

Bilan de l'épidémie de grippe en Languedoc-Roussillon

Numéro spécial - Mai 2013

| Points forts |

La surveillance de la grippe en Languedoc-Roussillon a été renforcée depuis la pandémie H1N1 de 2009/10. Plusieurs dispositifs y concourent, permettant de disposer d'éléments régionaux descriptifs, d'estimer son impact (morbidité, mortalité), et de disposer d'éléments d'alerte précoce. La Cire assure le suivi de l'épidémie durant la saison hivernale et en fait un retour d'information hebdomadaire.

La grippe 2012-2013 aura eu une durée inhabituelle due au fait que trois épidémies successives se sont entremêlées : A(H3N2), B, et A(H1N1) pdm09. Les tableaux épidémiocliniques des formes graves ont différé selon le virus.

Fin 2012, des pays de l'hémisphère sud avaient attiré l'attention sur une

circulation majoritaire de virus de type B et noté une circulation plus importante du virus A(H1N1) pandémique [1]. Pour autant, l'ampleur globale de l'épidémie est restée dans la moyenne de ce qui était connu ces dernières années : une estimation nationale du réseau Sentinelles donnait 2 775 000 cas de grippe vus en médecine générale en 13 semaines épidémiques [2].

[1] Australian influenza surveillance report, No 10, 2012, reporting period : 29 September to 12 October 2012, <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/cda-surveil-ozflu-flucurr.htm>

[2] Bulletin du réseau Sentinelles du 3/04/2013, <http://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/?page=bulletin>

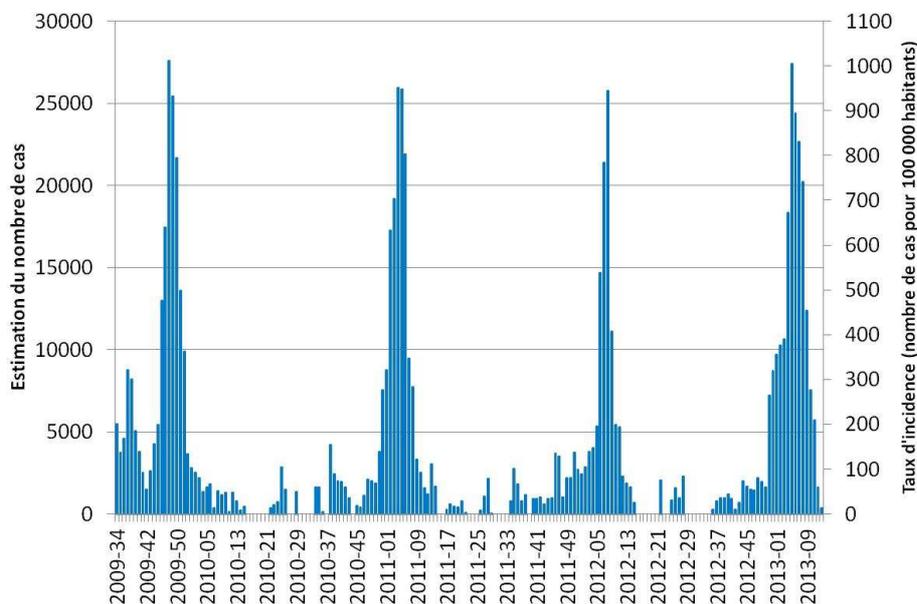
Surveillance en médecine de ville

La surveillance communautaire repose sur les données du Réseau Unifié Sentinelles et Grog. L'épidémie a débuté brutalement en région en semaine 51-2012, pour culminer en semaine 5-2013 à 1004 cas

hebdomadaires de syndromes grippaux en consultation pour 100 000 habitants. Elle s'est achevée en semaine 12-2013, après 13 semaines épidémiques.

