



Grippe

Rapport annuel 2017

I. Introduction

La grippe est une infection respiratoire aiguë, contagieuse, due aux virus *Influenzae*. Les virus grippaux se répartissent essentiellement entre deux types : A et B, se divisant eux même en deux sous-types (A(H3N2) et A(H1N1)pdm09) et lignage (B/Victoria et B/Yamagata). Les virus grippaux se caractérisent par leurs fréquentes mutations. Les virus A et B sont à l'origine d'épidémies (saisonniers dans les pays tempérés) mais seul le virus A est responsable de pandémies. Les zones tropicales peuvent connaître plusieurs épidémies au cours d'une même année.

La transmission du virus grippal est directe par les sécrétions respiratoires à l'occasion d'éternuements ou de toux, ou indirecte par contact à travers des objets contaminés. Les lieux confinés et très fréquentés (collectivités) sont propices à la transmission du virus.

La période d'incubation varie de 1 à 3 jours. La grippe se manifeste par un début souvent brutal avec une forte fièvre, une fatigue, des courbatures, des maux de tête, des signes respiratoires... La plupart des personnes guérissent en 1 à 2 semaines sans traitement. Les complications de la grippe, parfois mortelles, touchent principalement les personnes à risque : nourrissons, personnes âgées ou sujets fragilisés par une pathologie chronique sous-jacente. Ces complications sont dues aux virus eux-mêmes, aux surinfections bactériennes qu'ils peuvent engendrer ou à la décompensation des pathologies chroniques sous-jacentes.

Le traitement est principalement symptomatique. L'utilisation d'antiviraux est limitée aux personnes âgées ou fragilisées afin de réduire le risque de complications.

Des mesures d'hygiène simples peuvent contribuer à limiter la transmission.

- Concernant le malade, il lui est recommandé de :
 - limiter les contacts avec d'autres personnes et en particulier les personnes à risque
 - se couvrir la bouche et le nez à chaque fois qu'il tousse ou éternue
 - se moucher ou ne cracher que dans des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle recouverte d'un couvercle
 - se laver ensuite les mains à l'eau et au savon, à défaut avec une solution hydro-alcoolique.
- Concernant l'entourage du malade, il est recommandé de :
 - se laver les mains à l'eau et au savon après contact avec le malade ou le matériel utilisé par le malade
 - nettoyer les objets couramment utilisés par le malade.

La vaccination antigrippale constitue le meilleur moyen de protection contre la grippe. Elle doit être effectuée au moins deux semaines avant le début de l'épidémie grippale. Elle doit être renouvelée tous les ans en raison d'une possible diminution de la protection du vaccin après quelques mois et des modifications génétiques constantes des virus grippaux. De ce fait, le vaccin peut différer dans sa composition d'une année à l'autre, selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [1]. La vaccination est recommandée et gratuite chez les personnes à risque de complications. La campagne de vaccination, organisée par le Bureau des programmes de pathologies infectieuses (BPPI), a lieu chaque année du 31 octobre au 31 janvier.

Le nombre important de malades chaque année, les complications et l'évolution génétique des virus grippaux font de la grippe un problème majeur de santé publique.

II. Méthode

Le Bureau de veille sanitaire (BVS), en charge de la détection des épidémies et des alertes sanitaires, intègre la grippe dans la liste des pathologies surveillées. Les cas de grippe sont signalés au BVS par :

- le réseau des médecins sentinelles : le syndrome grippal fait partie des syndromes inclus dans cette surveillance ;
- les laboratoires : l'Institut Louis Malardé et le laboratoire du Centre Hospitalier de Polynésie française transmettent les résultats des prélèvements positifs au BVS. Des prélèvements sont sollicités à visée épidémiologique aux médecins sentinelle en début d'épidémie et pour tous les cas sévères.

Un infirmier du BVS investigate les premiers cas d'une épidémie. Les données sont saisies et exploitées sous Excel®.

