

SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET VIROLOGIQUE DE LA GRIPPE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE : SAISON 2012-2013

// EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND VIROLOGICAL INFLUENZA ACTIVITY IN MAINLAND FRANCE: SEASON 2012-2013

Équipes de surveillance de la grippe*

Auteur pour la correspondance : Emmanuel Belchior (e.belchior@invs.sante.fr)

* Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France : Emmanuel Belchior, Isabelle Bonmarin, Vanina Bousquet, Anne Fouillet, Daniel Lévy-Bruhl, et l'ensemble des Cellules de l'InVS en région ; Centre national de référence des virus influenzae, Centre coordonnateur, Unité de Génétique moléculaire des virus à ARN, Institut Pasteur, Paris : Sylvie Behillil, Vincent Enouf, Sylvie van der Werf ; Centre national de référence des virus influenzae, Laboratoire associé, Hospices civils de Lyon, Bron : Martine Valette, Maude Bouscambert-Duchamp, Bruno Lina ; Réseau Sentinelles, Inserm, UPMC, UMR S707, Paris : Alessandra Falchi, Christophe Arena, Clément Turbelin, Marion Debin, Thierry Blanchon ; Réseau des Grog, Paris : Élodie Nauleau, Isabelle Daviaud, Anne Mosnier, Jean-Marie Cohen, Emmanuel Debost

Soumis le : 29/07/2013 // Date of submission: 07/29/2013

Résumé // Abstract

Cet article présente le bilan épidémiologique, clinique et virologique de l'activité grippale en France au cours de la saison 2012-2013.

Méthodes – Ce bilan s'appuie sur l'analyse descriptive des données de surveillance de la grippe fournies par les réseaux de médecine ambulatoire, les analyses virologiques des laboratoires partenaires, les signalements de foyers d'infections respiratoires aiguës (IRA) dans les collectivités de personnes âgées, la surveillance des passages aux urgences et des hospitalisations pour grippe, la surveillance des cas graves de grippe hospitalisés en services de réanimation et l'analyse des données de mortalité disponibles, en France métropolitaine.

Résultats – La saison 2012-2013 a été caractérisée en France métropolitaine par une épidémie grippale plus intense dans la communauté que celles des trois saisons précédentes, et d'une durée de 13 semaines, la plus longue parmi les 29 épidémies saisonnières suivies depuis 1984. L'épidémie a démarré fin décembre pour atteindre un pic deux mois après, supérieur au pic de la pandémie de 2009 et des saisons suivantes. Les virus grippaux A(H1N1)pdm09, A(H3N2) et de type B ont circulé, avec une dominance initiale des virus de type A qui s'est inversée en faveur des virus de type B fin janvier. Le nombre de foyers d'infections respiratoires aiguës en collectivités de personnes âgées est resté inférieur à celui de 2011-2012. Le nombre de consultations pour grippe aux urgences a augmenté par rapport aux deux saisons grippales précédentes. Parmi ces patients, 6,8% ont été hospitalisés, proportion significativement plus faible que celle de la saison précédente (8,2%). Au total, 818 cas graves ont été admis en réanimation, nombre supérieur à celui de la saison précédente, mais inférieur aux 1 305 cas graves de la pandémie. Ces cas graves, plus jeunes que l'an passé, ont principalement été infectés par le virus A(H1N1)pdm09. La létalité des cas graves est restée comparable à celle observée au cours des trois saisons précédentes.

Conclusion – L'épidémie de grippe 2012-2013 a été particulièrement longue, marquée par la co-circulation de trois virus grippaux. De ce fait, même si la gravité de la grippe a été comparable cette année à celle des saisons précédentes, l'impact de l'épidémie en termes de consultations pour syndromes grippaux et hospitalisations a été plus important.

This article summarizes the influenza activity in France for the 2012-2013 season.

Methods – This report is based on the descriptive analysis of different surveillance data sources for influenza clinical activity in the community reported by the primary health care networks, virological data collected by reference laboratories, emergency units visits and hospitalizations for clinical influenza, reporting of acute respiratory infections clusters in nursing homes, reporting of severe acute respiratory infections (SARI) hospitalised in intensive care units, and available mortality data in mainland France.

Results – In mainland France, the 2012-2013 season was characterized by a prolonged influenza epidemic in the community, extending from late December to mid-March 2013 (13 weeks), and peaked during the week 06/2012. The peak of the epidemic was higher than those observed during the last 3 seasons, pandemic included. Influenza viruses were detected during the whole surveillance period with co-circulation of A(H3N2), A(H1N1)pdm09 and B viruses. The number of reported clusters in nursing homes was lower than during the previous season 2011-2012. The number of emergency unit's visits was higher than during the last season. The proportion of hospitalizations for influenza was nevertheless lower than during the last season. The number of SARI (n=818) was higher than during the 2011-2012 epidemic but lower than during the 2009-2010 pandemic. SARI cases

were younger than during previous seasons and mostly infected by A(H1N1)pdm09. The SARI case fatality rate remained comparable to that of the three previous seasons.

Conclusion – The 2012-2013 influenza epidemic was particularly long, and was marked by the co-circulation of three influenza viruses. Therefore, although the severity of the influenza this year was comparable to that of previous seasons, the impact of the epidemic in terms of ILI cases and hospitalizations was more important.

Mots-clés : Grippe, Surveillance, Épidémie, France métropolitaine
// **Keywords**: Influenza, Surveillance, Outbreak, Mainland France

Introduction

La surveillance de la grippe en France poursuit les objectifs suivants : la détection précoce, le suivi de la dynamique et l'estimation de la morbidité et de la mortalité des épidémies grippales, ainsi que la caractérisation, le suivi de l'évolution antigénique et la recherche de la résistance aux inhibiteurs de la neuraminidase des virus grippaux en circulation. Elle est coordonnée par le Département des maladies infectieuses de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Cet article présente le bilan épidémiologique, clinique et virologique de la grippe en France métropolitaine durant la saison 2012-2013.