| Figure 1 |

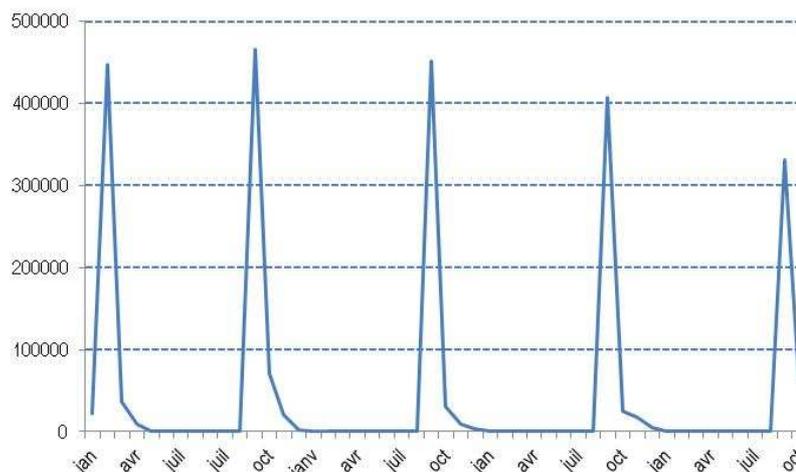
Evolution hebdomadaire des syndromes grippaux vus en consultation, Réseau unifié, Languedoc-Roussillon, 2009-2013



Vaccination anti-grippale en région

| Figure 4 |

Nombre mensuel total de vaccin grippaux vendus, Languedoc-Roussillon, années 2008 à 2012



Source : GERS, exploitation : InVS

Les données ci-dessus correspondent aux ventes mensuelles de vaccins grippaux effectuées par les grossistes pharmaceutiques aux officines de ville. Elles suggèrent une réduction de la couverture vaccinale en population générale durant les deux dernières saisons. Celle-ci a été estimée par l'InVS à 54% en 2011 chez les personnes de plus de 65 ans au niveau national pour une cible à 75% [5]. Le phénomène de baisse de la couverture vaccinale observé parmi les résidents et personnels en Ehpad dans la région pourrait être un

reflet de cette tendance générale. Il est pourtant nécessaire de rappeler l'importante morbidité et mortalité de la grippe chez les sujets fragilisés, ainsi que les difficultés de gestion des épisodes collectifs d'IRA en établissement médico-social.

[5] Guthmann JP, Fonteneau L, Lévy-Bruhl D. Mesure de la couverture vaccinale en France : sources et données actuelles. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2012. 4 p

Surveillance des cas graves de grippe admis en réanimation

Depuis la saison 2009-2010, les Cire animent dans chaque région la surveillance des cas de grippe admis en réanimation, qui est destinée à recueillir leurs caractéristiques. Ceci permet aussi d'estimer au niveau national l'efficacité vaccinale et d'identifier les facteurs de risques associés à un séjour en réanimation pour grippe.

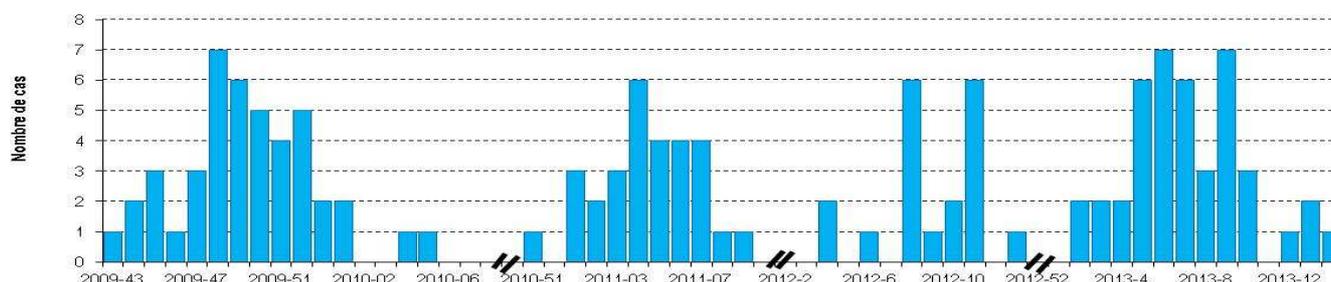
Cette saison, **44 cas de grippe ont été signalés par les réanimateurs** de la région ce qui est plus important que les deux saisons précédentes (29 et 18 cas), et autant qu'en 2009-2010 (43 cas). Pourtant, certains

services n'ayant signalé aucun cas durant cette saison, l'exhaustivité du signalement est vraisemblablement moins bonne qu'en 2009-2010 (en particulier dans les Pyrénées-Orientales).

