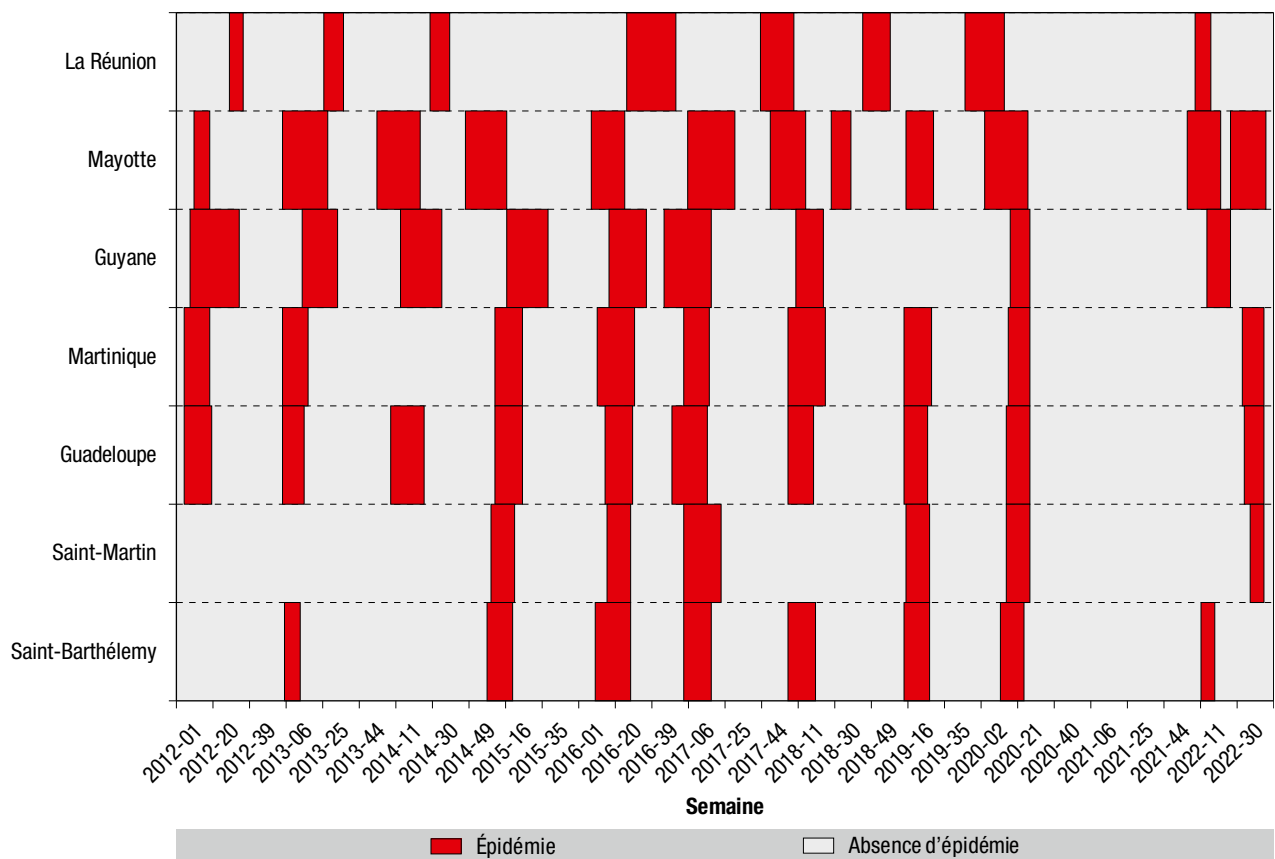
Comparaisons des dynamiques épidémiques et des virus circulants entre les territoires ultramarins

Survenue des épidémies

Plusieurs épidémies de grippe saisonnière sont survenues dans les territoires ultramarins au cours de la période d'étude (figure 2). Une saisonnalité était observée partout et était globalement similaire entre les différents territoires français d'Amérique (Martinique, Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Guyane) et à Mayotte. L'épidémie y survenait à cheval sur deux années calendaires, au cours d'une période allant généralement d'octobre-novembre à mars-avril.

Figure 2

Matrice des épidémies dans chaque territoire français ultramarin, janvier 2012 à juillet 2022



Elle était généralement plus précoce et plus longue en Guyane et à Mayotte que dans les DROM-COM des Antilles. La temporalité des épidémies grippales à La Réunion se distinguait nettement de celle des autres régions étudiées, y compris Mayotte pourtant également située dans l'hémisphère sud, parce qu'elles avaient lieu au cours de la période de l'hiver austral (entre juillet et octobre).

