

Avant dernier bulletin de surveillance hebdomadaire de la grippe.

L'épidémie grippale à virus A(H3N2) est achevée depuis plusieurs semaines et le virus grippal continue à circuler sporadiquement.

La grippe dans la communauté

En France métropolitaine

Le réseau Sentinelles

En semaine 14/2007, l'activité rapportée par le réseau Sentinelles est faible. L'incidence des consultations pour syndromes grippaux est de 37 cas pour 100 000 habitants et est inférieure au seuil épidémique (103 cas pour 100 000 habitants).

Le réseau des GROG, les Centres Nationaux de Référence des virus influenza Région Nord et Région Sud

En semaine 14/2007, les activités cliniques associées aux infections respiratoires aiguës rapportées par les médecins généralistes et pédiatres participant au réseau GROG sont basses.

Depuis début octobre, sur les 2 282 virus grippaux mis en évidence à partir des prélèvements communautaires du réseau GROG ou les prélèvements hospitaliers du réseau Renal, plus de **99,5 %** sont des **virus grippaux de type A**.

Sur les 846 virus caractérisés, **99 % sont apparentés à la souche A/Wisconsin/67/2005 (H3N2)** et 1 % à la souche A/New Caledonia/20/1999 (H1N1).

Les souches circulant en France étaient incluses dans la composition du vaccin de la saison 2006/2007.

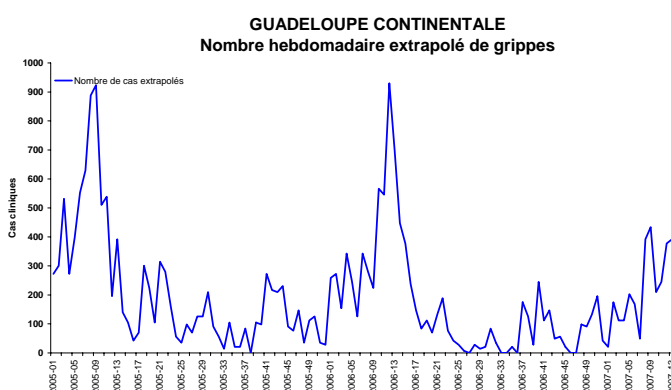
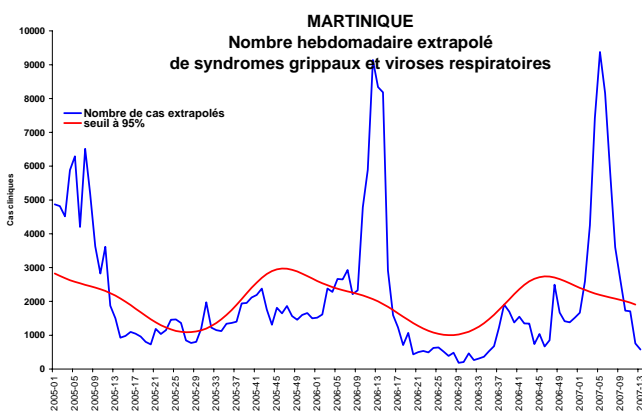
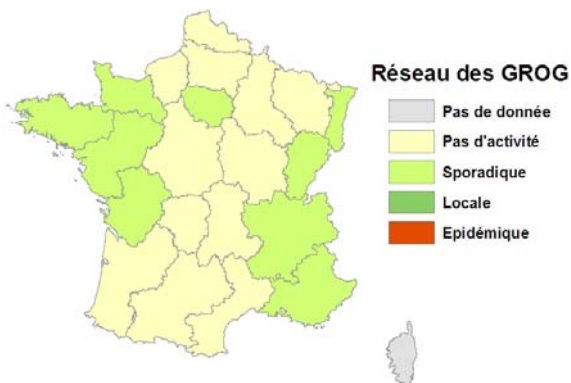
Dans les Antilles françaises

Direction de la santé et du développement social et Cire Antilles-Guyane.