Cette morbidité plus importante de la grippe lors de la saison 2012-2013, est possiblement associée à circulation plus importante de H1N1 que lors des deux saisons précédentes, mais peut aussi être liée à des différences de couverture et de protection vaccinales. Elle accompagne aussi une épidémie de durée plus longue que les années antérieures.

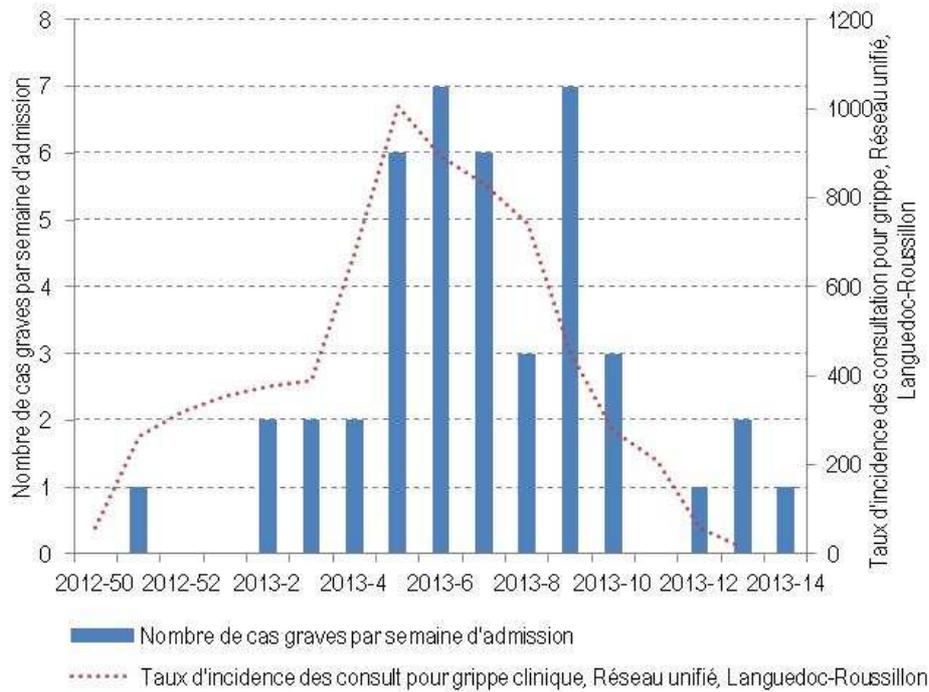
| Figure 5 |

Nombre de cas de grippe en réanimation selon la date d'admission, Languedoc Roussillon, saisons 2009-10 à 2012-13



| Figure 6 |

Nombre de cas de grippe admis en réanimation et incidence de la grippe dans la communauté, Languedoc Roussillon, saison 2012-2013

