

Grippe Aviaire A(H₅N₁) 27 juin 2006 Situation en Indonésie

A la demande du gouvernement de l'Indonésie, l'OMS et la FAO ont organisé une consultation internationale pour faire le point sur la situation de la grippe aviaire dans ce pays. Cette note reprend les principales conclusions du groupe d'experts, dont l'InVS faisait partie et qui s'est réuni à Jakarta du 21 au 23 juin 2006.

1. CONTEXTE

- L'Indonésie (209 millions d'habitants) est composée de 17 000 îles. Java, Sumatra et Bali recensent la majorité d'une population à 60% rurale. Le système administratif et les services de l'Etat sont très décentralisés. Les responsables locaux (provinces et districts) sont élus et non pas nommés par le pouvoir central.
- L'élevage de volailles est une activité importante en Indonésie. Son poids économique est estimé à 35 milliards de dollars et 10 millions d'emplois y sont directement ou indirectement rattachés. Le pays compte 1,3 milliards de volailles dont environ 20% dans des petits élevages familiaux qui concernent 30 millions de familles. Chaque jour, 13 000 marchés avec des animaux vivants ont lieu dans le pays.

2. EPIZOOTIE

- Les premiers foyers aviaires ont été officiellement suspectés en Indonésie dès décembre 2003. La présence de virus H5N1 a été notifiée pour la première fois à l'OIE en février 2004. Aujourd'hui, 27 des 33 provinces et 194 des 441 districts du pays sont touchés. Par ailleurs, les fermiers ne notifiant pas tous les foyers et les services vétérinaires ne pratiquant pas de dépistage actif, ce bilan sous-estime l'étendue réelle du problème.
- La FAO tente de mettre en place un système de surveillance participatif, en s'appuyant sur les fermiers et les ressources locales. Ce système ne fonctionne aujourd'hui que dans 12 districts de Java. Son extension se heurte à l'absence de politique opérationnelle de compensation des fermiers en cas d'abattage des animaux.

- Faute de moyens humains et financiers adéquats, l'autre volet du contrôle de la maladie chez l'animal, à savoir la vaccination, n'est pas mis en place de manière effective et seuls 5% des fermiers y ont accès.
- En conclusion, malgré les efforts entrepris par le gouvernement indonésien avec l'aide des organisations internationales, on peut considérer qu'aujourd'hui une grande partie de l'Indonésie est touchée par le virus H5N1 et qu'en l'absence de programme de lutte efficace, l'épizootie n'est pas contrôlée.

3. CAS HUMAINS

- De juin 2005 à ce jour, 53 cas humains de grippe H5N1 ont été rapportés, dont 39 décès (74%). Ce bilan place l'Indonésie au premier rang des pays touchés par la grippe aviaire durant cette période.
- La majorité de ces cas sont des enfants ou des jeunes adultes (âge médian 19 ans), avec une prédominance masculine. Des cas ont été identifiés dans 8 des 33 provinces du pays. Pour la plupart des cas (74%), une exposition directe ou indirecte à des volailles a été retrouvée.
- Les virus H5N1 isolés chez 30 des 53 patients indonésiens ont été séquencés par le laboratoire de référence de Hong Kong. Aucun de ces virus ne montrait de signe de réassortiment génétique avec des virus humains ou porcins. Tous ces virus étaient sensibles in vitro à l'oseltamivir (Tamiflu®).
- Peu de données cliniques sont disponibles sur les cas indonésiens. Les patients décédés (74%) ont été hospitalisés en moyenne 5,5 jours après le début des symptômes et le décès est survenu rapidement après l'hospitalisation (moyenne 3,5 jours). Tous les patients qui ont été traités par Tamiflu® l'ont été tardivement par rapport à la survenue des symptômes.
- Près de la moitié (46%) des cas indonésiens sont survenus au sein de groupes familiaux comportant plusieurs cas (clusters). Sept de ces clusters ont ainsi été décrits et 4 autres ont été suspectés.