Martinique : La situation est redevenue normale pour la saison. L'épidémie est achevée depuis la semaine 10/2007. Le nombre hebdomadaire extrapolé de consultations pour syndromes grippaux et viroses respiratoires poursuit sa décroissance en semaine 13/2007.

Dix-huit virus grippaux de type A ont été isolés par le CNR de l'Institut Pasteur de Guyane en Martinique cette saison.

Guadeloupe : Après l'augmentation observée au cours des semaines 11 et 12/2007, l'activité observée en semaine 13/2007 reste quasiment stable par rapport à celle de la semaine précédente avec une incidence à 96 pour 100 000 habitants.

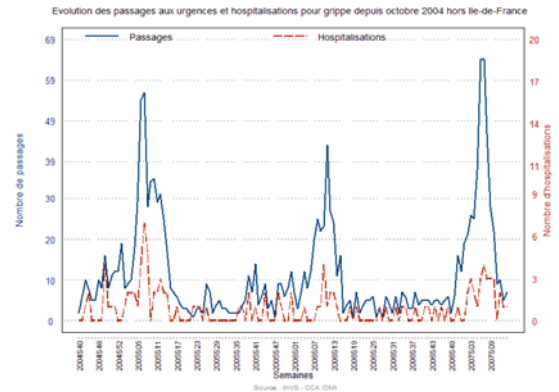
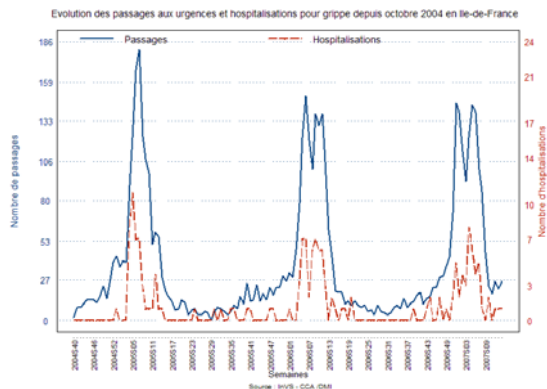


Recours aux urgences hospitalières et hospitalisations pour grippe clinique

En France métropolitaine. En semaine 14/2007, les activités grippales rapportées par les services d'urgences des hôpitaux du réseau de surveillance Oscour restent basses.

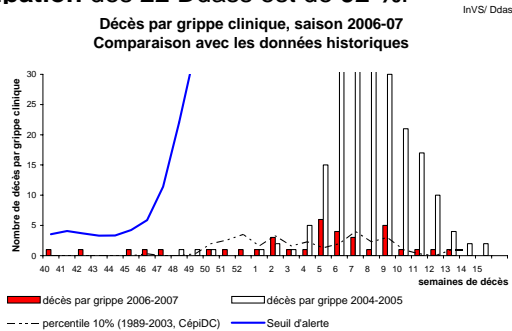
Les données historiques de 18 hôpitaux en Ile-de-France montrent des évolutions comparables à celles des années antérieures alors que dans les 10 hôpitaux situés en dehors de l'Ile-de-France, si le nombre d'hospitalisations pour grippe clinique est comparable, le nombre de passages a été plus important cette saison.

Ile de la Réunion. Aucun passage pour grippe clinique n'a été rapporté en semaine 14/2007 par l'hôpital de Saint-Denis.



Mortalité par grippe clinique

Aucun nouveau décès liés à une grippe clinique n'a été rapporté par les Ddass du réseau cette semaine. Au total, **37** décès liés à une grippe clinique ont été rapportés depuis le début de la saison. Ce chiffre **reste faible** en comparaison aux données historiques. Les caractéristiques des personnes décédées sont les suivantes : moyenne d'âge : 79 ans, médiane de l'âge : 84 ans, sexe ratio (H/F) : 1,5. Un décès a été signalé pour un enfant de moins de 1 an. Ces décès sont survenus au domicile (18), en maison de retraite (12), en établissement de santé (6) et en un autre lieu (1). Depuis octobre 2006, la participation des 22 Ddass est de **92 %**.