Méthodes

Les objectifs et méthodes spécifiques des différents réseaux complémentaires de surveillance de la grippe ont été précédemment décrits¹. Les systèmes de surveillance de la grippe utilisés en 2011-2012 ont tous été maintenus en 2012-2013, notamment la surveillance des cas graves de grippe hospitalisés en service de réanimation mise en place lors de la vague pandémique de 2009-2010².

La surveillance clinique de la grippe dans la communauté est assurée par deux réseaux de médecins de premier recours. Le réseau Sentinelles (www.sentiweb.fr), animé par l'UMR-S707 Inserm-UPMC, et le Réseau des groupes régionaux d'observation de la grippe (www.grog.org), animé par la Coordination nationale du Réseau des Grog. Ces deux réseaux mettent en commun depuis octobre 2009 une partie de leurs données pour former un « **Réseau unifié** » de surveillance de la grippe sur la base d'une même définition de cas (syndrome grippal = fièvre supérieure à 39°C, d'apparition brutale, accompagnée de myalgies et de signes respiratoires), afin d'améliorer les estimations régionales et nationales d'incidence de la grippe.

La surveillance des formes graves de grippe s'appuie sur le suivi des passages aux urgences et des hospitalisations pour grippe et syndromes grippaux. Ces données sont transmises quotidiennement au Département de coordination des alertes et des régions de l'InVS par un réseau de 380 structures d'urgence hospitalières en France métropolitaine adhérant à la date du 01/10/2012 au réseau **Oscour**[®], représentant environ 60% de l'ensemble des passages aux urgences. Pour prendre en compte l'augmentation du nombre d'établissements participants, les données historiques sont suivies à

travers la part des passages hospitalisés pour grippe dans les services d'urgences participant en continu depuis septembre 2008 (120 structures d'urgence).

La surveillance exhaustive des cas graves de grippe admis en **services de réanimation**, adulte et pédiatrique, est pilotée par les Cellules de l'InVS en région (Cire) et décrite dans le bilan 2010-2011³.

La surveillance des foyers d'infections respiratoires aiguës (IRA) survenus en **collectivités de personnes âgées** est réalisée à travers les signalements des établissements aux Agences régionales de santé et rapportés secondairement à l'InVS. Les recommandations de la conduite à tenir devant une ou plusieurs IRA dans les collectivités de personnes âgées ont été mises à jour en juillet 2012. Un nouveau critère de signalement a été proposé : toute survenue d'au moins 5 cas d'IRA dans un délai de 4 jours doit être signalée⁴. Le critère de signalement précédemment utilisé était : toute survenue d'au moins 3 cas d'IRA en 8 jours.

La surveillance de la **mortalité** repose sur le suivi de la létalité des cas graves en réanimation et des résidents malades dans les foyers d'IRA et de la mortalité globale toutes causes confondues. Cette dernière est suivie en temps quasi-réel, à partir des données administratives des décès enregistrées par les états civils et transmises quotidiennement par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) à l'InVS. Les 1 042 communes participant à cette surveillance depuis 2004 couvrent 70% de la mortalité totale. Depuis 2008, la surveillance en temps réel de la mortalité s'appuie également sur la certification électronique des décès. Les données collectées fournissent ainsi les causes médicales du décès, en complément des informations démographiques sur la personne décédée. Depuis début 2011, ce système a permis l'enregistrement des causes pour environ 5% des décès.

La **surveillance virologique** est assurée par le Centre national de référence (CNR) des virus *influenzae*, ainsi que par les laboratoires de virologie partenaires du Réseau des Grog et ceux du Réseau national des laboratoires hospitaliers (Renal). Les analyses sont réalisées à partir des prélèvements rhinopharyngés communautaires réalisés par les médecins vigies Grog et des résultats des analyses effectuées par les 53 hôpitaux de Renal. La méthode de recherche des résistances et mutations virales repose en priorité sur l'analyse moléculaire du génome des virus isolés chez les cas graves.

Une analyse descriptive des données de la saison 2012-2013 a été réalisée. Les résultats ont été comparés à ceux des saisons précédentes.

Par ailleurs, un nouveau système de surveillance de la grippe en population générale basé sur le Web, GrippeNet.fr (<https://www.grippenet.fr>), a été mis en place au cours de la saison 2011-2012 dans le cadre d'une étude de faisabilité, en collaboration avec l'UMR-S707 Inserm-UPMC. Ce système permettra de compléter les données des réseaux de médecine ambulatoire en apportant des données sur les personnes présentant un syndrome grippal et ne consultant pas. Les données recueillies par ce dispositif sont en cours d'analyse.

Résultats

La surveillance clinique, épidémiologique et virologique de la grippe a débuté en semaine 40/2012 (1^{er} octobre 2012) et s'est terminée en semaine 15/2013 (14 avril 2013). Les résultats étaient publiés chaque mercredi durant cette période dans le « Bulletin hebdomadaire grippe » disponible sur le site Internet de l'InVS (<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-generalites/Donnees-de-surveillance>).