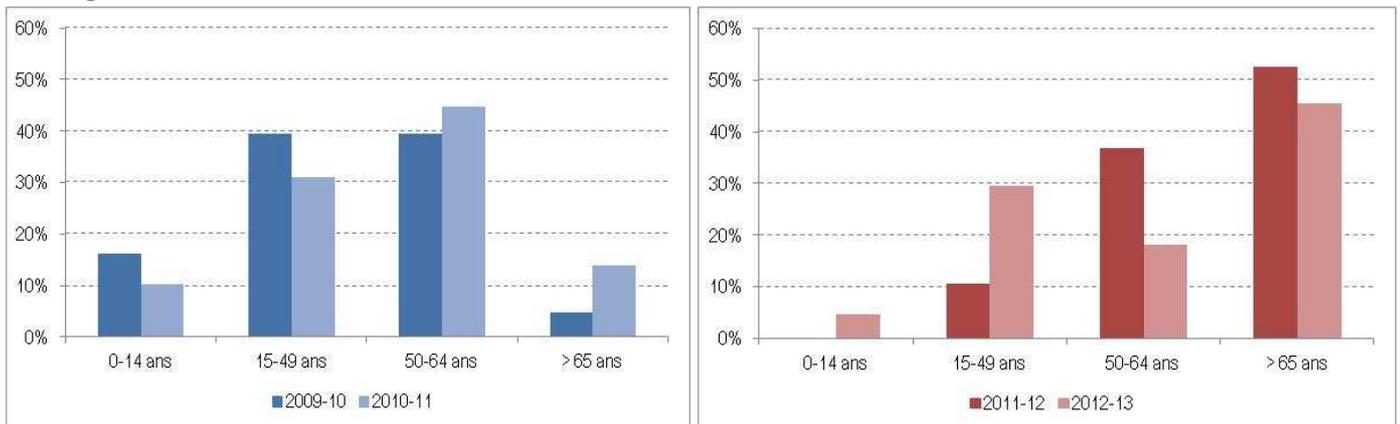


Le signalement des cas graves par les réanimateurs a globalement suivi le développement de l'épidémie dans la communauté. Le taux d'incidence de forme grave par habitant s'établit à 16,5 par million d'habitants, ce qui

est au même niveau que lors de la première saison pandémique 2009-2010 (15,2 cas de grippe admis en réanimation par million d'habitants).

| Figure 7 et 8 |

Répartition des cas de grippe en réanimation selon la tranche d'âges, saisons 2009-2010 à 2012-2013 en région Languedoc-Roussillon



Si l'on compare les tranches d'âges représentées en réanimation, on observe des distributions assez proches lors des 2 saisons où H1N1pdm09 était dominant (figure de gauche) : une forte proportion de sujets avaient entre 15 et 49 ans et 50 à 64 ans, avec peu de cas rapportés parmi les âges supérieurs à 65 ans. En revanche, à l'occasion de la circulation importante de H3N2 (année 2011-2012), les âges augmentaient nettement parmi les cas graves (figure de

droite). Enfin, lors de la saison 2012-2013, un profil mixte réapparaît sur les données de la région, avec à la fois une proportion non négligeable de sujets de 15 à 49 ans (30%) et près de 50% des sujets ayant plus de 65 ans. Ces éléments demandent à être confirmés sur des effectifs plus importants et renvoient vraisemblablement à la plus grande fréquence des virus B et à la réapparition d'une circulation des virus H1N1 cette année.

Caractéristiques des cas admis en réanimation, Languedoc Roussillon, saison 2012-2013

Statut virologique	N	%
A	27	61%
B	15	34%
Non confirmé	2	5%
Classes d'âge		
0-4 ans	2	4%
5-14 ans	0	0%
15-64 ans	24	56%
65 ans et plus	18	40%
Ratio Homme/Femme		
	1	
Facteurs de risque de grippe compliquée		
Aucun	3	7%
Grossesse	0	0%
Obésité (IMC > 30)	6	14%
Autres	33	75%
dont <i>pathologie pulmonaire</i>	14/33	–
<i>diabète</i>	6/33	–
<i>pathologie cardiaque</i>	5/33	–
<i>immunodépression</i>	3/33	–
NSP	2	4%
Vaccination		
Non vacciné	21	48%
Vacciné	5	11%
NSP	18	41%
Facteurs de gravité		
SDRA (syndrome de détresse respiratoire aigu)	28	64%
ECMO (oxygénation extra-corporelle)	2	4%
Décès	5	14%

On remarque l'importante proportion de personnes non vaccinées (48%), cependant le statut vaccinal n'est pas connu dans 41% des cas. Pourtant, au niveau régional, seulement 7% des personnes admises en réanimation n'avaient aucun facteur de risque (rendant éligible à la vaccination contre la grippe saisonnière). Aucune femme enceinte n'était concernée, en revanche l'obésité concernait 16% des cas.

