

Objectifs et organisation de la surveillance

La surveillance des cas graves de grippe hospitalisés en réanimation a été mise en place par Santé Publique France lors de la pandémie grippale A(H1N1) en 2009 et est reconduite chaque année depuis. Elle est animée et coordonnée à l'échelon régional par les Cellules d'intervention de Santé publique France en région (Cire). Elle a pour objectifs de décrire les caractéristiques épidémiologiques des cas graves de grippe et les facteurs de risque, ainsi que de caractériser l'évolution des virus grippaux responsables de grippe sévère.

Le signalement des cas graves de grippe est effectué sur la base du volontariat par les services de réanimation des centres hospitaliers de la région, adultes et pédiatriques. Tout cas de grippe confirmé (prélèvement virologique positif) ou probable (jugement du clinicien) hospitalisé en réanimation est à signaler à la Cire. La surveillance démarre début novembre pour s'achever début avril. Une fiche de surveillance recueille des informations sur les caractéristiques sociodémographiques, la présence de facteurs de risque de grippe sévère et les critères de gravité du cas, le statut vaccinal, les résultats des prélèvements virologiques. Cette fiche de signalement est transmise à la Cire où les données sont saisies dans une base Voozanoo (Epiconcept®).

L'étude nationale sur l' « exhaustivité des cas sévères d'influenza en région » (Ecsir) menée en 2017 sur les données de 2009 à 2013, a permis de mettre en évidence une exhaustivité de 28 % dans l'ancienne région Picardie et de 43 % dans l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais. Pour plus d'informations : [voir le rapport et la synthèse de l'étude Ecsir](#).

Contexte national

L'épidémie de grippe en France cette saison fut précoce et exceptionnellement longue par rapport aux années précédentes. L'épidémie s'est étendue de début décembre 2017 (semaine 2017-49) à fin mars 2018 (semaine 2018-12) soit 16 semaines d'épidémie. En comparaison, lors des deux saisons précédentes, l'épidémie avait duré 10 et 11 semaines. Lors de cette saison 2017-2018, un premier pic épidémique a été atteint fin décembre et un second pic a été observé fin février-début mars. Cette dynamique atypique, avec deux vagues épidémiques successives, a été causée par la circulation du virus A(H1N1) en début d'épidémie suivie de celle du virus B/Yamagata. L'épidémie de cette saison 2017-2018, bien que d'intensité modérée en médecine ambulatoire, a été caractérisée par un nombre élevé d'hospitalisations après recours aux urgences pour syndrome grippal (plus de 9 700) et de cas graves admis en réanimation (plus de 2 900) au niveau national. Cette épidémie a également été marquée par une surmortalité importante avec 13 000 décès attribués à la grippe, légèrement inférieure aux deux saisons précédentes (plus de 14 000 décès attribuables). Pour plus d'informations : [voir le dernier bilan national du 18 avril 2018](#). L'ensemble des données détaillées nationales sera disponible dans un Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) dont la sortie est prévue pour le début du mois d'octobre 2018.

Situation épidémiologique régionale

Dans la région Hauts-de-France, l'épidémie de grippe a débuté mi-décembre 2017 (semaine 2017-50) et s'est étendue jusque fin mars 2018 (semaine 2018-12), soit 15 semaines d'épidémie. Cette durée d'épidémie est supérieure aux deux saisons précédentes dans la région avec respectivement 9 et 11 semaines d'épidémie (Figure 1).

Durant la saison, **318 cas graves de grippe** ont été signalés à la Cellule d'intervention en région (Cire) Hauts-de-France, soit 11 % des cas rapportés au niveau national. Parmi eux, 150 (47 %) étaient hospitalisés dans le département du Nord, 89 (28 %) dans le Pas-de-Calais, 62 (19 %) dans la Somme, 13 (4 %) dans l'Oise et 4 (1 %) dans l'Aisne. Parmi les 35 services et/ou unités de réanimation sollicités pour participer à la surveillance, 31 (89 %) ont signalé au moins 1 cas. Les cas signalés ont été admis en réanimation entre le 16/11/2017 et le 25/04/2018, la grande majorité (96 %, correspondant à 306 cas) ayant été hospitalisés pendant la période épidémique (Figure 1). Le taux d'incidence des cas graves de grippe pour la région Hauts-de-France était cette année de **53 cas par million d'habitants**, nettement supérieur aux taux des saisons précédentes (respectivement 15,9 et 16 par million d'habitants en 2015-2016 et 2016-2017).