Surveillance dans la communauté

Les données du « Réseau unifié » ont montré une augmentation de l'incidence des consultations pour

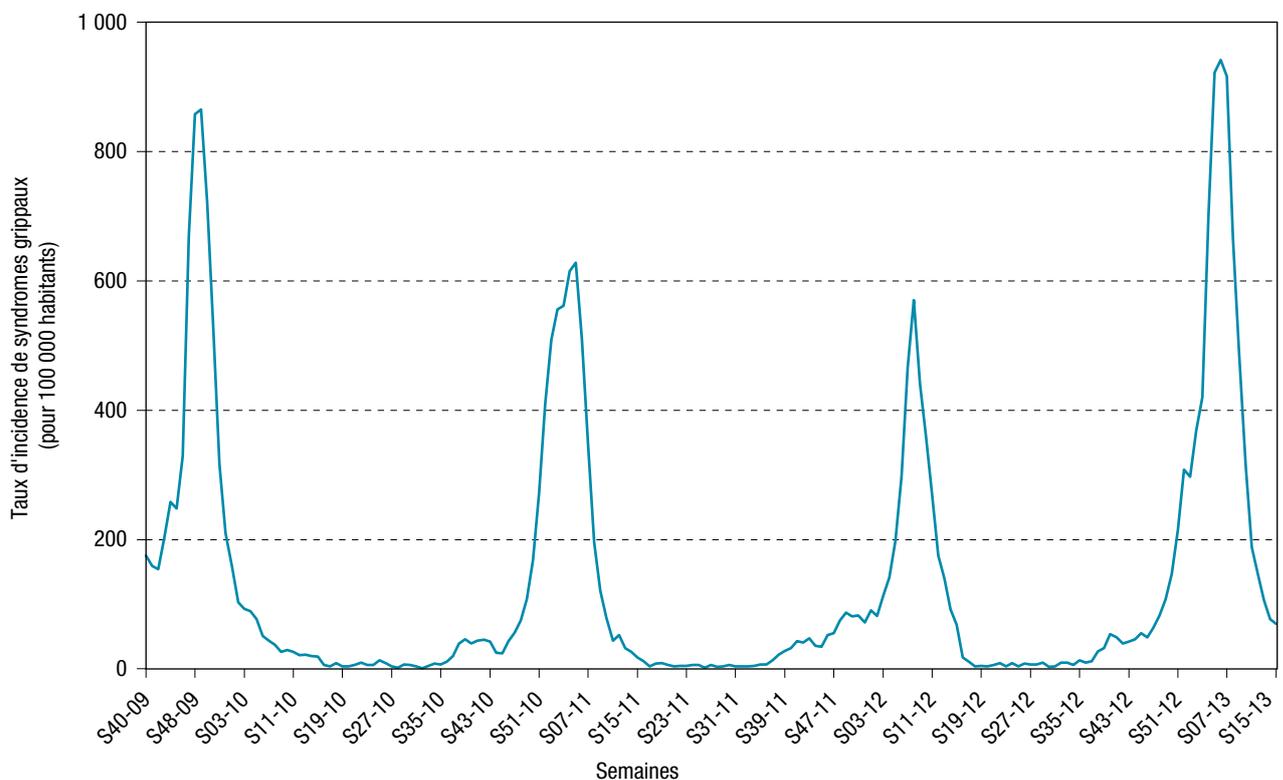
syndromes grippaux à partir de la semaine 47/2012 (19 novembre 2012) (figure 1). Le pic d'activité a été observé en semaine 06/2013 (du 4 au 10 février 2013) avec un taux d'incidence de 942 cas de consultations pour syndromes grippaux pour 100 000 habitants (571/100 000 au moment du pic de 2012, 628/100 000 au moment du pic de 2011 et 865/100 000 au moment du pic pandémique de 2009). L'âge médian des cas rapportés a augmenté depuis la pandémie : il était de 34 ans contre 32 ans durant la saison 2011-2012 et 19 ans durant celle de 2010-2011 (source : réseau Sentinelles). La période épidémique 2012-2013 a pu être estimée à partir des données du réseau Sentinelles, pour lesquelles des seuils épidémiques validés existent⁵. Ainsi, le taux d'incidence hebdomadaire de consultations pour syndromes grippaux a été supérieur au seuil épidémique entre les semaines 51/2012 (17 décembre) et 11/2013 (17 mars), soit pendant 13 semaines. Le nombre de consultations pour syndrome grippal a été estimé à 4,3 millions pendant les 13 semaines épidémiques. Il était de 1,8 millions en 2011-2012 sur la période épidémique, 2,8 millions en 2010-2011 et 3,1 millions en 2009-2010.

Surveillance virologique

Entre les semaines 40/2012 et 15/2013, 10 118 virus grippaux ont été détectés parmi les 5 412 prélèvements communautaires (Réseau des Grog) et les 64 349 prélèvements hospitaliers (réseau Renal). La proportion de positivité des 5 412 prélèvements communautaires (Grog) a été de 48% (34% en 2011-2012).

Figure 1

Taux d'incidence hebdomadaire des consultations pour syndromes grippaux (cas pour 100 000 habitants). Réseau unifié Grog-Sentinelles-InVS, semaines 40/2009-15/2013, France métropolitaine



Parmi les 2 618 virus grippaux détectés dans les prélèvements communautaires reçus :

- 45% étaient des virus grippaux de type A :
 - 21% de virus A(H1N1)pdm09
 - 18% de virus A(H3N2)
 - 6% de virus A non sous-typés
- 55% étaient des virus de type B.

La détection des virus s'est accélérée en semaine 49/2012, franchissant le seuil de positivité de 20%.

Le pic de détection a atteint un « plateau » à plus de 70% en semaines 4, 5, 6 et 7/2013, niveau comparable à celui observé durant la saison 2011-2012 (71%) et supérieur à celui de la saison 2010-2011 (58%). La saison a été caractérisée par une co-circulation de virus grippaux de type A(H3N2), A(H1N1)pdm09 et de type B (figure 2). La circulation de virus de type B s'est maintenue jusqu'à la fin de la saison.

Parmi les virus B pour lesquels la détermination de lignage a été réalisée (n=1 022), 8% étaient de lignage B-Victoria et 92% de lignage B-Yamagata, analogues à la souche vaccinale « B/Wisconsin/1/2010 » du vaccin 2012-2013⁶.

Tous les isolats viraux testés étaient sensibles aux inhibiteurs de la neuraminidase. Pour les virus A(H1N1)pdm09, aucune mutation dans la neuraminidase de type H275Y (associée à la résistance à l'oseltamivir), ou D222G et D222N dans l'hémagglutinine (associées aux formes graves) n'a été détectée alors que

ces événements rares avaient été signalés pendant la pandémie 2009-2010 et la saison 2010-2011.