Le facteur de risque majoritairement identifié était l'âge > 65 ans (18/44).

Parmi les autres facteurs de risque identifiés on notait l'existence d'une pathologie pulmonaire (14/33), d'un diabète (6/33), d'une pathologie cardiaque (5/33), ou d'une immunodépression (3/33). Ces facteurs pouvaient bien sûr parfois être associés.

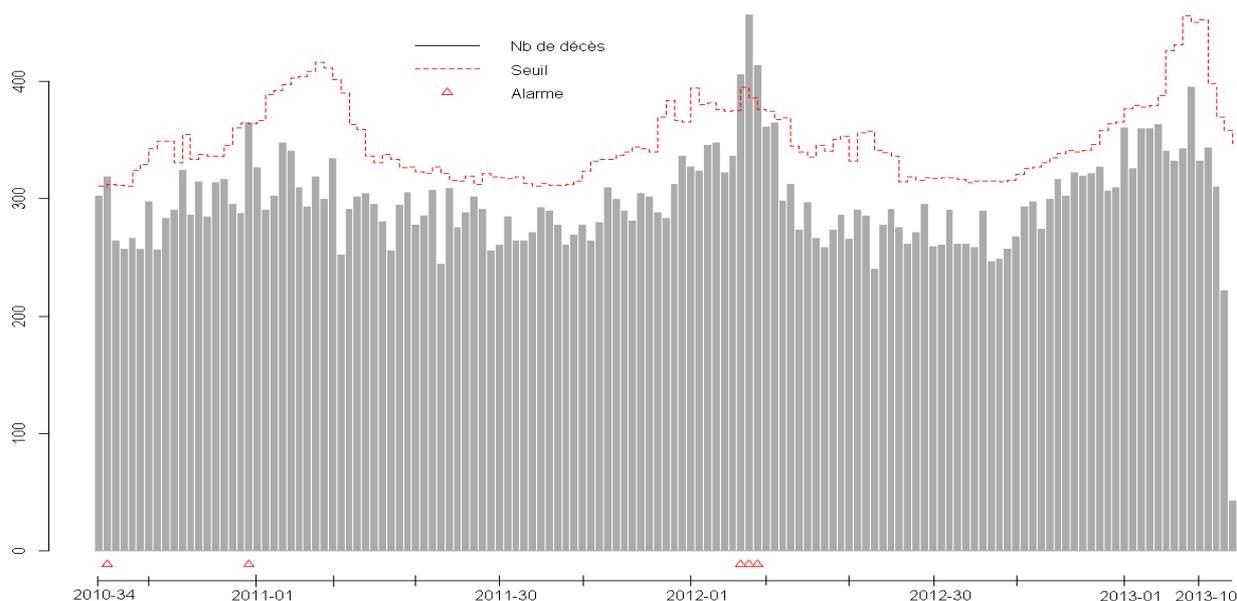
Surveillance de la mortalité

Les figures 10 et 11 page suivante montrent les tendances hebdomadaires de la mortalité à partir des données transmises par l'Insee. Les données collectées sont issues du volet administratif des certificats de décès enregistrés par les bureaux d'état-civil informatisés et portent sur l'âge et le sexe de la personne, la date de décès, et la commune de décès.

L'analyse porte ici sur 34 communes pour lesquelles l'historique est suffisant, ces communes regroupant 50% de la population de la région et environ 60% des décès. La mortalité hebdomadaire est analysée à partir d'un seuil statistique défini à l'aide d'un modèle de régression log linéaire de Farrington.

