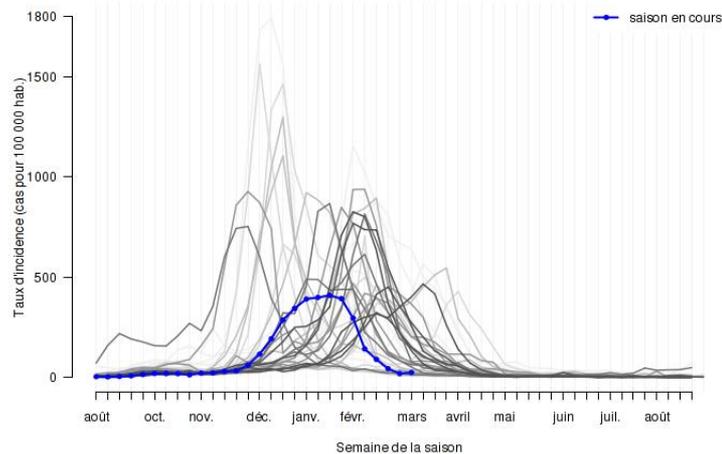


Lettre d'information du réseau Sentinelles avril 2017

Rédacteur en chef : Soledad Guerreiro Publication : Yves Dorléans



Le dossier du mois :

Bilan des épidémies de grippe et de gastroentérites, saison 2016/2017

Shirley Masse et Thomas Goronflot

Epidémiologistes et animateurs au réseau Sentinelles

ACTUALITÉS SENTINELLES

Nouveaux médecins Sentinelles

Nous souhaitons la bienvenue aux **treize médecins nouvellement inscrits au réseau Sentinelles** entre février et avril 2017.

Nous en profitons pour remercier également les médecins Sentinelles plus anciens qui nous font parvenir des messages d'amitié au moment de leur départ en retraite. Certains souhaitent continuer à recevoir la lettre Sentinelles, les messages du forum, ou les bulletins hebdomadaires. Merci à tous pour votre implication au sein du réseau et très belle retraite à vous.

Nouveaux membres dans l'Equipe Sentinelles

Nous accueillons cette année deux stagiaires de master :

- Dzevka Dragic, étudiante en master 1 de santé publique, qui réalise son stage sur le projet Xmed-jSentinel et son extension au logiciel Almapro
- Mathilde Augereau-Charpigny, étudiante en master 2 de santé publique, qui réalise une recherche des outils adaptés au repérage et à l'évaluation de la fragilité des personnes âgées. Elle fait partie des premières promotions d'infirmière de pratique avancée. Une prochaine lettre Sentinelles leur sera consacrée.

ACTUALITÉ MÉDICALES ET ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Rougeole, flambées épidémiques compromettant son élimination

L'OMS signale plus de 500 cas de rougeole en janvier 2017 en Europe : "Alors que l'on progressait vers une élimination ces deux dernières années, il est préoccupant de voir les cas de rougeole se multiplier". Les flambées épidémiques actuelles les plus importantes sont localisées en Roumanie et en Italie ([cliquez ici](#)).

Santé publique France vient de publier une mise à jour des cas de rougeole en France. Du 1er janvier au 31 mars 2017, 134 cas ont été déclarés en France (3 fois plus qu'en 2016 sur la même période (44)), avec un important foyer en Lorraine (60 cas) ([cliquez ici](#)).

Calendrier vaccinal 2017 : nouveautés

Le nouveau calendrier vaccinal vient de paraître dans le BEH du 25 avril 2017 ([calendrier complet](#)) :

- primovaccination contre le **méningocoque C** transitoirement abaissée à 5 mois, avec une 2ème injection à l'âge de 12 mois.
- nouveau vaccin nonavalent contre le **papillomavirus humain (HPV)** bientôt disponible et à privilégier (souches HPV : types 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58, soit 90% des HPV oncogènes).

Place des statines réaffirmée dans les dyslipidémies,

Trois nouvelles fiches HAS sur le risque cardiovasculaire :

- manière d'appréhender le risque cardiovasculaire ([cliquez ici](#))
- stratégie de prise en charge des dyslipidémies ([cliquez ici](#))
- mise en place de modifications du mode de vie ([cliquez ici](#)).

En prévention primaire, la HAS recommande d'utiliser l'outil SCORE ([cliquez ici](#) pour télécharger l'application HeartScore® PC).

LE DOSSIER DU MOIS

Bilan des épidémies de grippe et de gastroentérites 2016-2017 (1/6)

Bilan de l'épidémie de grippe

Une épidémie de taille modérée

L'épidémie de grippe cet hiver a été due quasi exclusivement au virus de type A(H3N2) (97,9% des virus grippaux isolés) [1].