Types et sous-types grippaux

En début d'épidémie le virus dominant était de type A (H1N1). A partir de la semaine 2018-05 (début février), le virus B/Yamagata (différent de la souche vaccinale B/Victoria) a prédominé par rapport au A et a largement contribué à la seconde vague d'activité observée (Figure 2), en cohérence avec la circulation de ces virus au niveau national. **La majorité des virus identifiés était de type A (63 %, correspondant à 199 cas)**. Plus précisément, 49 cas (15 %) étaient infectés par un virus de type A(H1N1), 3 cas (1 %) par le type A(H3N2) et 147 cas (46 %) par un virus de type A non sous-typé (Tableau 1). Il est à noter qu'en fonction des différents laboratoires de virologie recevant les souches de virus, le sous-typage viral n'était pas réalisé de façon systématique. Enfin, il y a eu 118 cas (37 %) infectés par un virus de type B et 1 cas était co-infecté par les virus A et B.

Figure 1 : Courbes épidémiques des saisons 2015-2016 à 2017-2018 (les données hachurées correspondent aux décès)

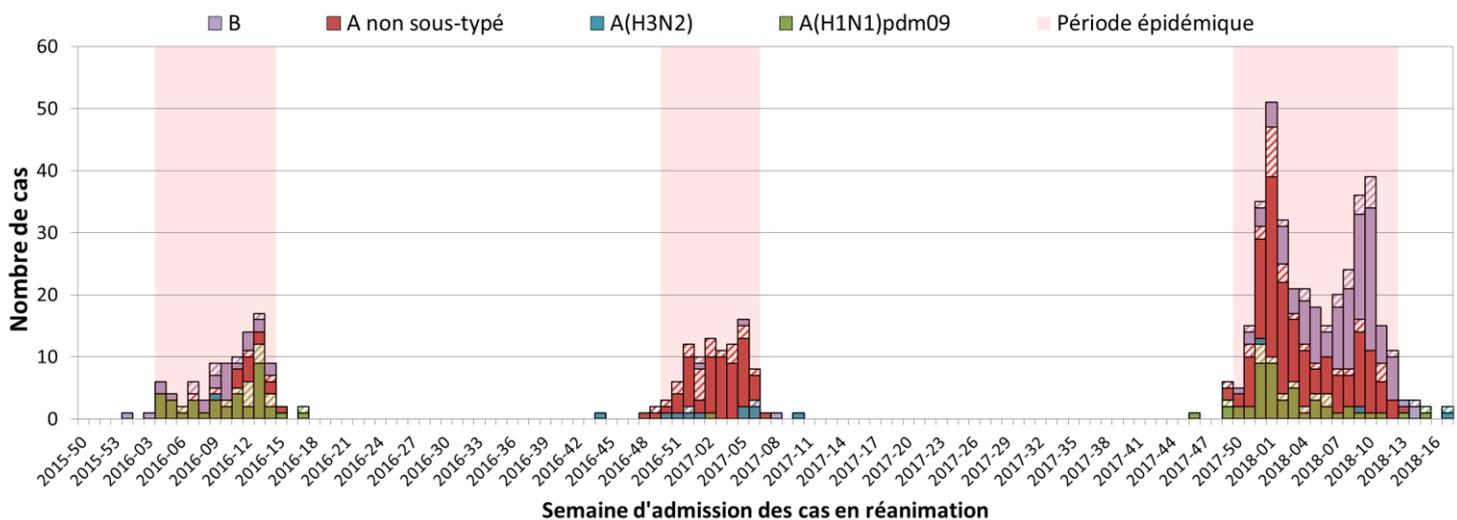


Figure 2 : Courbe épidémique de la saison 2017-2018

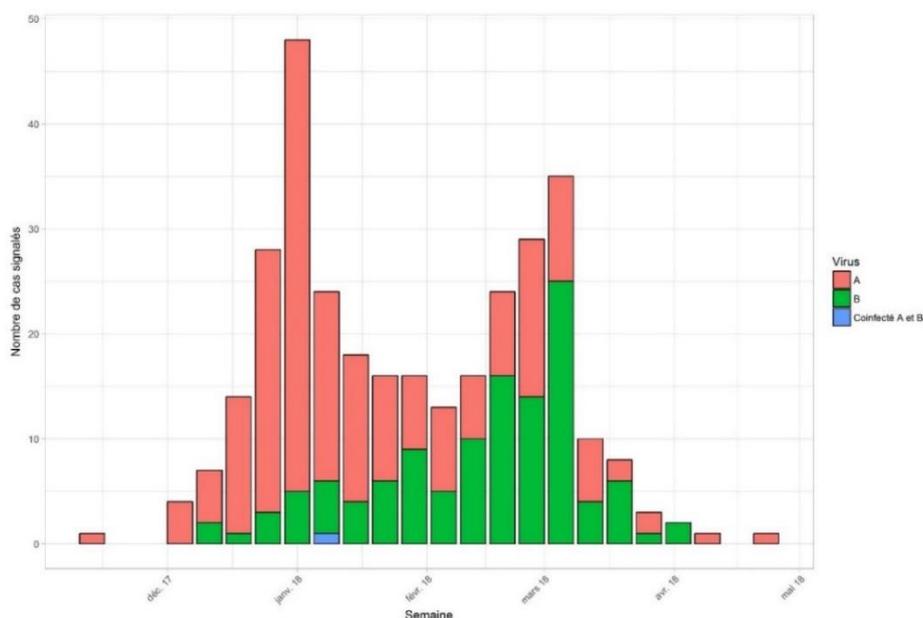


Tableau 1 : caractéristiques des cas graves de grippe signalés dans les départements et en région Hauts-de-France, saison 2017-2018

	Nord	%	Pas-de-Calais	%	Somme	%	Oise	%	Aisne	%	Hauts-de-France	%
Analyses virologique*												
A(H3N2)	2	1%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	3	1%
A(H1N1)pdm09	20	13%	14	16%	11	18%	4	31%	0	0%	49	15%
A non sous-typé	63	42%	42	47%	32	52%	7	54%	3	75%	147	46%
B	65	43%	32	36%	18	29%	2	15%	1	25%	118	37%