Surveillance des foyers d'IRA en collectivités de personnes âgées

Entre les semaines 40/2012 et 15/2013, 753 foyers d'IRA survenus en collectivités de personnes âgées ont été signalés à l'InVS, contre 921 signalements en 2011-2012. Le nombre hebdomadaire d'épisodes en 2012-2013 est resté modéré et constant durant toute la période épidémique, suivant la dynamique des consultations pour syndromes grippaux, notamment pour les épisodes de grippe (figure 3).

La recherche étiologique a été réalisée dans 46% des foyers, proportion significativement plus importante qu'en 2011-2012 (39%). Sur les 753 épisodes signalés, 24% épisodes de grippe ont été rapportés. Parmi les 183 épisodes de grippe, 62% étaient dus à un virus de type A (7 épisodes avec un virus A(H3N2), 1 épisode avec un virus A(H1N1)pdm09 et 106 épisodes avec un virus de type A non typé), 21% étaient dus à un virus de type B et 17% à un virus grippal non typé.

Au cours des 753 épisodes, 12 873 résidents ont été malades et 329 sont décédés. Parmi les résidents, le taux d'attaque moyen d'IRA par épisode était de 28%, comparable à celui de 2011-2012 (26%). La létalité moyenne était de 3%, comparable à celle de 2011-2012 (3%). La couverture vaccinale moyenne contre la grippe des résidents était de 83%, comparable à celle de 2011-2012 (84%).

Figure 2

Évolution du nombre de virus grippaux en fonction du type/sous-type. Réseau des Grog, CNR des virus *influenzae*, laboratoires de virologie partenaires Grog, semaines 40/2009-15/2013, France métropolitaine

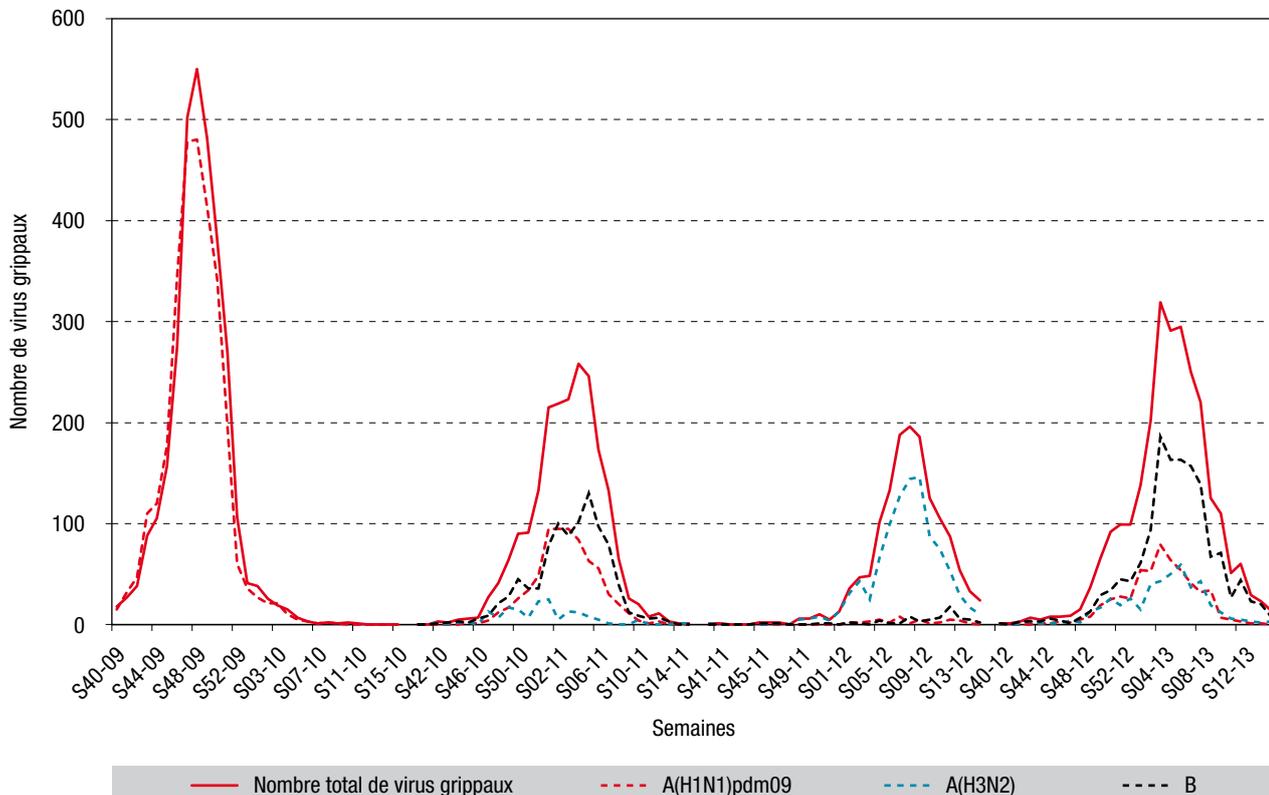
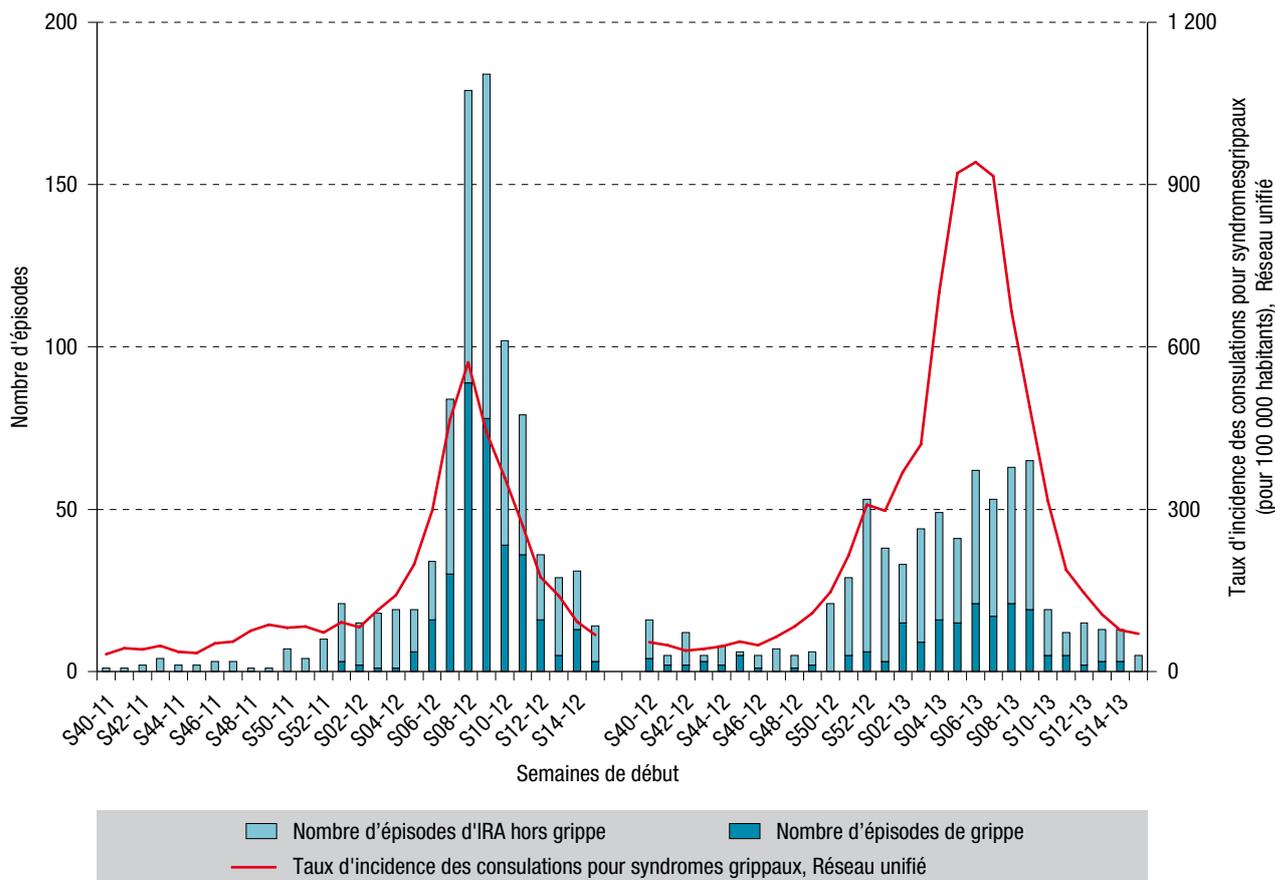