III. Résultats

1. Syndromes grippaux

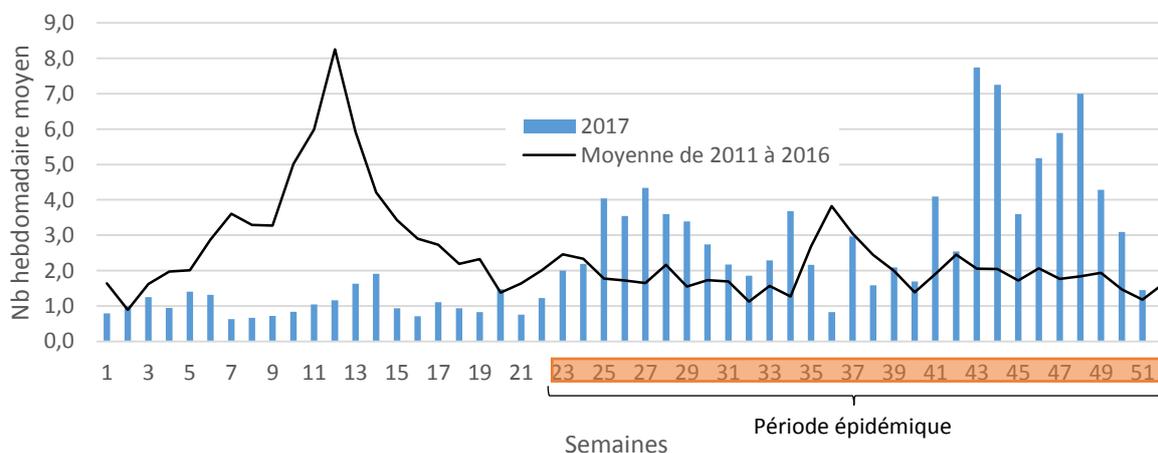
En 2017, 2 993 syndromes grippaux (SG) ont été rapportés par le réseau des médecins sentinelles.

Sur les sept dernières années, le plus grand nombre de SG (5 469) a été déclaré en 2015. L'épidémie avait duré 13 semaines, des semaines 5 à 17. La même période en 2017 était très calme avec un nombre hebdomadaire moyen de SG vus en consultation par médecin sentinelle inférieur à deux. Par contre, deux épidémies se sont succédées à partir de la semaine 23 (la fin de l'épidémie a été déclaré la semaine 3 de l'année 2018). Au cours de cette période épidémique (semaines 1 et 2 de 2018 comprises), 1 319 cas de syndromes grippaux ont été déclarés par le réseau sentinelle.

Tableau 1 : Nombre de syndromes grippaux déclarés par les médecins sentinelle, par année

Années	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nb de nouveaux cas dans l'année	3 178	2 030	3 019	2 993	5 469	3 568	2 993
Nb moyen de médecins	21	21	23	26	21	19	23
Nb moyen hebdomadaire de syndromes grippaux par médecin	2,9	1,8	2,5	2,2	5	3,6	2,5
Proportion de cas déclarés pendant la période épidémique (%)	52,1	25,1	47,1	32,3	34,1	33,5	42,5

Figure 1 : Nombre hebdomadaire moyen de syndromes grippaux vus en consultation par médecin



2. Cas confirmés par prélèvement

Sur 636 prélèvements réalisés, 240 (37,7%) étaient positifs, dont 193 grippe A et 47 grippe B. En 2017, les médecins ont effectué 2 fois plus de prélèvements qu'en 2016, 6 fois plus qu'en 2015 et presque 20 fois plus qu'en 2010. Le taux de positivité des prélèvements était le plus élevé en 2013 (52,1%) et le plus faible en 2010 (2,9%).

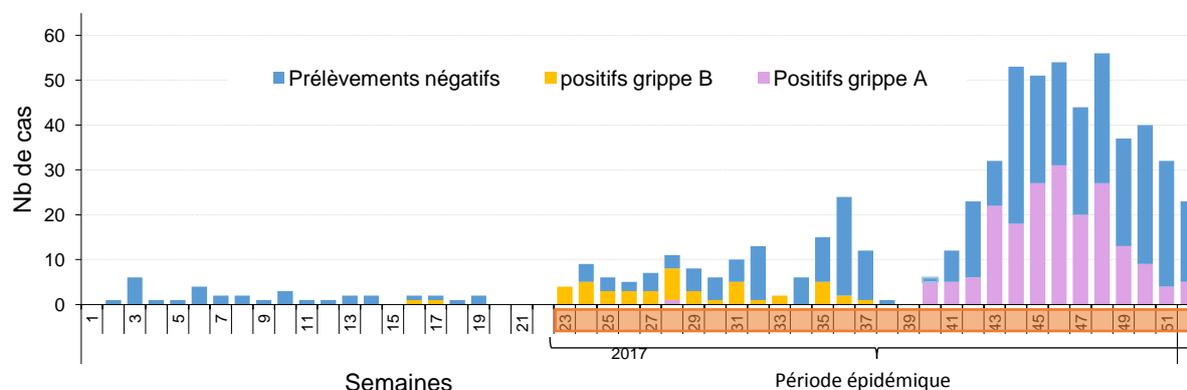
Tableau 2 : Nombre de cas confirmés de grippe par année

