

Points clés

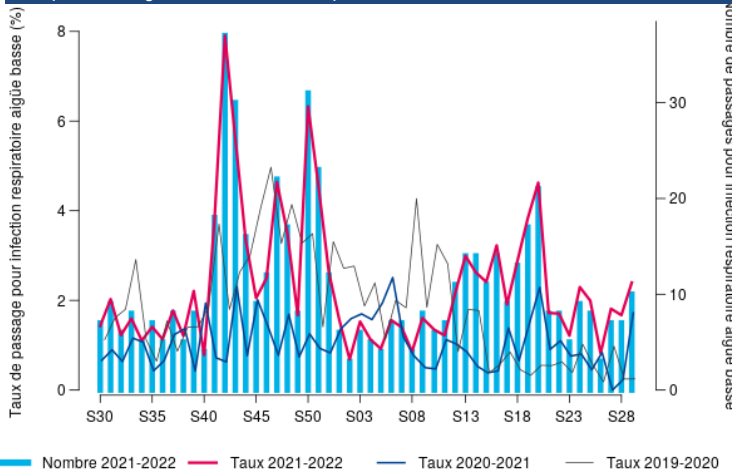
- À Mayotte, les épidémies de grippe surviennent généralement durant la **saison chaude et humide**, entre les mois de décembre et mars.
- **Contexte particulier** pour la saison épidémique 2021/2022 :
 - ❖ Absence d'épidémie grippale en 2020/2021 : baisse de l'immunité en population générale.
 - ❖ Co-circulation du SARS-CoV-2 avec possible compétition virale. La troisième vague de Sars-Cov-2 à Mayotte est concomitante à la baisse des indicateurs de surveillance de la grippe.
- Cette année, la saison épidémique 2021-2022 se caractérise par la **survenue de deux épidémies** à quelques semaines d'intervalle :
 - ❖ Une **première épidémie précoce** avec une circulation virale du **sous-type A(H3N2)** confirmée biologiquement dès la S32-2021 et une **phase épidémique de la S41-2021 à la S52-2021**.
 - ❖ Une **seconde épidémie (S12-2022 à S20-2022)** avec une circulation virale du **sous-type A(H1N1)** dans un premier temps puis du **sous-type B** à partir de la S18-2022.
 - ❖ **Au total 17 cas graves hospitalisés** en réanimation dont un **décès** en S46-2021.

Surveillance des passages aux urgences du CHM (OSCOUR®)

Le nombre de passages aux urgences pour infections respiratoires aiguës (IRA) basse chez les plus de 15 ans montre deux périodes épidémiques distinctes survenues entre la S41-2021 et la S52-2021 puis entre la S12-2022 et la S20-2022 (Figure 1).

Pour la 1^{ère} épidémie, ce sont au total 235 passages aux urgences et 49 hospitalisations secondaires qui ont été enregistrées sur les dates concernées soit un taux d'activité de 4,1 % et un taux d'hospitalisation de 20,9 %. Le pic de l'épidémie a été enregistré en S42-2021 avec 37 passages aux urgences soit un taux d'activité de 7,9 %.

Figure 1 – Distribution hebdomadaire du taux et du nombre de résumé de passages aux urgences (RPU) du Centre Hospitalier de Mayotte pour infection respiratoire aigue basse, 15 ans et plus, 2019-2022



Deux autres pics ont été enregistrés en S47-2021 (22 passages aux urgences) et en S50-2021 (31 passages aux urgences).

La deuxième épidémie est de moindre importance puisque qu'on a enregistré 124 passages aux urgences soit un taux d'activité de 2,9% et 23 hospitalisations secondaires soit un taux d'hospitalisation de 18,6%.

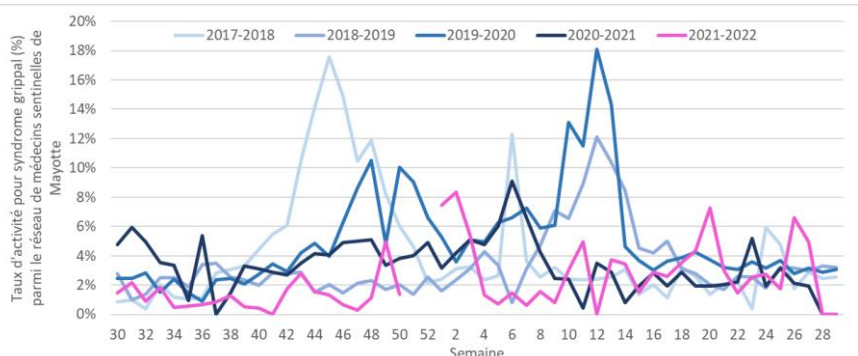
Le pic de cette seconde épidémie est intervenu en S20-2022 avec 21 passages aux urgences soit un taux d'activité de 4,6 % et 5 hospitalisations.