Circulation des virus grippaux

Au cours de la période d'étude, seules la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, Mayotte et La Réunion disposaient de données virologiques détaillant les types et sous-types viraux dominants au cours des différentes épidémies.

Les virus prédominants au cours d'une saison donnée n'ont pas systématiquement été les mêmes dans les différents territoires ultramarins (figure 3). Cette diversité, y compris dans une même zone géographique, a été particulièrement marquée au cours des épidémies 2012-2013 et 2017-2018. Ainsi, celle de 2012-2013 a été majoritairement due à des virus de type A dans les territoires des Antilles françaises et à La Réunion, tandis que le virus de type B (co-circulation B/Yamagata et B/Victoria) a prédominé en Guyane. En 2017-2018, le virus B/Yamagata a le plus circulé en Guyane, en Guadeloupe et à La Réunion, tandis que l'épidémie a été due à une co-circulation majoritaire des virus de type A(H1N1)_{pdm09} et B en Martinique et à Mayotte. Bien que La Réunion

et Mayotte soient toutes deux situées dans l'océan Indien, les virus y circulant ont été régulièrement différents. Par exemple, en 2017 les virus dominants à La Réunion étaient de type B tandis qu'à Mayotte il s'agissait d'une co-circulation des virus A(H1N1)_{pdm09} et B/Yamagata. En 2022, ils étaient quasi-exclusivement de type A(H3N2) à Mayotte, alors qu'à La Réunion il s'agissait d'une co-circulation des virus A(H1N1)_{pdm09} et A(H3N2).

La co-circulation de virus est observée dans tous les territoires, au cours d'une épidémie en Martinique (saison 2017-2018, A(H1N1)_{pdm09} et B) et Guadeloupe (saison 2014-2015, A(H3N2) et B), de deux épidémies à La Réunion, (2012, A(H3N2) et B, et 2016, A(H1N1)_{pdm09} et B). À Mayotte, les virus prédominants ont co-circulé au cours de trois épidémies (saisons 2016-2017 et 2017-2018, A(H1N1)_{pdm09} et B, saison 2018-2019, A(H3N2) et B).

