

- Situation dans le monde au 7/9/2009
- Évolution de la situation en Tunisie
- Étude du Cas de la Nouvelle Zélande
- Grippe A (H1/N1) : la situation en Nouvelle-Calédonie, présage-t-elle celle de la métropole ?

Situation dans le monde au 7/9/2009

1. Situation générale

Le nombre de cas mondiaux **confirmés** s'élèverait au 7/9/2009 à **329 976** cas enregistrés dans **182** pays, et à **3 644** décès enregistrés dans **78** pays.

Les pays les plus infectés au monde sont les **états unis** avec 44 418 cas, l'**Australie** avec 35 579 cas et le **Mexique** avec 22 763 cas, l'**Allemagne** 17 644 cas, **Thaïlande** 16 876 cas, **Hong Kong** 14 867 cas, **Royaume uni** 13 196 cas, **Chili** 12 194 cas, **Canada** 12 038 cas et le **Japon** 11 636 cas

2. Situation des décès

Les pays ayant enregistré plus de décès en absolu sont par ordre décroissant :

Le Brésil (751), les USA (598), l'Argentine (512), le Mexique (207), l'Australie (162), l'Inde (145), la Thaïlande (142) et le Chili (125).

Tandis que les pays ayant enregistré les plus fortes létalités sont par ordre décroissant (décès /cas confirmés) :

Le Brésil (**7.49%**), la Syrie (6.90%), l'Argentine (**6.11%**), l'Uruguay (**5.82%**), la Colombie (**5.41%**), le Venezuela (**5.23%**), la Jamaïque (**4.94%**), et les Émirats Arabes Unis (**4.80%**).

Il est à noter que le ratio décès confirmés/cas confirmés pour l'ensemble des pays déclarants est de **0,6%**, avec de grandes variations de 0,1% à 7,49% suivant les pays.

Le Royaume Uni disposant d'un système de surveillance fiable, nous permet de préciser de manière plus réaliste les bornes de l'estimation de la létalité: la borne supérieure de l'estimation obtenue par l'observation au 16 juillet 09, de 28 décès qui étaient rapportés à un total de 10 649 cas confirmés (ratio DC/CC de **0,27%**). La borne inférieure de l'estimation est donné par le calcul fait sur ce qui a été observé

entre le 6 et le 23 juillet 2009, période durant la quelle on a estimé à plus de 100 000 le nombre de nouveaux cas survenus, avec seulement 2 décès supplémentaires soit une létalité estimée de **0,02%**.

3. Évolution de l'épidémie en Europe

L'épidémie continue sa progression dans les pays touchés plus tardivement

En France : la circulation du virus A (H1N1) 2009 s'intensifie, à la semaine 36 (31 août au 6 septembre), le taux de consultation pour grippe clinique, en augmentation, a atteint 83 cas pour 100 000 habitants ce qui le situe légèrement au-dessus du seuil épidémique (80/100 000 habitants). L'épidémie de grippe serait en train de s'installer en France.

Au Royaume-Uni et en **Irlande** : durant la semaine 35 (24-30 août), le nombre estimé de cas de grippe A (H1N1) 2009 a continué de baisser dans la plupart des régions du **Royaume-Uni** et en **Irlande** sauf en **Écosse**, où les consultations pour syndrome grippal continuent par contre à augmenter depuis la semaine 33 (10-16 août). Le 2 septembre, 159 personnes étaient hospitalisées pour une possible infection par le virus A (H1N1) 2009 dont 20 % en soins intensifs.

En Allemagne, le nombre de cas a augmenté de 9 % entre les semaines 34 et 35 avec un nombre cumulé de cas d'environ 16 000 en semaine 35. La progression concerne toutes les régions.

En Europe du Sud (Grèce (2000 cas), Italie (2700 cas), Portugal, 5123 cas) l'épidémie continue sa progression.

En Espagne, le taux de consultations pour grippe est en augmentation durant la semaine 35 (24-30 août) mais il reste toujours en dessous du seuil épidémique. L'augmentation est notamment observée en Andalousie, à Madrid et dans les deux régions (Catalogne et pays basque) où le seuil épidémique a été dépassé.