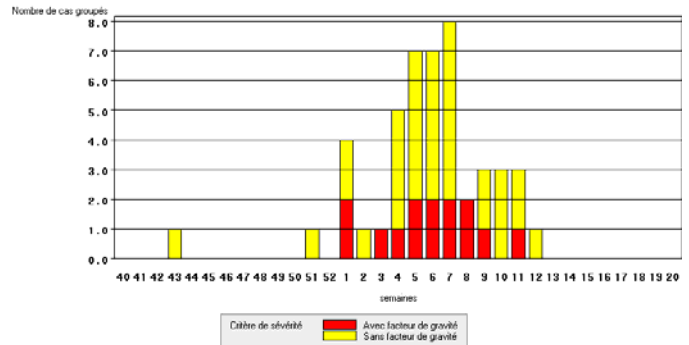


Foyers d'infections respiratoires aiguës (IRA) en collectivités de personnes à risque

Il n'y a pas eu de signalement par les Ddass à l'InVS de foyer de cas groupés d'IRA survenu en collectivité de personnes âgées depuis la semaine 12/2007.

Au total, **47** foyers ont été rapportés à l'InVS depuis octobre 2006 (dont 30 survenus en **EHPAD** ou **maison de retraite** et 9 en **USLD**). La **grippe** a été retrouvée comme étiologie **dans 22 de ces épisodes**. Du pneumocoque a été identifié chez des patients dans 7 épisodes sans autre étiologie définie.

Foyers de cas groupés d'infections respiratoires aiguës en collectivité de personnes âgées par semaine de signalement - semaines 40 à 20



Situation internationale

En Europe. En semaine 14/2007, l'épidémie grippale est achevée dans tous les pays européens.

Le virus grippal dominant cette saison en Europe a été le A(H3N2). http://www.eiss.org/cgi-files/bulletin_v2.cgi

Aux Etats-Unis, l'activité grippale continue à décliner en semaine 13/2007. Au cours de la saison, la mortalité liée à la grippe ou à la pneumonie est restée inférieure au seuil. Il a été observé une **co-circulation des virus A (80%) et B (20%)**. Sur les 4 745 virus A sous-typés, 75 % étaient des **A(H1)** et 25 % des **A(H3)**. <http://www.cdc.gov/flu/weekly/fluactivity.htm>

Au Canada, l'activité grippale continue à diminuer en semaine 13/2007 (1 région avec une activité étendue). Au cours de la saison, 94% des virus isolés étaient de type A avec une **co-circulation de virus A(H1N1) et A(H3N2)**. http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/index_f.htm

Grippe aviaire et risque de pandémie grippale

- La dernière mise à jour de la définition de cas possible de grippe à virus H5N1 date du 4 avril 2007. Elle est disponible sur le site internet de l'InVS : http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/grippe_dossier/informations_pratiques.htm.

- L'OMS a confirmé, cette semaine, la survenue de deux nouveaux cas humains de grippe à virus aviaire A(H5N1) en **Egypte** et un cas au **Cambodge**. Ceci porte le bilan de l'OMS (http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/) à **291 cas humains** confirmés de grippe à virus H5N1 et **172 décès** depuis décembre 2003 (mise à jour du 11/04/2007). Ces cas ont été rapportés par l'Azerbaïdjan, le Cambodge, la Chine, Djibouti, l'Egypte, l'Indonésie, l'Irak, le Laos, le Nigéria, la Thaïlande, la Turquie et le Vietnam. Le niveau de risque pandémique n'a pas changé depuis janvier 2004.

- L'OIE (http://www.oie.int/fr/fr_index.htm) rapporte cette semaine la survenue récente de foyers aviaires à virus grippal A(H5N1) hautement pathogène au **Cambodge** et au **Pakistan**.