Co-infectés	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	1	0%
Classes d'âge												
0-4 ans	10	7%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	11	3%
5-14 ans	5	3%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	6	2%
15-64 ans	73	49%	47	53%	30	48%	7	54%	3	75%	160	50%
≥ 65 ans	62	41%	42	47%	30	48%	6	46%	1	25%	141	44%
Sexe												
Sex-ratio H/F	1,4		1,5		1,0		1,0		3		1,3	
Facteurs de risque												
Aucun facteur de risque	19	13%	13	15%	5	8%	3	23%	0	0%	40	13%
Grossesse sans autre comorbidité	0	0%	1	1%	1	2%	0	0%	0	0%	2	1%
Obésité (IMC > 30) sans autre comorbidité	1	1%	2	2%	3	5%	0	0%	0	0%	6	2%
Autres facteurs de risques ciblés par la vaccination**	130	87%	70	81%	52	85%	10	77%	4	100%	266	85%
Vaccination												
Personnes non vaccinées	89	59%	54	61%	34	55%	8	62%	1	25%	186	58%
Personnes vaccinées	29	19%	18	20%	17	27%	4	31%	0	0%	68	21%
Statut vaccinal inconnu	32	21%	17	19%	11	18%	1	8%	3	75%	64	20%
SDRA												
Pas de SDRA	70	47%	32	36%	15	24%	5	38%	2	50%	124	39%
Mineur	8	5%	9	10%	5	8%	0	0%	0	0%	22	7%
Modéré	32	21%	18	20%	23	37%	2	15%	2	50%	77	24%
Sévère	40	27%	30	34%	19	31%	6	46%	0	0%	95	30%
Gravité***												
Ventilation non invasive	51	31%	40	39%	19	28%	8	44%	2	33%	120	34%
Oxygénothérapie à haut débit	38	23%	35	34%	14	21%	7	39%	2	33%	96	27%
Ventilation invasive	67	41%	27	26%	31	46%	3	17%	2	33%	130	37%
ECMO (Oxygénation par membrane extra-corporelle)	6	4%	0	0%	4	6%	0	0%	0	0%	10	3%
ECCO2R (Epuración extracorporelle de CO2)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Décès	23	15%	21	24%	12	19%	5	38%	0	0%	61	19%
TOTAL	150	47%	89	28%	62	19%	13	4%	4	1%	318	100%