En Europe du Nord

La progression de l'épidémie A (H1N1) 2009 continue en (Norvège (1223 cas), en Suède (1136 cas) et aux Pays-Bas (1473 cas).

4. Au Maghreb

La situation de l'épidémie A (H1N1) 2009 est stable en Algérie (43 cas), au Maroc (135 cas) et en Libye (19 cas).

5. Au Moyen-Orient

La majorité des cas confirmés rapportés ont été enregistrés en Arabie Saoudite (4 034 cas), au Koweït (1 797 cas) et à Oman (1 241 cas), les Émirats Arabes Unis (125 cas), Bahreïn (208 cas), l'Égypte (783 cas) et l'Iran (357 cas).

6. En Afrique subsaharienne,

L'épidémie touche 22 pays. L'activité grippale se poursuit en Afrique du Sud qui a déclaré 7 606 cas.

7. En Amérique du Nord,

Durant la semaine 35 (24-30 août), la tendance à la baisse de la circulation virale s'est poursuivie au Canada mais la situation reste globalement stable au Mexique et aux Etats- Unis (dans ces deux pays l'épidémie continue à diminuer globalement mais elle augmente dans certaines de leurs régions).

8. En Amérique Centrale et dans les Caraïbes,

On rapporte une diminution des syndromes grippaux.

9. En Amérique du Sud,

Au Chili, et en Argentine, le pic de la vague épidémique est passé. Durant la semaine 35 (24-30 août), l'épidémie reste intense en Bolivie, au Salvador et au Paraguay. Seuls 4 pays rapportent une augmentation des syndromes grippaux (Bolivie, Équateur, Paraguay, Venezuela).

10. En Asie

La circulation virale continue à être forte à Hong-Kong, en Chine continentale et à Taiwan. En revanche, un début de diminution des syndromes grippaux est constaté en

Thaïlande et à Brunei. Le Japon rapporte une épidémie grippale précoce avec une estimation de 150 000 cas par semaine, dont une majorité de grippe A (H1N1) 2009.

11. En Océanie

En Australie et en Nouvelle Zélande le pic de la vague épidémique est passé, il existe encore des disparités géographiques en Australie. La circulation virale se poursuit dans différents états insulaires du Pacifique.

Évolution de la situation en Tunisie

Entre le 7 septembre et le 13 septembre 2009, 24 cas de suspicions de grippe A/H1N1 ont été signalés au ministère de la Santé Publique, chez 20 tunisiens et quatre étrangers dont deux employés de la Banque Africaine de développement (BAD). Ces signalements proviennent des régions de Tunis (12), de l'Ariana (3), de Bizerte (3), de Tozeur (3), de Kairouan (1), 1 de Sfax (1) et 1 de Kébili (1^{er} cas signalé par ce gouvernorat). Investigués au laboratoire de référence, tous ces cas de suspicion se sont avérés négatifs pour le virus A (H1N1).

Cette situation de calme est analogue à celles observées dans les autres pays du Maghreb où les épidémies de grippe sont souvent observées avec un décalage de deux à trois semaines par rapport à la France où l'épidémie semble avoir démarré cette semaine.

On ne peut pas prévoir, à l'heure actuelle, de quelle façon se fera la circulation des virus saisonnier et pandémique, lequel précédera l'autre, dans quelle proportion le pandémique dominera le saisonnier.

Étude du Cas de la Nouvelle Zélande

Une récente publication fournit un rapport très intéressant sur la situation en Nouvelle Zélande :

Après la détection des premiers cas importés de la grippe A (H1N1) le 25 avril 2009, la Nouvelle Zélande a mis en œuvre des mesures de contention qui ont semblé ralentir l'installation de la pandémie pendant le mois de mai 2009. La pandémie s'est ensuite nettement accélérée en juin 2009, **atteignant son pic dans un délai de 4 à 6 semaines selon les régions**. Elle avait commencé à rétrocéder depuis la mi juillet 2009 -. A la date du 23 août 2009, il y avait 3 179 cas enregistrés (dont 97.8 pour cent confirmés), y compris 972 hospitalisations, 114 admissions en soins intensifs, et 16 décès soit un taux de mortalité de 0.005. La surveillance des syndromes grippaux (ILI) en médecine générale suggère que **7.5 de la population de la Nouvelle Zélande a eu une infection grippale symptomatique et que le taux d'attaque global (symptomatique et asymptomatique) est de environ 11%**.