Figure 3

Nombre d'épisodes d'infections respiratoires aiguës (IRA) signalés dans les collectivités de personnes âgées par semaine de début de l'épisode et selon le diagnostic de grippe et taux d'incidence hebdomadaire des consultations pour syndromes grippaux dans la communauté (cas pour 100 000 habitants). Réseau unifié Grog-Sentinelles-InVS, saisons 2011-2012 et 2012-2013, France métropolitaine



Des membres du personnel ont été signalés comme malades dans 556 épisodes (74% des épisodes contre 92% des épisodes en 2011-2012), représentant au total 2 046 agents malades. Le taux d'attaque moyen d'IRA par épisode pour le personnel était de 8%, comparable à celui de 2011-2012 (8%). La couverture vaccinale moyenne contre la grippe des membres du personnel était de 22%, comparable à celle de 2011-2012 (24%). Des mesures de contrôle ont été mises en place dans 706 foyers (94%), proportion comparable à celle de la saison précédente (93%).

Les passages aux urgences et les hospitalisations pour grippe

Entre les semaines 40/2012 et 15/2013, les 380 hôpitaux du réseau Oscour® participant à la surveillance de la grippe pour la saison 2012-2013 ont rapporté 27 814 passages aux urgences pour grippe, dont 1 846 hospitalisations. Le nombre de passages et d'hospitalisations pour grippe, à nombre constant d'établissements, a augmenté par rapport aux deux saisons grippales précédentes (figure 4).

Durant l'épidémie, les moins de 5 ans ont représenté 30% des hospitalisations pour grippe, les 5 à 14 ans 13%, les 15 à 64 ans 36% et les 65 ans et plus 21%. La proportion moyenne d'hospitalisations pour grippe parmi les passages était de 6,8%, significativement