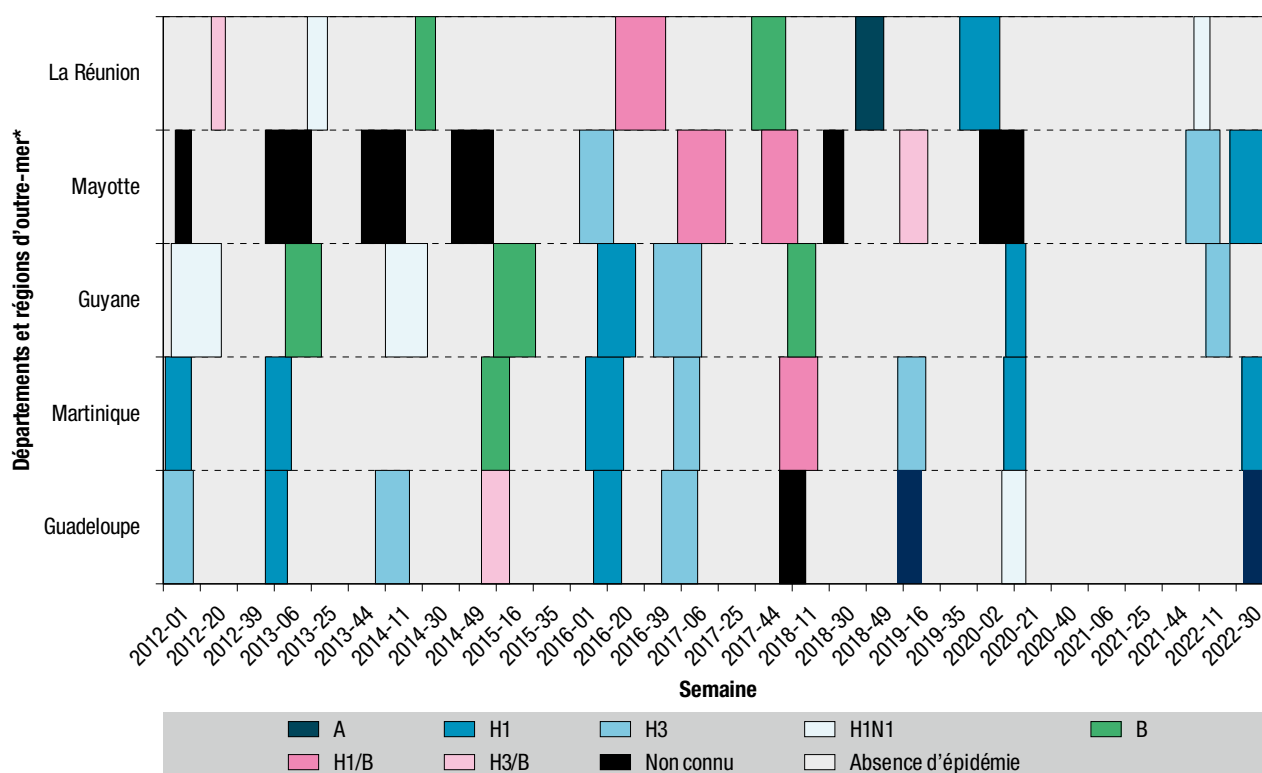
Discussion

Cet article dresse pour la première fois un bilan des épidémies de grippe survenues dans les DROM, ainsi qu'à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, au cours d'une période de plus de 10 ans, et compare les dynamiques et les virus circulants.

Dans les sept territoires étudiés, le recours aux soins primaires pour syndrome grippal a généralement augmenté une à deux semaines avant le recours aux urgences au cours de la période d'étude.

Figure 3

Matrice des virus grippaux circulant dans les cinq départements et régions d'outre-mer, janvier 2012 à juillet 2022



* Les données ne sont pas présentées pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy car les virus circulant ne sont pas connus, sauf en 2019 (première année de déploiement de ce dispositif de surveillance).

L'indicateur hospitalier de la part d'activité pour grippe ou syndrome grippal parmi les passages aux urgences est donc moins sensible pour la détection du démarrage de l'épidémie. Cependant, les données issues du réseau Oscour® sont vraisemblablement plus stables dans le temps, en particulier les parts d'activité, que celles issues des RMS en ville, en raison de fortes variations dans la participation de ces derniers au cours de la période d'étude. C'est notamment le cas depuis la pandémie de Covid-19 qui a causé une forte diminution de cette participation dans certains territoires (peu ou pas de médecins généralistes recrutés sur plusieurs communes, faible nombre de médecins généralistes participants pendant plusieurs semaines consécutives, etc.), ceci impactant la détection du démarrage de l'épidémie en ville, plus précoce de deux semaines par rapport à l'hôpital⁵. En Guyane, l'arrêt des données sur le nombre estimé de consultations pour syndrome grippal en médecine de ville courant 2020 s'explique par une évolution vers une surveillance intégrée des infections respiratoires aiguës depuis la pandémie de Covid-19 (figure 1).

Les données issues de la surveillance virologique complètent ces indicateurs cliniques, en confirmant la circulation de la grippe. Cependant, pour certaines épidémies et pour certains territoires, il n'a pas été possible de définir le virus dominant en raison d'un volume trop faible de prélèvements analysés. Il est possible que ceux réalisés en milieu hospitalier ne reflètent pas la circulation des différents virus

grippaux en population générale, avec une surreprésentation des virus de type A parmi les patients hospitalisés, et qu'ils aient pu biaiser l'identification des souches dominantes en population générale. La participation des médecins libéraux sentinelles à la surveillance virologique est donc importante pour mieux caractériser les épidémies de grippe au sein de la population. Cette surveillance a été renforcée lors de l'émergence de la Covid-19, avec une recherche systématique de la grippe et du SARS-CoV-2 sur les prélèvements réalisés. Néanmoins, les médecins de ville tendent à moins participer à la surveillance épidémiologique et virologique ces dernières années dans l'ensemble des territoires ultramarins. Pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy, la surveillance virologique a été déployée pour la première fois au cours de la saison 2019-2020, mais elle n'a pas pu être maintenue, en raison de l'émergence de la Covid-19. Les modalités de transport des prélèvements de ces deux territoires vers le CNR de Guyane nécessitent en effet une logistique importante et ont un coût élevé. Les données ne sont donc pas présentées. Il est de ce fait important de renforcer ce dispositif de surveillance épidémiologique et virologique via les RMS en ville dans tous les territoires ultramarins.