Cette situation est à rapprocher de celle de **la Nouvelle-Calédonie** où seulement entre **8 % à 14%** de la population de cette île du pacifique ont été atteints avant que le déclin de l'épidémie ne s'amorce.

De tels taux d'attaque bien qu'ils soient rassurants dans l'immédiat, maintiennent les incertitudes quant aux développements futurs de cette pandémie. Les pandémies précédentes avaient eu tendance à causer des vagues multiples pendant des périodes allant de 2 à 5 ans. La pandémie actuelle qui cause une maladie répandue avec une mortalité basse, serait compatible avec les caractéristiques de la première vague observée de quelques unes des pandémies précédentes (Hypothèse I).

À l'opposé, ce virus pourrait être considéré comme ayant un comportement analogue à celui d'une souche grippale saisonnière typique, qui infecte habituellement 5 à 10 pour cent de la population pendant environ 8 semaines chaque hiver et disparaît ensuite en grande partie (hypothèse II).

Devant cette possibilité double, les auteurs estiment qu'il serait prudent de la part des autorités sanitaires de prévoir plusieurs scénarii pandémiques dans l'élaboration de leur stratégie de lutte. Il y a également lieu de maintenir les systèmes de surveillances existantes et de les compléter par un programme de

recherche opérationnel comprenant, par exemple, une surveillance sérologique de la population qui fournirait une évaluation plus précise de l'impact de la pandémie à ce jour.

Grippe A (H1/N1) : la situation en Nouvelle-Calédonie, présage-t-elle celle de la métropole ?

Au 26 août 2009 et depuis le mois de juin, les autorités sanitaires locales de la nouvelle Calédonie, ont signalé que 35 000 personnes ont «potentiellement été touchées» par le virus H1/N1 en Nouvelle-Calédonie, soit environ **14 %** de la population de cette île du pacifique qui compte 250 000 habitants. Ce chiffre, qui est en fait une estimation, se basant sur des chiffres d'absentéisme au travail, sur des données d'absences d'élèves, sur le nombre de boîtes de Tamiflu prescrites et sur les statistiques du réseau « Sentinelles » de médecins publics et privés.

Depuis mai 2009, 360 cas de grippe A (H1/N1) ont été confirmés dans l'archipel et 5 décès ont été déplorés.

Ces chiffres sont très différents de ceux rapportés par l'InVS (Institut de Veille Sanitaire). Mais le Ministère Français de la Santé, les prend très au sérieux. La Nouvelle-Calédonie étant en même temps en plein épisode hivernal de grippe saisonnière, le Ministère prend cette situation comme une préfiguration de ce qui risque d'arriver (en Métropole) une fois qu'elle sera en automne : elle sera atteinte par un virus « peu virulent mais extrêmement contaminant ».

Les données, fournies par l'observation de l'épidémie grippale en Nouvelle Zélande et en Nouvelle Calédonie, sont rassurantes, et devraient contribuer à dédramatiser le débat et à écarter toute vision alarmiste.

Cellule de veille

- Dr Mohamed Kouni CHAHED
- Dr Noureddine Ben JEMAA
- Dr Hédi ELBEZ
- Mr Soufiane DRIDI
- Mlle Leila AYARI
- Mlle Hamida Ben SALAH

République Tunisienne

Ministère de la Santé Publique

Observatoire National des Maladies Nouvelles et Emergentes

5-7, Rue Khartoum. Tunis belvédère-1002.

Tel : 216 71894512 / 216 71894525. Fax : 216 71894533

E-mail : onmne@rms.tn