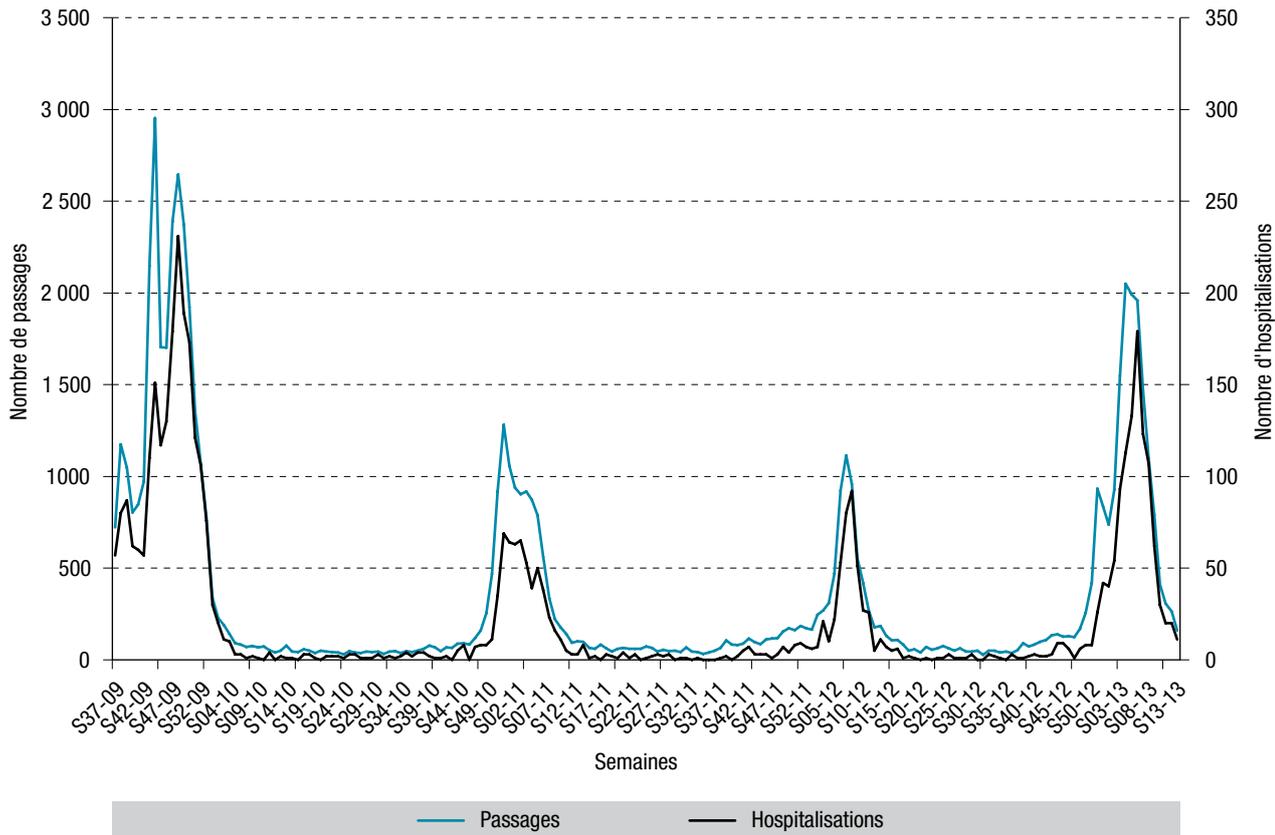
plus faible que pendant la pandémie de 2009-2010 (7,3%) et l'épidémie de 2011-2012 (8,2%), mais elle restait significativement supérieure à celle de la saison 2010-2011 (6,2%).

Surveillance des cas graves admis en service de réanimation

Cette saison, 818 cas graves de grippe ont été admis en services de réanimation en France métropolitaine contre 326 en 2011-2012, 780 en 2010-2011 et 1 305 en 2009-2010. Parmi eux, 68% étaient infectés par un virus de type A (dont 67% de A(H1N1)pdm09 parmi les 300 virus A sous-typés), 31% par un virus de type B et 1% n'ont pas eu de confirmation virologique. L'âge moyen était de 53 ans alors qu'il était de 58 ans en 2011-2012, 45 ans en 2010-2011 et 41 ans en 2009-2010. La proportion de femmes enceintes sans comorbidité associée parmi les cas graves était de 1 % au cours de cette saison *versus* 1% en 2011-2012, 4% en 2010-2011 et 3% en 2009-2010, alors que les femmes enceintes représentent 1% de la population française. La part des seniors et des personnes présentant des comorbidités était de 71%, significativement inférieure aux 78% de l'épidémie de 2011-2012 durant laquelle le virus A(H3N2) a largement circulé. La létalité, parmi les cas graves, était de 19%, comparable à celles des saisons 2011-2012 (16%), 2010-2011 (20%) et 2009-2010 (22%).

Figure 4

Nombres hebdomadaires de passages aux urgences et d'hospitalisations pour grippe. Réseau Oscour®, semaines 37/2009-14/2013, France métropolitaine



Surveillance de la mortalité globale toutes causes confondues

L'analyse des évolutions de la mortalité à partir des données fournies par l'Insee a montré une hausse modérée (environ 7 800 décès supplémentaires enregistrés) de la mortalité tous âges confondus entre mi-janvier (semaine 3) et mi-avril (semaine 15) 2013, période concomitante à celle de l'épidémie de grippe, par rapport aux effectifs observés sur cette période les années précédentes (figure 5). Cette hausse (+ 8%) est quantitativement proche de celle observée lors des deux épisodes de surmortalité des hivers 2008-2009 et 2011-2012, mais se distribue sur une période plus longue (13 semaines en 2013 contre 6 semaines pour les deux épisodes précédents), avec une dynamique différente (distribution en plateau) de celle observée pour les deux épisodes précédents⁷.

Cette évolution de la mortalité concerne principalement les personnes de 85 ans ou plus. Pratiquement toutes les régions ont été concernées par cette élévation de la mortalité, avec toutefois une dynamique et une intensité hétérogènes selon les régions.

Discussion-conclusion

La saison 2012-2013 a été caractérisée en France métropolitaine par une épidémie grippale d'ampleur plus importante que celle des trois saisons précédentes dans la communauté, et d'une durée particulièrement importante de 13 semaines. En effet, elle a

été l'épidémie la plus longue parmi les 29 épidémies saisonnières suivies depuis 1984⁸.

La durée de cette épidémie pourrait s'expliquer, entre autres, par la co-circulation des virus grippaux (A(H3N2), A(H1N1)pdm09 et B) ainsi que par la persistance d'une circulation tardive des virus de type B. Cette longueur inhabituelle peut expliquer le volume important de consultations pour syndromes grippaux l'hiver dernier, supérieur à celui des trois épidémies grippales précédentes.

La proportion d'hospitalisations pour grippe et la létalité des cas graves en réanimation sont restées comparables aux années antérieures. Ces observations ne sont donc pas en faveur d'une gravité particulière de l'épidémie de grippe 2012-2013. Cependant, le nombre plus important de cas a entraîné, à gravité identique, un nombre plus important de recours aux soins d'urgences et aux hospitalisations. La surmortalité observée était comparable à celle des épisodes de 2008-2009 et 2011-2012. Les conditions climatiques combinées à l'épidémie de grippe ont été probablement deux facteurs ayant pu contribuer à cet excès de mortalité⁷.