Les saisonnalités des épidémies sont spécifiques à La Réunion, DROM situé dans l'océan Indien. Connaissant un climat tropical contrasté, les écarts de température sont extrêmes selon l'altitude et l'exposition aux alizés⁶. La Réunion est donc sous

l'influence de l'hémisphère sud pour la saisonnalité. Mayotte, située à 1 400 km au nord-ouest, a un climat tropical avec peu de variation de température à l'année⁷. Bien que toutes deux se trouvent dans la même zone, la différence de climat pourrait en partie expliquer la différence de circulation des virus grippaux et de saisonnalité des épidémies. Les DROM-COM d'Amérique ont, comme Mayotte, une saisonnalité généralement plus observée dans les zones au climat tempéré que dans la zone inter-tropicale où les virus grippaux circulent davantage à bas bruit tout au long de l'année^{8,9}. Les épidémies de grippe des territoires ultramarins (hors La Réunion) ont une saisonnalité similaire à celle de l'Hexagone, survenant entre décembre et mars. Les échanges quotidiens entre ces régions et l'Hexagone, par un flux aérien important, contribuent à expliquer cette similarité dans la saisonnalité.

La Guyane reste sous l'influence de l'hémisphère sud (avec le Brésil voisin) avec une deuxième vague observée en 2016 et, plus récemment, au cours de la saison 2023-2024¹⁰. La grippe en zone tropicale est donc peu prévisible et subit l'influence des pays limitrophes. Il apparaît essentiel de garantir une collaboration visant à échanger régulièrement les données de surveillance avec ces pays, afin d'anticiper un démarrage de l'épidémie ou son éventuelle sévérité. Cela est d'autant plus pertinent que les interactions avec les pays limitrophes des territoires ultramarins sont fréquentes (tourisme, échanges économiques, etc.).

La campagne de vaccination à La Réunion est calquée sur celle des pays de l'hémisphère sud. Pour les autres territoires, elle est calquée sur celle de l'Hexagone. Il arrive sporadiquement que des épidémies à la temporalité atypique surviennent, avec un démarrage particulièrement précoce ou au contraire très tardif, voire plusieurs vagues épidémiques. La circulation de virus grippaux est alors fortement décalée dans le temps par rapport à la campagne de vaccination, ce qui engendre une moindre protection des personnes vaccinées. D'autre part, la couverture vaccinale des personnes ciblées entre 2017 et 2024 était inférieure à 28% pour les DROM-COM d'Amérique, inférieure à 35% à La Réunion et inférieure à 20% pour Mayotte^{11,12}. Des stratégies pour augmenter l'adhésion à la vaccination contre la grippe et aux mesures barrières, ainsi qu'une meilleure adaptation des différentes campagnes de prévention aux spécificités territoriales doivent être développées, afin de réduire le fardeau lié à la grippe sur la population et sur le système de soins et de protéger les plus vulnérables.

Enfin, un excès de mortalité toutes causes confondues a rarement été observé au cours des épidémies de grippe dans ces territoires, bien que cela soit à interpréter avec précaution, du fait des faibles effectifs. Toutefois, une telle situation a été enregistrée au cours de quatre semaines épidémiques à Mayotte (deux en 2020 et deux en 2022) et durant deux semaines en Guyane et en Martinique en 2022, bien que cela se soit déroulé dans un contexte de co-

circulation avec le SARS-CoV-2. Il n'est pas possible d'évaluer la contribution relative de la grippe et du SARS-CoV-2 à cet excès de mortalité à partir de ces données.

Conclusion

Les DROM-COM bénéficient d'un dispositif de surveillance efficace pour monitorer les épidémies de grippe, en s'appuyant sur un réseau de partenaires en ville et à l'hôpital. Cela permet d'alerter les agences régionales de santé sur l'augmentation de la circulation de la grippe et sur le démarrage épidémique pour qu'elles organisent l'offre de vaccination, déploient des campagnes de prévention et appuient les hôpitaux sur l'organisation de l'offre de soins. Les données des cas graves de grippe, obtenues grâce au concours des services de réanimation et non présentées dans cet article, sont aussi essentielles pour décrire le fardeau de l'épidémie. Avec l'émergence de la Covid-19, le RMS s'est affaibli dans les territoires, il est donc important de remobiliser ces partenaires sur la surveillance épidémiologique et virologique, qui, avec SOS Médecins, permettent un monitoring plus précoce de la grippe par rapport à l'hôpital. Afin de rendre le dispositif de surveillance de la grippe et des autres infections respiratoires plus performant et moins chronophage pour les professionnels de santé dans les DROM-COM, une automatisation de la remontée des données de surveillance clinique et virologique à Santé publique France est primordiale, à l'instar du dispositif de surveillance syndromique SurSaUD® qui concerne les données issues de SOS Médecins, du réseau Oscour® et de la mortalité toutes causes confondues (Insee). Un système d'information pour la surveillance épidémiologique ultramarine visant à automatiser la remontée des données, appelé Sisum, est actuellement en cours d'élaboration et de déploiement par Santé publique France et devrait être opérationnel en 2027. Enfin, l'adaptation des campagnes de vaccination, à l'instar de La Réunion, est aussi importante pour ces territoires qui peuvent connaître des saisonnalités inhabituelles par rapport à l'Hexagone. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Remerciements