4. CLUSTER DE KARO

- Le cluster le plus récent a été identifié dans le district de Karo (à 140 km de Medan) dans la province de Sumatra Nord. Il concerne 8 cas (dont 7 décès), tous membres d'une même famille et apparentés par les liens du sang. Ce cluster a été décrit en détail par une note du DIT datée du 21 mai 2006 (voir figures 1 et 2).
- L'investigation épidémiologique du cluster de Karo a été menée sur le terrain par l'OMS. Les résultats de cette investigation ont permis de conclure que 6 personnes (figure 1 : cas B-G) avaient été infectées à l'issue de contacts étroits et répétés avec le cas index (cas A) et que l'un de ces cas secondaires (cas G) avait à son tour infecté une autre personne (cas H, père du cas G), toujours à l'issue de contacts étroits et répétés. La notion de « contacts étroits et répétés » inclut par exemple le fait de dormir dans le lit d'un malade, ou de dormir à plusieurs avec un malade dans une pièce minuscule.
- Les virus ont pu être isolés chez 7 des 8 cas de Karo (hormis le cas index). Il s'agit de virus aviaires similaires à ceux déjà isolés chez des volailles à Sumatra, sans aucun réassortiment génétique avec des virus humains ou porcins.
- Tous les virus du cluster sont très proches les uns des autres d'un point de vue génétique. Toutefois, le virus du dernier cas (cas G) est celui pour lequel on retrouve le plus de mutations mineures. (La survenue de mutations est un processus normal qui affecte tous les virus grippaux et ce terme ne signifie pas qu'il y ait eu réassortiment génétique). Ces résultats confortent l'investigation épidémiologique et sont en faveur d'une transmission interhumaine limitée.
- Aucun autre cas de grippe aviaire n'a été rapporté à Karo en dehors des 8 membres du cluster familial. Plusieurs autres membres de cette famille ont été étroitement exposés aux cas et n'ont pas développé la maladie. Après plus d'un mois de surveillance intensive, aucun cas secondaire ne s'est déclaré, ni dans la communauté ni parmi le personnel de santé ayant pris en charge les malades.
- En conclusion, l'OMS considère qu'il y a bien eu une transmission interhumaine du virus A(H5N1) à Karo en Indonésie. Cette transmission a donné lieu au plus important cluster de cas recensé à ce jour et, pour la première fois, un cas de troisième génération a été observé. Toutefois, comme lors des clusters décrits précédemment, en particulier au Vietnam et en Thaïlande, cette transmission interhumaine est restée limitée au sein d'un groupe familial avec des contacts étroits et répétés.

5. COMMENTAIRES

- L'Indonésie apparaît aujourd'hui comme le pays le plus touché par la grippe aviaire, tant pour ce qui est de l'extension de l'épizootie que du nombre de cas humains. Le bilan actuel sous-estime l'étendue de l'épizootie et il est probable qu'un certain nombre de cas humains isolés ne sont pas détectés. L'absence de programme de contrôle efficace de l'épizootie est à l'origine de la dégradation de la situation au cours de l'année 2006.
- Les résultats de l'investigation épidémiologique du cluster de Karo sont en faveur d'une transmission interhumaine limitée au sein d'un groupe familial ayant eu des contacts étroits et répétés avec un malade. Cette transmission est restée limitée à ce groupe familial et n'a pas donné lieu à une transmission communautaire du virus A(H5N1).
- Des cas familiaux groupés ont été identifiés dans la plupart des pays où des cas humains de grippe aviaire ont été confirmés (Azerbaïdjan, Cambodge, Chine, Egypte, Indonésie, Iraq Thaïlande, Turquie, Irak et Vietnam). Depuis 1997, 26 épisodes de cas humains groupés d'infection par A(H₅N₁) pour lesquels une transmission interhumaine limitée était une explication possible, ont été décrits¹. Une transmission interhumaine limitée a pu être documentée dans un cluster en Thaïlande² et elle fortement suspectée dans une dizaine d'autres épisodes notamment au Vietnam et en Indonésie.
- La documentation, pour la première fois à Karo, d'un cas humain de troisième génération, ne signifie pas non plus que les capacités de transmission interhumaine du virus se soient modifiées. En effet, les modes de contamination en cause se sont révélés identiques à ceux des cas de deuxième génération (contacts étroits et répétés avec un malade),
- **Sur la base des éléments repris dans cette note, les experts réunis par l'OMS à Jakarta ont considéré de manière unanime que la situation en Indonésie, y compris le cluster de Karo, ne signifiait pas qu'il y ait eu modification dans l'épidémiologie du virus A(H5N1) et que le niveau d'alerte pandémique demeurerait inchangé (Phase 3).**
- **Le groupe d'experts a appelé le gouvernement Indonésien à renforcer, avec l'aide de la communauté internationale, les mesures de surveillance et de contrôle de la grippe aviaire, en particulier dans le domaine de la santé animale.**

