



68 pays 19 037 cas



Spécial nouvelle grippe A(H1N1) n°7

*En partenariat avec
l'Institut de Veille Sanitaire*

L'épidémie de grippe à nouveau virus A(H1N1) continue de s'étendre dans le monde. Des cas sont maintenant déclarés dans 68 pays différents. Dans ce contexte, l'InVS a récemment ajouté 3 nouveaux pays à la liste des pays au retour desquels les patients présentant un tableau respiratoire aigu brutal doivent être pris en charge par le centre 15.



Définition de cas de nouvelle grippe A(H1N1) : 3 nouveaux pays à prendre en compte

La diffusion de l'épidémie de nouvelle grippe A(H1N1) est suivie de près par les autorités sanitaires du monde entier. Les mesures mises en œuvre visent partout à limiter l'introduction du virus dans la communauté.

En France, ces mesures de limitation passent avant tout par la recherche active et la prise en charge de cas importés des pays les plus touchés et/ou dans lesquels une transmission dans la communauté a été prouvée. La liste de ces pays, définie par l'InVS, évolue donc au fil des jours. La dernière mise à jour date du 2 juin et 3 pays (**Argentine, Australie et Chili**) ont été ajoutés à la liste des 6 autres pays (**Canada, Japon, Mexique, Panama, République Dominicaine, USA**) déjà concernés.

En pratique, aujourd'hui, devant un patient présentant un syndrome respiratoire aigu brutal avec signes généraux (fièvre > 38° ou courbature ou asthénie) et signes respiratoires (toux ou dyspnée), il est très important de rechercher :

- une notion de séjour dans l'un de ces 9 pays dans les 7 jours ayant précédé l'apparition des symptômes
- ou un contact étroit avec un cas possible, probable ou confirmé pendant sa période de contagiosité (qui commence 24h avant le début des signes).

Les personnes qui répondent à cette définition (cas possibles de nouvelle grippe A(H1N1)) **doivent être pris en charge par le centre 15** (ni test rapide grippe, ni prélèvement GROG...) pour hospitalisation avec mise en œuvre d'isolement respiratoire et d'un traitement par un inhibiteur de la neuraminidase, en attente d'une confirmation ou d'une infirmation virologique du diagnostic de grippe. En attendant les résultats virologiques, **les contacts étroits** de ces patients doivent rester à domicile, éviter les contacts avec des personnes extérieures et contacter le centre 15 en cas d'apparition de symptômes.

Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer en fonction de l'évolution de la situation.

Source : <http://www.invs.sante.fr>

Nouveau virus A(H1N1) Situation épidémiologique Mise à jour le 2 juin 2009

Monde	19 037 cas confirmés 118 décès
France	42 cas confirmés (dont 24 sortis de l'hôpital) 0 décès

En France, aucune forme sévère n'a été observée.

Un premier cas secondaire est signalé (41 cas importés)

Source : InVS

A(H1N1) : l'émergence d'un nouveau virus

Bref rappel de la chronologie des événements

21 avril 2009 : le bulletin épidémiologique étatsunien (MMWR) décrit 2 cas d'infection respiratoire fébrile bénigne chez des enfants de 2 zones différentes de Californie. Les analyses ont retrouvé un virus de grippe A(H1N1) d'origine porcine contenant une nouvelle combinaison génétique encore jamais rapportée dans le monde pour des virus grippaux humains ou porcins. Aucun des deux enfants n'avait été en contact avec des porcs.

24 avril : l'OMS émet une alerte internationale annonçant la survenue de cas humains de grippe d'origine porcine confirmés microbiologiquement avec transmission inter humaine au Mexique et aux Etats-Unis. Le virus isolé est un virus émergent susceptible d'être à l'origine d'une pandémie du fait de l'existence d'une transmission inter humaine identifiée

27 avril : 1^{er} cas en dehors du continent américain (Espagne).

28 avril : passage au stade 4A du plan pandémique français.

30 avril : le MMWR décrit, a posteriori, le début de l'épidémie mexicaine avec un 1^{er} cas le 17 mars.

30 avril : passage au stade 5A du plan pandémique français.

1^{er} mai : 2 premiers cas confirmés en France.

8 mai : le nombre des cas déclarés aux Etats-Unis et au Mexique devient plus difficile à suivre car ces pays abandonnent progressivement la surveillance individuelle au profit d'une surveillance de type surveillance de la grippe saisonnière.

2 juin : 42 cas confirmés en France dont un 1^{er} cas lié à une transmission secondaire chez une jeune femme (Poitou-Charentes) n'ayant pas voyagé mais ayant été en contact avec un cas confirmé en provenance des Etats-Unis. La confirmation d'un premier cas secondaire ne modifie pas le contexte épidémiologique national.

La mise en alerte de tous les systèmes de veille sanitaire à travers le monde a permis d'observer l'évolution rapide du nombre des cas et de pays touchés (2 le 24 avril, 68 le 2 juin).

Suite en page 2

Au 2 juin, 19 037 cas sont rapportés dans 68 pays mais 17 438 (92%) de ces cas concernent le continent américain. Au total, 118 décès ont été rapportés dans 4 pays d'Amérique, soit un taux de létalité de 0,6%.

Quelques autres alertes récentes

Depuis une dizaine d'années, plusieurs alertes sanitaires à dimension internationale liées à des virus respiratoires ont été observées. Bien que leur impact médiatique ait été très intense, aucun des virus en cause n'a été à l'origine d'un si grand nombre de cas. Pour le H5N1 et le SRAS, les taux de létalité observés sont toutefois significativement plus élevés.