Le nombre de signalements de cas groupés d'IRA en collectivités de personnes âgées a baissé et la recherche étiologique a, quant à elle, été plus fréquente par rapport à la saison 2011-2012⁹. Le premier point pourrait s'expliquer par la circulation simultanée de plusieurs virus, alors que la

saison 2011-2012 a été caractérisée par une circulation majoritaire de virus A(H3N2) connus pour être à l'origine d'un nombre important de cas parmi les personnes âgées. Le deuxième point pourrait s'expliquer par l'effort des professionnels de santé et des acteurs de la santé publique régionaux pour respecter les nouvelles recommandations de conduite à tenir face à des cas groupés d'IRA en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), notamment en matière de recherche étiologique⁴. Cette recherche de l'étiologie reste importante pour pouvoir mettre en place les mesures de contrôle spécifiques, notamment une chimioprophylaxie antivirale, en cas de détection de virus grippaux lors de ces épisodes¹⁰.

Depuis le lancement du nouveau système de surveillance GrippeNet.fr fin janvier 2012, plus de 6 000 personnes se sont inscrites à l'étude. Chaque semaine, pendant la saison grippale, près de 3 650 questionnaires ont été remplis. Les premières analyses sur la saison 2011-2012 se sont intéressées à la représentativité de la population suivie¹¹. Pour les prochaines saisons, des indicateurs supplémentaires provenant de ce nouveau système seront produits.

Concernant la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière, les données consolidées de la Caisse nationale d'assurance maladie (CnamTS) pour

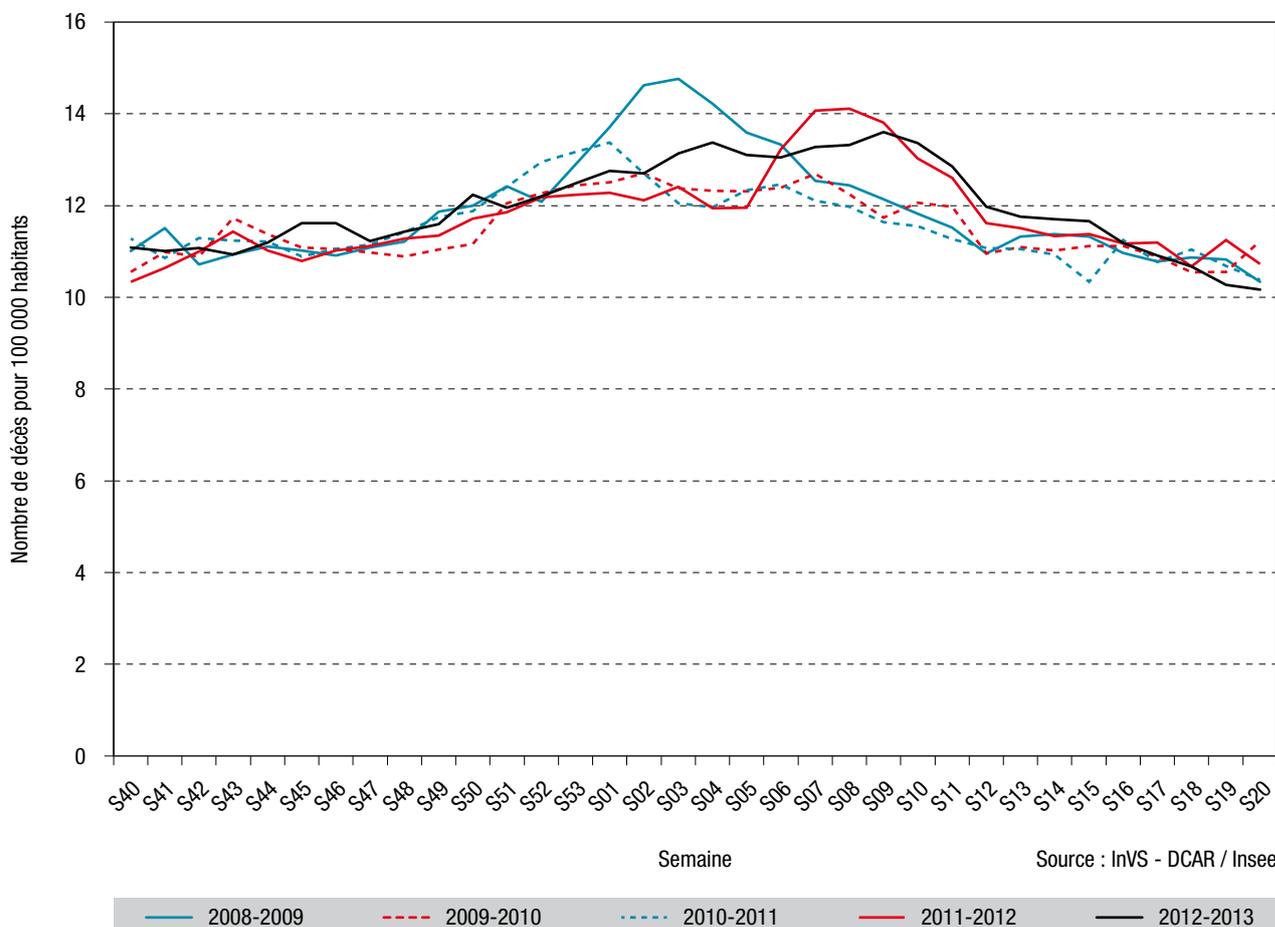
la saison 2012-2013 ont montré que, sur près de 10 millions de bons de vaccination envoyés aux bénéficiaires du régime général (hors sections locales mutualistes), le taux de retour était globalement de 50,1%. Ce taux était de 39,1% chez les personnes âgées de moins de 65 ans et de 53,1% chez les 65 ans et plus (38,7% chez les 65-69 ans et 59% chez les personnes de 70 ans et plus). Comparés à la saison 2011-2012, les taux sont en légère diminution. Les données de la CnamTS confirment la baisse constante de l'estimation de la couverture vaccinale grippale constatée depuis la vague pandémique de 2009-2010. Cette baisse concerne principalement les personnes âgées de 65 ans et plus, pour lesquelles elle dépasse 10% par rapport à la saison 2008-2009.