Années	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nb de prélèvements	34	139	78	71	114	98	309	636
Nb de prélèvements positifs	1	52	14	31	22	20	109	240
Taux de positivité (%)	2,9	37,4	17,9	52,1	15,2	20,4	35,3	37,7

Les premiers cas de grippe B ont été identifiés en semaines 16 et 17. Le virus de la grippe B a causé une première épidémie d'ampleur modérée des semaines 23 à 37 avec 45 cas confirmés. Au cours de cette période, le nombre moyen de cas confirmés s'élevait à trois par semaine. Le Centre national de référence (CNR) (Institut Pasteur Paris) a identifié le lignage B/Yamagata.

Le virus de la grippe A a causé une seconde épidémie de la semaine 40 à la 2nde semaine de 2018. Durant cette période, 197 cas ont été confirmés, soit 4 fois plus que durant l'épidémie de grippe B précédente. Le pic épidémique a été observé en semaine 46, avec 31 cas confirmés. Le CNR a identifié un virus A(H3N2). Les personnes les plus touchées ont été les moins de 15 ans et les plus de 60 ans (57 %). La majorité des cas se situait à Tahiti (83%). Parmi les 197 cas confirmés, 125 ont été hospitalisés (63%), dont 6 en réanimation. Trois adultes avec des comorbidités associées sont décédés.

Figure 2 : Nombre de prélèvements et cas confirmés de grippe par semaine (tous laboratoires)



3. Campagne de vaccination

L'épidémie de grippe A(H3N2) a démarré trois semaines avant le début officiel de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière [2]. Du fait de la concomitance de l'épidémie, son déroulement a été marqué par un surcroît de demandes, principalement dans les officines de ville qui ont rapidement épuisé leurs stocks. La Direction de la santé a dû avoir recours à des commandes supplémentaires (3 fois 2000 vaccins), ce qui a porté à 23 000 le nombre de doses de vaccin mises gratuitement à la disposition de la population relevant d'une des catégories cibles. Au total, 15 000 doses ont été distribuées par les officines pharmaceutiques et 8 000 ont été administrées dans les structures de soins du Pays (secteur public et secteur privé).

IV. Discussion et conclusion

En 2016 la Polynésie française a été marquée par une épidémie de grippe en début d'année. Cette épidémie était décalée de quelques semaines par rapport l'épidémie métropolitaine et a débuté en fin de campagne vaccinale.

L'année 2017 a quant à elle été marquée par deux épidémies successives à distance de l'épidémie métropolitaine. Chacune a duré 15 semaines. Les virus en cause ont été identifiés dans d'autres pays de l'hémisphère sud. Notamment, la même souche de virus A(H3N2) avait été responsable d'une épidémie de grande ampleur en Australie de juin à octobre 2017 [3, 4]. Les symptômes liés à ce virus ont été plus sévères qu'au cours de l'épidémie de grippe B.

Dans les régions tempérées, la grippe est une affection saisonnière qui survient pendant les mois d'hiver : elle touche l'hémisphère nord de novembre à avril et l'hémisphère sud d'avril à septembre. Comme observé en Polynésie française en 2017, le schéma saisonnier n'est pas défini dans les zones tropicales et la grippe circule tout au long de l'année, avec des flambées épidémiques plus irrégulières [5].

Références

1. Santé publique France : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-generalites/Point-sur-les-connaissances>
2. Courriers N°008649 et 008647/MSS/DSP/DPP du 4 septembre 2017
3. Epiwatch : <https://sphcm.med.unsw.edu.au/infectious-diseases-blog/seasonal-influenza-2017-australia>
4. Australian Government, Department of Health : [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-surveil-ozflu-flucurr.htm/\\$File/2017-season-summary-22112017.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-surveil-ozflu-flucurr.htm/$File/2017-season-summary-22112017.pdf)
5. OMS : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/fr/>

Auteurs

Marine Giard, Mihiau Mapotoeke, Janice Formont, Jean-Paul Pescheux (BVS), Sylvie Rolland, Jean-Marc Ségalin (BPPI)

Remerciements

Le réseau des médecins sentinelles
L'Institut Louis Malardé
Le Laboratoire du Centre hospitalier de la Polynésie française
La PharmaPro