*Distribution à interpréter avec prudence du fait de l'insuffisance d'outils de détection des souches

**Personnes ≥ 65ans, personnes séjournant dans un établissement ou service de soins de suite ou dans un établissement médico-social, professionnel de santé, diabète de type 1 et 2, pathologie pulmonaire, cardiaque, neuro-musculaire ou rénale, immunodéficience ou autres pathologies

***Non exclusifs (pour un même patient plusieurs types de ventilation ont pu être mis en place en décours d'hospitalisation, suivant l'évolution du patient)

Age des cas, facteurs de risque et statut vaccinal

L'âge médian des cas était de 63 ans [étendue : de 1 mois à 92 ans], plus âgé que la saison précédente (61 ans [étendue : de 8 mois à 100 ans]). Pour cette saison 2017-2018, **17 cas (5 %) de grippe grave pédiatrique** allant de 1 mois à 13 ans ont été déclarés, parmi lesquels 7 étaient infectés par le virus A(H1N1), 6 par le virus B, 1 par le virus A(H3N2) et 3 par un virus A non sous-typé. Treize cas avaient au moins un facteur de risque ciblé par la vaccination, mais seuls 3 d'entre eux étaient vaccinés. Une prise en charge par ventilation invasive a concerné 6 cas.

Sur l'ensemble des 318 cas graves de grippe signalés, 274 (86 %) avaient au moins un facteur de risque ciblé par la vaccination antigrippale. Parmi ces 274 cas ciblés par la vaccination, le statut vaccinal était connu pour 220 (80 %) d'entre eux : **68 cas (31 %) étaient vaccinés contre 152 cas (69 %) qui ne l'étaient pas.**

Gravité et létalité

Au total, 96 patients (30 %) ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère, 130 patients (41 %) ont été traités par ventilation invasive et 10 (3 %) par oxygénation extracorporelle (ECMO) (Tableau 1). **La durée moyenne d'hospitalisation était de 12 jours** [étendue : de 1 à 100 jours] et la médiane de 8 jours. **Le taux de létalité observé était de 19%** pour la région Hauts-de-France (61 patients décédés), taux supérieur à celui observée au niveau national (17 %) mais en dessous du taux observé lors de la saison précédente pour la région (24 %). L'âge moyen des cas décédés était de 66 ans [étendue : de 1 à 89 ans], 31 d'entre eux (51 %) ont présenté un SDRA sévère.

Conclusion

Le signalement de cas graves de grippe s'est étendu cette saison 2017/18 sur une période particulièrement longue de 23 semaines du fait d'une épidémie prolongée en population générale. Avec un total de 318, le nombre de cas graves a été plus important que les années précédentes. La majorité des cas était infectée par un virus A(H1N1), avait au moins un facteur de risque et n'était pas vaccinée. Un SDRA était rapporté dans plus de la moitié des cas. Le taux de létalité était plus faible que lors de la saison hivernale 2016/17.

Remerciements

A l'ensemble des médecins réanimateurs et services de réanimation de la région Hauts-de-France ayant participé à la surveillance des cas graves de grippe pour la saison 2017-2018 ; et à l'ensemble des épidémiologistes et internes de santé publique de la Cire des Hauts-de-France ayant contribué à la réception, la saisie et l'analyse des données de surveillance.

Le point épidémiolo



Équipe de Santé Publique France en région Hauts-de-France

Responsable :
Pascal Jéhannin

Épidémiologiste en charge de la surveillance des cas graves de grippe :
Valérie Pontiers (valerie.pontiers@santepubliquefrance.fr)

Épidémiologistes de la Cire :
Sylvie Haeghebaert
Magali Lainé
Ghislain Leduc
Bakhao Ndiaye
Valérie Pontiers
Hélène Prouvost
Caroline Vanbockstaël
Dr Karine Wyndels
Véronique Allard

Contact : hautsdefrance@santepubliquefrance.fr

Contact presse : presse@santepubliquefrance.fr

Retrouvez nous sur : santepubliquefrance.fr

Twitter : [@sante-prevention](https://twitter.com/sante-prevention)