Par ailleurs, l'étude cas-témoin européenne I-Move¹² a réuni sept pays, dont la France, et analysé les résultats de près de 6 000 prélèvements, issus de patients consultant en médecine générale, au cours de la saison 2012-2013. L'efficacité globale du vaccin reste modérée, après ajustement, aux alentours de 50% pour l'ensemble de la population et de 60% pour les groupes pour lesquels la vaccination est recommandée. Les résultats détaillés de l'étude sont en cours de publication.

Les caractéristiques des virus circulant durant la saison 2012-2013 ont été prises en compte dans

Figure 5

Évolution hebdomadaire du nombre de décès pour 100 000 habitants, tous âges et toutes causes confondues, 2005-2013, France métropolitaine



la composition du vaccin pour la saison 2013-2014. Le virus grippal responsable de la vague pandémique de 2009 a peu évolué et il a été inutile de modifier la souche vaccinale A(H1N1)pdm09 utilisée actuellement. En ce qui concerne les virus A(H3N2), les virus qui ont circulé cette année, bien que proches antigéniquement du virus de référence « A/Victoria/361/2011 » produit en culture cellulaire, étaient légèrement différents de la souche vaccinale produite sur œufs embryonnés. Pour l'automne prochain, l'Organisation mondiale de la santé recommande donc d'utiliser une souche plus récente « A/Texas/50/2012 ». Les deux lignages de virus B (Victoria et Yamagata) ont continué à co-circuler, mais la proportion des virus du lignage Yamagata était toujours prédominante dans de nombreux pays. La souche recommandée pour la prochaine saison « B/Massachusetts/2/2012 » est donc encore de la lignée Yamagata, mais différente et plus récente que celle retenue pour 2012-2013 « B/Wisconsin/1/2010 »¹³.

En conclusion, l'épidémie de grippe 2012-2013 a été particulièrement longue, marquée par la co-circulation de trois virus grippaux. De ce fait, même si la part des décès parmi les cas graves de grippe a été comparable cette année à celle des saisons précédentes, l'impact de l'épidémie en termes de consultations pour syndromes grippaux et hospitalisations a été plus important. ■

Remerciements

Nous remercions vivement l'ensemble des acteurs des différents réseaux de surveillance pour leur implication dans la surveillance de la grippe, notamment les réanimateurs, les cliniciens hospitaliers, les médecins libéraux, les laboratoires et les Agences régionales de santé.

Références

- [1] Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance épidémiologique et virologique de la grippe en France, saison 2010-2011. Bull Épidémiol Hebd. 2011;(37-38):394-8. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=9972
- [2] Vaux S, Brouard C, Fuhrman C, Turbelin C, Cohen JM, *et al.* Dynamique et impact de l'épidémie A(H1N1)2009 en France métropolitaine, 2009-2010. Bull Épidémiol Hebd. 2010;(24-25-26):259-64. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=679
- [3] Bonmarin I, Belchior E, Haeghebaert S, Servas V, Watrin M, Lévy-Bruhl D. Cas graves de grippe admis en réanimation,

saison 2010-2011. Bull Épidémiol Hebd. 2011;(37-38):398-401. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=9977

[4] Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées. Paris : Haut Conseil de la santé publique, juillet 2012 ; 57 p. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=288>

[5] Vaux S, Pelat C, Cohen JM, Le Strat Y, Mosnier A, Turbelin C, *et al.* Estimations de l'incidence des consultations liées à la grippe A(H1N1)2009 en médecine de ville en France métropolitaine : méthodes, avantages et limites. BEHWeb 2009 (3). http://www.invs.sante.fr/behweb/2009/03/a-6_1.htm

[6] World Health Organization (WHO). Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2012-2013 northern hemisphere influenza season. Genève: OMS, février 2012. http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/201202_recommendation.pdf

[7] Fouillet A, Merlen R, Rey G, Cardoso T, Caserio-Schnönemann C. Surveillance de la mortalité au cours de l'hiver 2011-2012 en France. Bull Épidémiol Hebd. 2012;(33):375-9. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10942

[8] Réseau Sentinelles, Bilan annuel 2011. <http://www.sentiweb.org/>

[9] Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance épidémiologique et virologique de la grippe en France, saison 2011-2012. Bull Épidémiol Hebd. 2012;(38):424-7. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11002

[10] Haut Conseil de la santé publique. Utilisation des antiviraux chez les patients en extra-hospitalier pour le traitement en curatif et le traitement en post-exposition en période de circulation des virus de la grippe saisonnière. Avis et rapport. Paris : HCSP, 9 novembre 2012. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=298>

[11] Debin M, Turbelin C, Blanchon T, Bonmarin I, Falchi A, Hanslik T, *et al.* Evaluating the feasibility and participants' representativeness of an online nationwide surveillance system for influenza in France. PLoS One. 2013;8(9):e73675. doi: 10.1371/journal.pone.0073675.

[12] Kissling E, Valenciano M, I-MOVE case-control studies team. Early estimates of seasonal influenza vaccine effectiveness in Europe, 2010/11: I-MOVE, a multicentre case-control study. Euro Surveill. 2011;16(11):pii=19818. <http://www.euro-surveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19818>

[13] World Health Organization (WHO). Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2013-14 northern hemisphere influenza season. Genève: OMS, 21 Février 2013. http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2013_14_north/en/index.html

Citer cet article

Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance épidémiologique et virologique de la grippe en France, saison 2011-2012. Bull Épidémiol Hebd. 2013;(32):394-401.