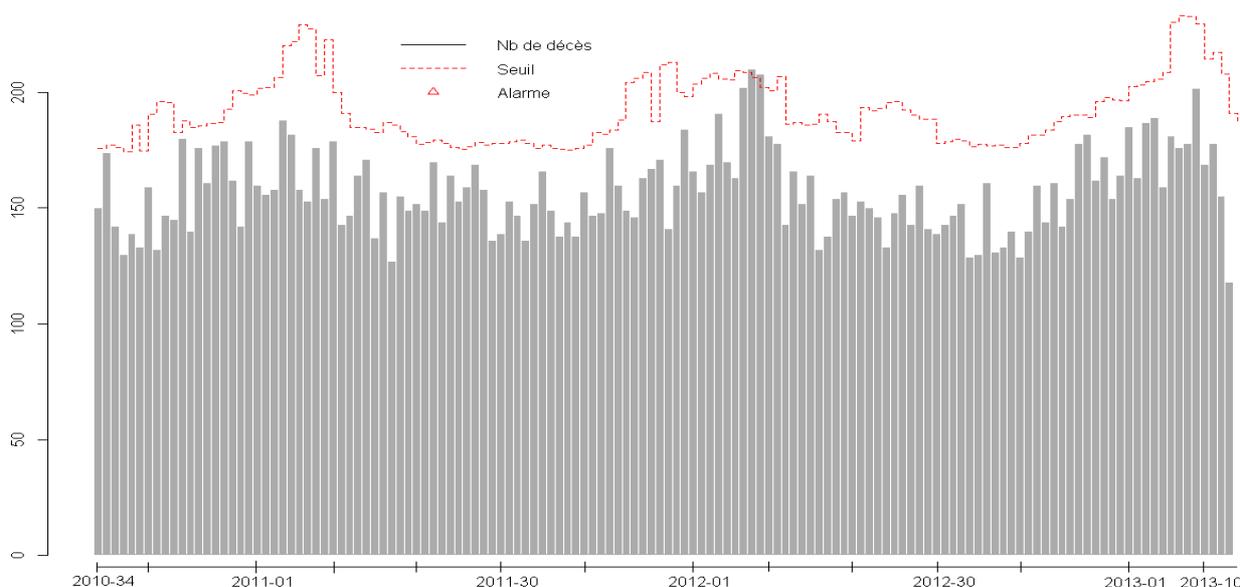
| Figure 10 |

Nombre de décès hebdomadaire, tous âges, échantillon de 34 communes, semaines 2010-34 à 2013-14, région Languedoc-Roussillon



| Figure 11 |

Nombre de décès hebdomadaire chez les plus de 75 ans, échantillon de 34 communes, semaines 2010-34 à 2013-14, région Languedoc-Roussillon



Durant la saison hivernale 2012-2013, en dépit d'une élévation transitoire de la mortalité en semaine 9-2013 principalement observée chez les plus de 75 ans, on n'observait pas de surmortalité durable

quelque soit l'âge considéré, contrairement à ce qui avait été observé l'année précédente à l'occasion de la période de grand froid 2011-2012.

| Conclusion |

Cette saison 2012-2013 est particulière car elle a vu cohabiter 3 épidémies grippales et revenir, bien que de façon modeste, H1N1pdm09 aux côtés de H3N2 et des virus grippaux de type B. Si le nombre de formes sévères est similaire à celui de la saison 2009-

2010, la mortalité globale en population ne semble pas modifiée. Ce bilan est l'occasion de rappeler la gravité de la grippe chez les personnes fragilisées, et l'utilité et l'importance de la vaccination dans le cadre des indications précisées dans le calendrier vaccinal.

| Rédaction |

Cyril Rousseau, Cire Languedoc-Roussillon

| H5N1, H7N9, où en sommes nous ?|

L'annonce récente de l'identification d'un nouveau virus grippal en Chine a conduit à renforcer la vigilance afin d'identifier d'éventuels cas importés en France. Ce renforcement se situe dans un contexte où deux autres virus font également l'objet d'une surveillance particulière. Une unification des modalités de signalement et de confirmation de ces trois infections virales respiratoires est en cours (InVS, HCSP et DGS).

Nous proposons un point de situation sur les trois virus respiratoires actuellement considérés comme « risques potentiellement émergents » que sont les virus grippaux A(H5N1), A(H7N9) et le nouveau coronavirus.