- Des informations complémentaires concernant la situation internationale sont disponibles sur le site de l'InVS. (<http://www.invs.sante.fr/international/index.htm>)

METHODOLOGIE

La grippe dans la communauté.

En France métropolitaine : La surveillance communautaire de la grippe est assurée par deux réseaux de médecins libéraux sentinelles. **Le réseau Sentinelles** (www.sentiweb.fr), animé par l'Inserm U707, collecte toute l'année auprès d'un échantillon de médecins généralistes le nombre de patients souffrant de syndromes grippaux (fièvre >39°C, d'apparition brutale avec myalgies et signes respiratoires). Le seuil est calculé par la méthode Serfling. L'épidémie se définit par un dépassement du seuil deux semaines de suite.

Le réseau des Grog (Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe) (<http://www.grog.org>) recueille, d'octobre à avril, auprès de médecins généralistes, pédiatres et pharmaciens des données sanitaires sur des infections respiratoires aiguës couplées à des prélèvements virologiques. Le GROG considère qu'un seuil est atteint si plusieurs virus grippaux similaires sont détectés ou isolés dans des zones différentes d'une même région et si deux indicateurs d'activité sanitaires (dont infection respiratoire aiguë en médecine générale) sont augmentés de plus de 20% par rapport à leur moyenne d'octobre sans autre explication possible. L'épidémie se définit par un dépassement du seuil deux semaines de suite.

La surveillance virologique.

Grippe saisonnière : la surveillance virologique est assurée par les Centres nationaux de référence (CNR) des virus *influenza* région Nord (Institut Pasteur) et région Sud (Hospices civils de Lyon) et les laboratoires de virologie des Grog à partir des prélèvements rhino-pharyngés réalisés par les médecins du réseau Grog ou par les 34 laboratoires hospitaliers du réseau Renal (Réseau National des laboratoires hospitaliers). Les objectifs sont de détecter et d'isoler précocement les virus grippaux en circulation et d'en déterminer les caractéristiques antigéniques. La recherche du virus grippal est réalisée par détection directe (tests unitaires), par techniques immunologiques, par biologie moléculaire (RT-PCR), puis par mise en culture. L'identification (sous-typage et caractérisation antigénique) est effectuée par test d'inhibition d'hémagglutination à l'aide de sérums de furet ou de mouton.

Grippe à virus H5N1 : Dans le cadre du plan de lutte contre une pandémie grippale, après validation de la classification par l'InVS d'un cas humain suspect de grippe à virus H5N1 en cas possible conformément à la définition de cas (http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/grippe_dossier/informations_pratiques.htm), le prélèvement rhino-pharyngé est réalisé et acheminé vers l'un des deux CNR des virus influenza ou l'un des 15 laboratoires de virologie agréés. Le criblage est d'abord fait en urgence par PCR. En cas de positivité, la confirmation du diagnostic serait réalisée par l'un des deux CNR.

Dans les Antilles Françaises : la surveillance est assurée toute l'année par 39 médecins libéraux sentinelles en Guadeloupe et 59 en Martinique. La cellule de Veille Sanitaire (CVS) de la Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS) et la Cire Antilles-Guyane coordonnent ces deux réseaux (<http://www.martinique.sante.gouv.fr/> et <http://www.quadeloupe.pref.gouv.fr/>). Chaque semaine sont recueillis pour la Guadeloupe, le nombre de patients souffrant de syndromes grippaux (fièvre >39°C, d'apparition brutale accompagnée de myalgies et de signes respiratoires), et pour la Martinique, le nombre de patients souffrant de syndromes grippaux et de viroses respiratoires. La surveillance virologique de la grippe est assurée par 10 médecins généralistes en Guadeloupe et 20 en Martinique. Les prélèvements naso-pharyngés sont analysés par le CNR des arbovirus et virus Influenza de l'Institut Pasteur de Guyane.

Recours aux urgences hospitalières et hospitalisation pour grippe.