Surveillance du réseau de médecins sentinelles de Mayotte

Les remontées du réseau sentinelle ont été impactées en S01-2022 et S02-2022 par la survenue de la 3^{ème} vague de circulation du Sars-Cov-2 à Mayotte faisant fortement augmenter les consultations pour infections respiratoires aiguës attribuables à des formes symptomatiques du COVID et en l'absence de confirmation virologique pour grippe.

Le taux d'activité pour IRA au sein du réseau de médecin sentinelle ne permet pas d'observer les épidémies survenues en 2021-2022 qui semblent avoir impacté plutôt le secteur hospitalier que la médecine de ville.

Figure 2 - Évolution hebdomadaire du taux de consultations pour syndrome grippal dans le réseau de médecins sentinelles de Mayotte, Mayotte, 2017-2022



Surveillance virologique

La stratégie de surveillance repose sur le test des patients hospitalisés avec une symptomatologie respiratoire, dans l'un des 4 centres de soins ou service du CHM. **L'analyse biologique en PCR recherche 21 germes respiratoires** (dont les *Influenzavirus*, le virus respiratoire syncytial et le Sars-CoV-2).

La saison grippale 2021-2022 s'est caractérisée par la survenue de deux épidémies distinctes : une **première épidémie entre S41-2021 et S52-2021 avec une circulation exclusive du sous-type A(H3N2)** puis, après quelques semaines, une **seconde épidémie de sous-type A(H1N1) accompagnée de la circulation de sous-type B à partir de la S18-2022**.

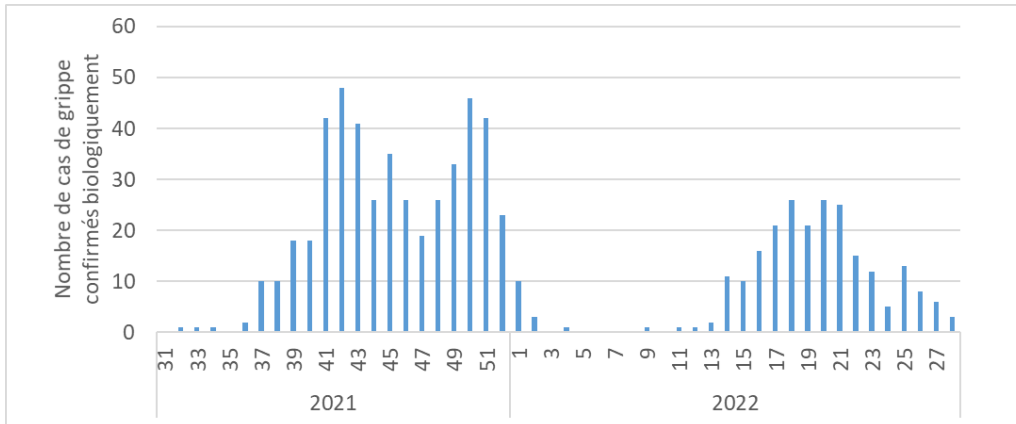


Figure 3 - Nombre hebdomadaire de cas de grippe confirmés biologiquement et taux de positivité, Mayotte, S31-2021 à S28-2022

Lors de la première épidémie, les prélèvements analysés par le Centre national de référence des virus respiratoires de Lyon appartenaient tous au sous-type A(H3N2). Sur les 76 premiers prélèvements séquencés, la quasi-totalité (97 %) sont apparentés à la souche vaccinale A/Hong Kong/2671/2019 qui était présente dans le vaccin Hémisphère Sud 2021 mais pas dans le vaccin Hémisphère Nord utilisé à Mayotte cette année. Ces données préliminaires ne permettent pas encore de déterminer avec précision une perte d'efficacité du vaccin vis-à-vis de cette souche et les analyses virologiques se poursuivent afin de caractériser les virus ayant circulés sur le territoire cette saison.

Surveillance des cas graves de grippe

Au cours de la première épidémie, 14 cas graves ont été admis en réanimation. Il s'agissait de 11 hommes et 3 femmes : 9 adultes et 5 enfants de moins de 5 ans dont un bébé de 4 mois ancien prématuré. Des comorbidités étaient rapportées pour 11 cas sur les 14. Parmi ces cas grave, **un seul décès** a été enregistré (jeune homme sans comorbidités, ne faisant pas partie de la cible vaccinale).

Lors de la deuxième épidémie de grippe, 4 cas graves ont été admis en réanimation. Il s'agissait d'un homme jeune et de 3 jeunes enfants de moins de 1 an sans comorbidités.

Recommandations

Dans le contexte de la Covid-19, il est particulièrement important de se faire vacciner contre la grippe et la Covid-19 et de respecter les gestes barrières qui permettent de limiter la circulation des virus.

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



Pour en savoir plus

Dossier sur la grippe : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe>

Points épidémiologiques à Mayotte : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/publications/#tabs>