Des trois virus, le virus grippal **A(H5N1)** est le plus ancien (près de 15 ans de diffusion). Il s'agit d'une grippe aviaire typique avec une morbidité importante chez les animaux et des formes sévères chez l'homme. Il n'y a pas d'évidence de transmission interhumaine. Depuis 2003, 600 cas humains avec 350 décès ont été recensés par l'OMS. Même si ce virus a circulé en France en 2006 (canards sauvages), aucun cas humain n'a été observé.

Une définition de cas humain possible de grippe aviaire est régulièrement mise à jour en tenant compte des pays avec circulation du virus chez des oiseaux et avec des cas humains.

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-aviaire-A-H5N1>

Le **nouveau coronavirus (NCoV)** identifié en septembre 2012 est relativement proche du coronavirus humain (CoV) du Sras identifié en 2003.

Pour mémoire, le CoV a provoqué une épidémie mondiale de pneumonies sévères avec transmission interhumaine (plus de 8000 cas dans le monde). En France, 7 cas probables ou avérés avaient été identifiés (de retour du Vietnam ou de Chine) parmi plus de 400 cas suspects. L'origine animale du réservoir de virus a été identifiée en Chine (chauve-souris puis civettes).

Actuellement, le NCoV connaît une diffusion très limitée avec, semble-t-il, une contagiosité plus faible que celle du Sras (seulement 2 cas avec transmission interhumaine prouvée). La situation paraît bien maîtrisée depuis octobre 2012 avec seulement 17 cas confirmés et 11 décès dans le monde. Le dernier cas date du 23 mars 2013.

<http://www.invs.sante.fr/fr/Actualites/Actualites/Surveillance-des-infections-liees-au-nouveau-coronavirus-NCov--Point-au-3-avril-2013>

Enfin, le virus grippal **A(H7N9)** a été identifié dans la région Est de la Chine depuis fin mars 2013. Les premiers éléments orientent vers une situation de grippe aviaire qui pourrait être plus ou moins similaire à celle du H5N1. La différence actuelle porte sur une absence de symptomatologie chez les oiseaux et une moindre sévérité chez l'homme avec de possibles cas asymptomatiques. Il n'y a toujours pas d'élément en faveur d'une transmission interhumaine. Au 7 mai 2013, 130 cas et 31 décès ont été recensés en Chine. Les cas sont rares et peu sévères chez les enfants. L'évolution de l'épidémie va donc dépendre du réservoir animal et de la diffusion du virus dans ce réservoir.

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-aviaire/Point-sur-les-connaissances>
http://www.who.int/csr/don/2013_05_07/en/index.html

Liste des pays considérés à risque selon le type de virus

(Valable le 17/04/2013 et susceptible d'évoluer)

H5N1	H7N9	NCoV
Bangladesh, Cambodge, Chine (dont Tibet), Egypte, Indonésie, Laos, Myanmar, Vietnam, Russie (entre mer Noire et mer Caspienne), Iran, Népal, Hong-Kong, Bhoutan, Inde.	Chine	Arabie Saoudite, Bahreïn, Emirats Arabes Unis, Irak, Iran, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, Syrie, Territoires palestiniens occupés, Yémen

Avec l'aimable autorisation de la Cire Pays de la Loire

Points clés

Co-circulation des virus B, H3N2 et H1N1 pdm09

Remerciements

A l'ensemble des professionnels participant à la surveillance, en ville, dans les services de réanimation, dans les laboratoires de virologie des CHU de Nîmes et Montpellier, de même qu'aux équipes des EHPAD, et de veille sanitaire de l'ARS.



Directrice de la publication :
Dr Françoise WEBER
Directrice générale de l'InVS

Comité de rédaction :
Leslie Banzet, Amandine Cochet,
Elsa Delisle, Franck Golliot,
Christine Ricoux, Cyril Rousseau

Diffusion
Cire Languedoc-Roussillon
ARS Languedoc-Roussillon
1025, avenue Henri Becquerel
28 Parc Club du Millénaire CS3001
34067 Montpellier cedex 2
Tél. : 04 67 07 22 86
Fax : 04 67 07 22 88
<http://www.invs.sante.fr>