Les objectifs de ce système de surveillance sont de détecter toute augmentation inhabituelle des passages aux urgences pour grippe clinique, des formes graves de la grippe et tout changement dans les caractéristiques épidémiologiques des patients les plus atteints. L'InVS recueille quotidiennement et automatiquement auprès de 38 établissements hospitaliers des données relatives à l'activité syndromique des services d'urgences. 23 établissements sont situés en Ile de France (couverture : 25 % des services d'urgences), 14 situés en France métropolitaine en dehors de l'Ile de France (couverture : environ 1 % des passages aux urgences) et 1 hôpital sur l'île de la Réunion. Le réseau OSCOUR couvre environ 10 % des passages aux urgences en France. Les données des patients passant aux urgences avec un diagnostic principal codé J10 et J11 (grippe à virus grippal identifié ou non identifié) extraites sont : la date de passage, l'âge, le lieu de consultation, le score de gravité et l'orientation (hospitalisation-transfert). Les données sont analysées par zone géographique (hôpitaux situés en Ile de France, hôpitaux situés dans les autres régions).

La mortalité par grippe.

L'objectif de ce réseau est de décrire les caractéristiques épidémiologiques des patients décédant de grippe et en particulier de détecter un changement dans la distribution des âges des personnes les plus touchées par la maladie afin d'adapter au plus vite les mesures de contrôle et de suivre l'évolution d'une éventuelle pandémie. La Ddass du département le plus peuplé de chacune des 22 régions de la métropole rapporte chaque semaine à l'InVS le nombre de certificats de décès comportant les mots « grippe », « grippal » ou « grippaux » dans l'indication des causes de décès par semaine de décès. Des informations individuelles portant sur le sexe, l'âge, le lieu de décès sont renseignées.

Les Ddass participant à la surveillance sont les suivantes : Bas-Rhin, Bouches du Rhône, Calvados, Charente Maritime, Doubs, Gironde, Haute Garonne, Haute Corse, Haute Vienne, Hérault, Ile et Vilaine, Loire Atlantique, Loiret, Marne, Moselle, Nord, Oise, Paris, Puy de Dôme, Rhône, Saône et Loire, Seine Maritime. Le calcul du seuil d'alerte s'appuie sur le modèle décrit par Farrington¹ sur la base des données historiques fournies par la CégiDC et avec un intervalle de confiance de 99%. ¹ Farrington, C. P., N. J. Andrews, A. D. Beale, and M. A. Catchpole. 1996. A statistical algorithm for the early detection of outbreaks of infectious disease. *Journal of the Royal Statistical Society, Series A* 159: 547-563.

Epidémies d'infections respiratoires aiguës en collectivités de personnes à risque.

L'objectif de cette surveillance est de limiter l'impact des épidémies d'IRA par la mise en place précoce de mesures de contrôle adaptées. Le bilan présenté est réalisé grâce aux signalements rapportés par les Ddass ou les établissements hospitaliers. Les **épisodes à signaler** sont définis par les critères suivants : survenue d'au moins 3 infections respiratoires aiguës basses, en dehors des pneumopathies de déglutition dans un délai de 8 jours chez des personnes partageant les mêmes lieux (résidents ou membres du personnel)². Sont identifiés parmi eux les **épisodes avec facteurs de gravité**, définis par 3 décès ou plus attribuables à l'épisode infectieux survenant en moins de 8 jours, ou 5 nouveaux cas ou plus dans une même journée, ou absence de diminution de l'incidence des nouveaux cas dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle². Ces épisodes sévères conduisent à la mise en place d'une investigation par l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, la Ddass et/ou la Cellule régionale d'épidémiologie (Cire).

² Rapport du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (séance du 18 novembre 2005), relatif aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées, qui accompagne la circulaire n°DHOS/E2/DGS/SDC/DGAS/SD5C/DGAS/2006/489 du 22 novembre 2006 (<http://www.sante.gouv.fr/>, dossier « infections »)