¹ Olsen SJ, Ungchusak K, Sovann L, Uyeki TM, Dowell SF, Cox NJ, et al. Family clustering of avian influenza A (H5N1) [letter]. Emerg Infect Dis. 2005 Nov. <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol11no11/05-0646.htm>

² Ungchusak, K. et al. Probable person-to-person transmission of avian influenza A (H5N1). N Engl J Med 352;4 <http://content.nejm.org/cgi/content/full/352/4/333> 2

Figure 1: Liens familiaux des cas du cluster de Karo, Sumatra Nord, Indonésie

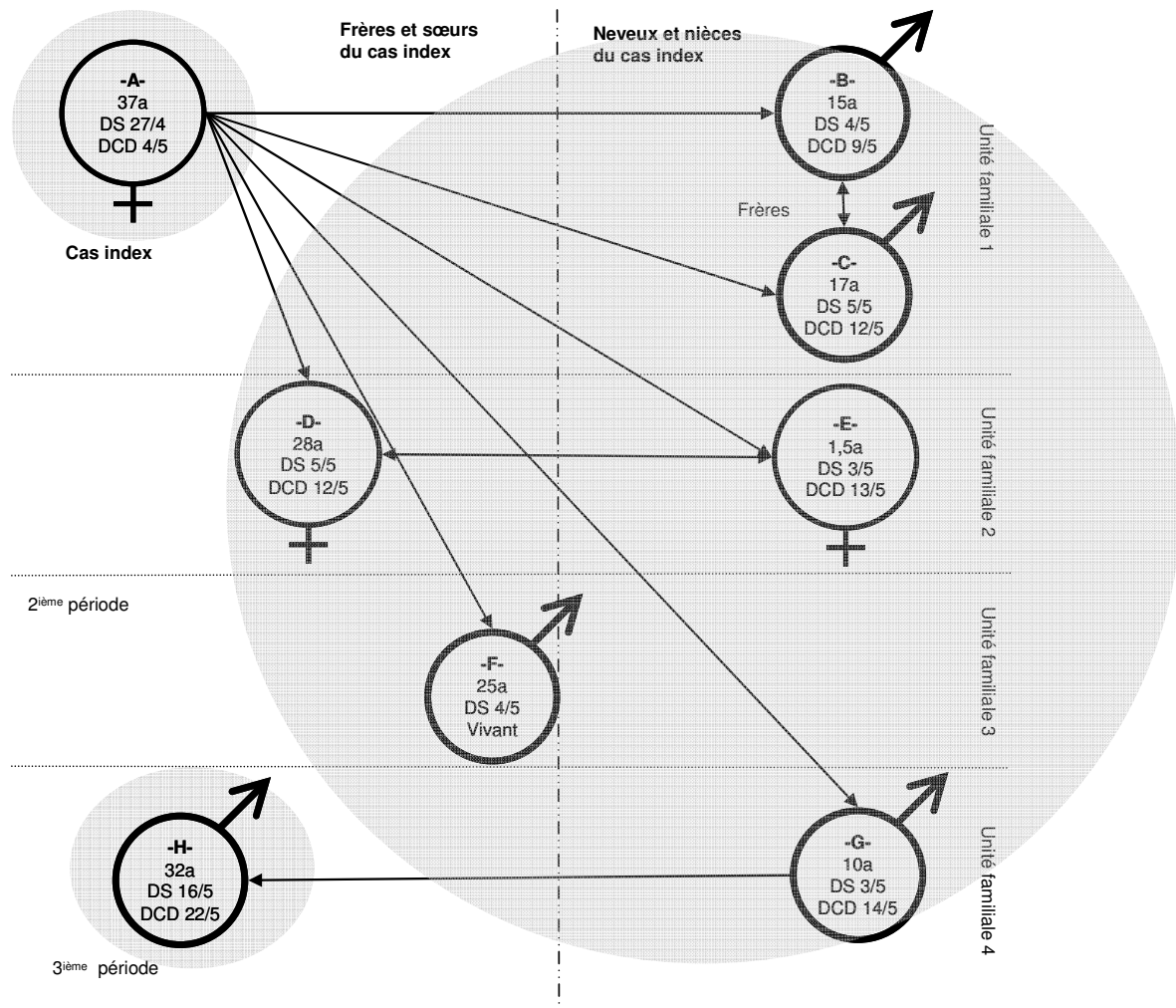


Figure 2: Evolution des cas par dates, Cluster de Karo, Sumatra, Indonésie