Les auteurs remercient les partenaires régionaux impliqués dans les dispositifs de surveillance décrits dans cet article : les agences régionales de santé, les services des urgences et de réanimation néonatale, pédiatrique et adulte, les laboratoires hospitaliers, les quatre laboratoires du CNR associés des virus des infections respiratoires (dont la grippe et le SARS-CoV-2), les médecins sentinelles libéraux, les médecins des associations SOS Médecins, les infirmières de veille hospitalières en Guyane ; ainsi que les équipes de Santé publique France au niveau national (l'équipe grippe de la direction des maladies infectieuses, l'équipe SurSaUD® à la direction appui, traitement et analyses de données, M^{me} Gbagonou du pôle appui outre-mer à la direction des régions) et les équipes de Santé publique France en régions ultramarines (épidémiologistes et assistantes) et leurs délégués régionaux pour leur appui dans ces surveillances et la relecture de cet article.

Références

- [1] Organisation mondiale de la santé. Grippe saisonnière. Genève: OMS; 2025. [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))
- [2] Santé publique France. Grippe. Saint-Maurice: Santé publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/infections-respiratoires-aigues/grippe>
- [3] Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance de la grippe en France, saison 2022-2023. Bull Epidemiol Hebd. 2023;(19):382-97. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/19/2023_19_1.html
- [4] Thiam M, Simac L, Fougère E, Forgeot C, Meurice L, Naud J, et al. Expert consultation using the on-line Delphi method for the revision of syndromic groups compiled from emergency data (SOS Médecins and OSCOUR®) in France. BMC Public Health. 2022;22(1):1791.
- [5] Caillère N, Fouillet A, Henry V, Vilain P, Mathieu A, Maire B, et al. Le système français de surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD®). Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012. 12 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/rapportsynthese/le-systeme-francais-de-surveillance-sanitaire-des-urgences-et-des-deces-0>
- [6] Météo France. Pluviométrie et températures à La Réunion. Sainte-Clotilde: Météo France; 2022. <https://meteofrance.re/fr/climat/pluviometrie-et-temperatures-la-reunion>
- [7] Données mondiales. Le climat à Mayotte. Wardenburg: Eglistis Media; 2026. <https://www.donneesmondiales.com/afrique/mayotte/climat.php>
- [8] Viboud C, Alonso WJ, Simonsen L. Influenza in tropical regions. PLoS Med. 2006;3(4):e89.
- [9] Tamerius JD, Shaman J, Alonso WJ, Bloom-Feshbach K, Uejio CK, Comrie A, et al. Environmental predictors of seasonal

influenza epidemics across temperate and tropical climates. PLoS Pathog. 2011;7(3):e1001082.

- [10] Santé publique France. Situation épidémiologique en S01-02. Bilan épidémique de la saison 2023-2024. Saint-Maurice: Santé publique France; 2025. 5 p. https://invs.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/rdd/document/bullreg_guyane_20250117_fv.pdf

[11] Vidal. Lancement de la campagne de vaccination contre la grippe durant l'hiver austral à La Réunion et à Mayotte. Issy-les-Moulineaux: Vidal; 2019. <https://www.vidal.fr/actualites/23263-lancement-de-la-campagne-de-vaccination-contre-la-grippe-durant-l-hiver-austral-a-la-reunion-et-a-mayotte.html>

- [12] Santé publique France. Données régionales de couverture vaccinale grippe par saison et dans chaque groupe d'âge. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-regionales-de-couverture-vaccinale-grippe-par-saison-et-dans-chaque-groupe-d-age>

Citer cet article

Barrau M, Daoudi J, Daudens-Vaysse É, Gbaguidi G, Hassan É, Lapostolle A, et al. Description des épidémies de grippe dans les territoires français d'outre-mer entre janvier 2012 et juillet 2022. Bull Epidemiol Hebd. 2026;(21):454-63. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/21/2026_21_1.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