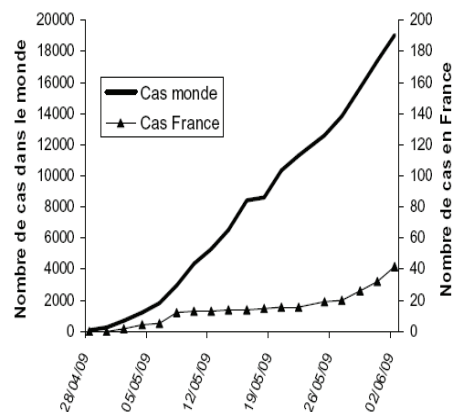
1997, virus grippal A(H5N1), Hong-Kong. 18 cas humains, 6 décès (létalité : 33%).

2003, virus grippal A(H7N7), Pays-Bas. Au cours de cette épizootie aviaire, 89 humains ont été infectés, dont 86 personnes travaillant au contact des volailles et 3 cas secondaires. Un vétérinaire est décédé de détresse respiratoire au cours de son épisode grippal (létalité : 1%).

2003, coronavirus du SRAS (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère). Épidémie mondiale, plus de 8 000 cas et 774 décès dans une trentaine de pays (létalité : 10%).

Depuis 2003, virus grippal A(H5N1) de la « grippe aviaire ». Des cas de grippe continuent d'être régulièrement signalés (26 cas en Egypte, 7 cas en Chine et 4 cas au Vietnam depuis le début 2009). Au total, depuis 2003, 432 cas dont 262 décès ont été déclarés dans 15 pays (létalité : 61%).

Nouvelle grippe A(H1N1)
Evolution du nombre de cas confirmés
dans le monde et en France
du 28 avril au 2 juin 2009



Source : InVS

Sources :

- <http://www.invs.sante.fr>
- <http://www.who.int>
- <http://www.cdc.gov/mmwr>
- <http://www.pasteur.fr>

semaine n° 2009/22 du 25 au 31 mai 2009

sources : Réseau des GROG, SOS Médecins

activité des	médecins généralistes (192 sur 413)				pédiatres (47 sur 90)			SOS Médecins
	actes/j	% IRA/a	% AT/a	particip	actes/j	% IRA/a	particip	en b.100
Alsace	21	6%	6%	38%	21	11%	80%	105
Aquitaine	22	7%	2%	65%	25	0%	33%	98
Auvergne	23	5%	1%	22%				107
Bretagne	23	7%	4%	68%	18	9%	25%	93
Basse-Normandie	21	5%	2%	63%	37	25%	100%	104
Bourgogne	23	8%	4%	32%				96
Centre	23	5%	3%	22%			0%	104
Champagne-Ardenne	25	0%	5%	13%	22	5%	50%	90
Franche-Comté	22	3%	4%	59%				90
Haute-Normandie	29	9%	5%	50%	23	0%	33%	107
Ile-de-France	22	9%	6%	40%	21	14%	71%	87
Limousin								110
Lorraine	18	8%	2%	50%	26	10%	50%	109
Lang.-Rous.	29	2%	2%	50%				110
Midi-Pyrénées	26	12%	3%	23%			0%	102
PACA	19	5%	2%	52%	22	20%	50%	103
Picardie	26	11%	5%	100%				90
Pays-de-la-Loire	23	10%	3%	15%	14	23%	25%	109
Poitou-Charentes	24	9%	4%	65%				
Nord-Pas-de-Calais	22	8%	3%	44%				92
Rhône-Alpes	24	5%	3%	63%	20	7%	63%	95
France	23	7%	4%	45%	21	11%	52%	95

Bronchiolites SMOG*
(âge < 2 ans)

01 - Ile-de-France	en hausse	3,0	en hausse
02 - France Nord et Ouest	stable	1,1	en hausse
03 - France Nord et Est	en hausse	1,2	en hausse
04 - France Sud et Est	stable	0,3	stable
05 - France Sud et Ouest	en baisse	0,0	stable

Cette semaine, les GROG ont suivi 4.032 clients de pharmacies, 19.204 patients de médecine générale, 3.998 patients de pédiatrie, 2.118 consultations militaires, 42.283 appels à SOS Médecins, 1.832 cas d'IRA .

Bulletin rédigé le mercredi 3 juin 2009 par Jean Marie Cohen, Anne Mosnier, Marion Quesne, Isabelle Daviaud, Marie Forestier et Françoise Barat avec l'aide de Jean-Louis Bensoussan, François Freymuth, Bruno Lina, Martine Valette, Sylvie van der Werf, Vincent Enouf, Marie-Claire Servais, Sylvie Laganier et des membres des réseaux GROG, RENAL, EISS, EuroGROG et viRgil.

GROG France 2008-2009

Financement : Institut de Veille Sanitaire, Laboratoires Pierre Fabre Santé, Laboratoires Sanofi Pasteur MSD, Laboratoires Solvay Pharma, Laboratoire Roche, Laboratoire Argène.
Autres partenariats : Institut Pasteur, SCHS Mairie de St Etienne, Service médical PSA Citroën Rennes, Service de Santé des Armées, EDF-GDF, OCP-Répartition, SOS Médecins France, MEDI'call Concept, Association Médecins de Montagne, Open Rome.

Responsabilité scientifique : Réseau des GROG, CNR des virus influenzae Régions Nord (Institut Pasteur-Paris) et Sud (HCL-Lyon), virologie CHU Caen.

Coordination nationale : Réseau des GROG avec l'aide d'Open Rome, 67, rue du Poteau, F-75018 Paris. Tél: 01.56.55.51.68 Fax: 01.56.55.51.52 E-mail: grog@grog.org

Site Web <http://www.grog.org>