Elle aura duré 8 semaines, du 12 décembre 2016 au 05 février 2017. Sur les 33 épidémies suivies par le réseau depuis 1984, dix ont démarré plus précocement (Figure 1).

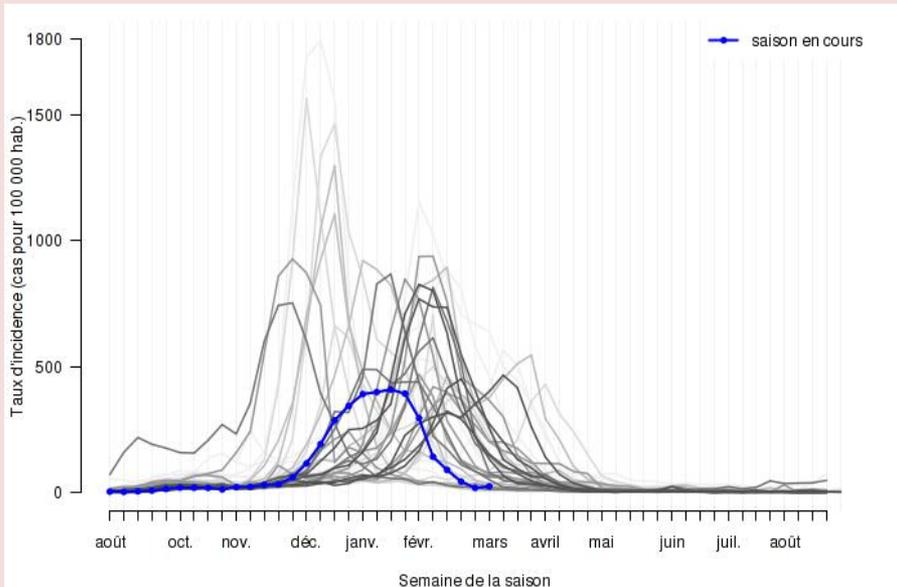


Figure 1. Evolution du taux d'incidence hebdomadaire des cas de syndromes grippaux vus en consultation de médecine générale par saison épidémique depuis 1984. En bleu : saison 2016-2017, en gris : saisons de 1984 à 2016 (plus les courbes sont claires, plus les données sont anciennes)

Durant cette épidémie, près de **1,8 million de personnes** auraient consulté un médecin généraliste en France métropolitaine pour un syndrome grippal (moyenne épidémique depuis 1984 : 2,5 millions). Le taux d'incidence cumulé de 2 720 cas pour 100 000 habitants est modéré au regard de celui des épidémies passées (figure 2).

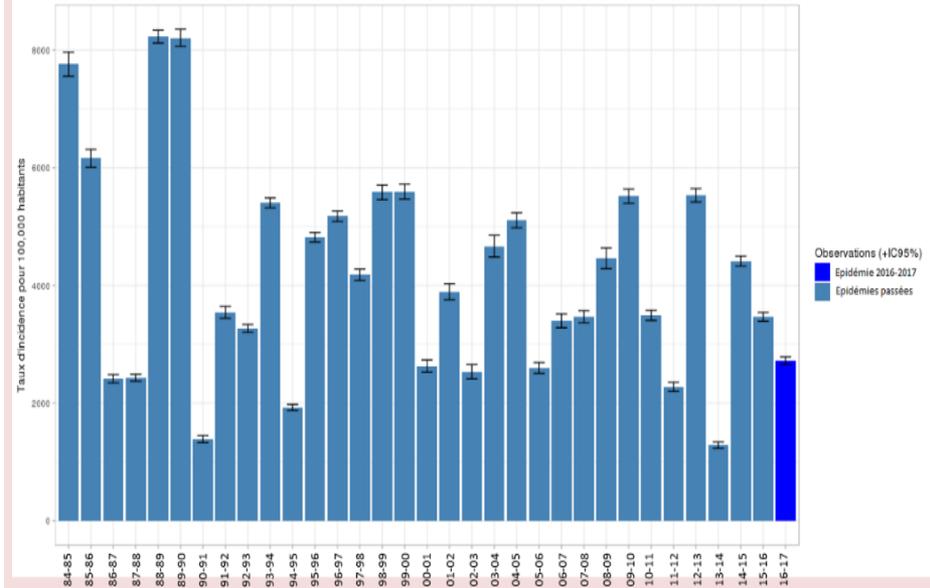


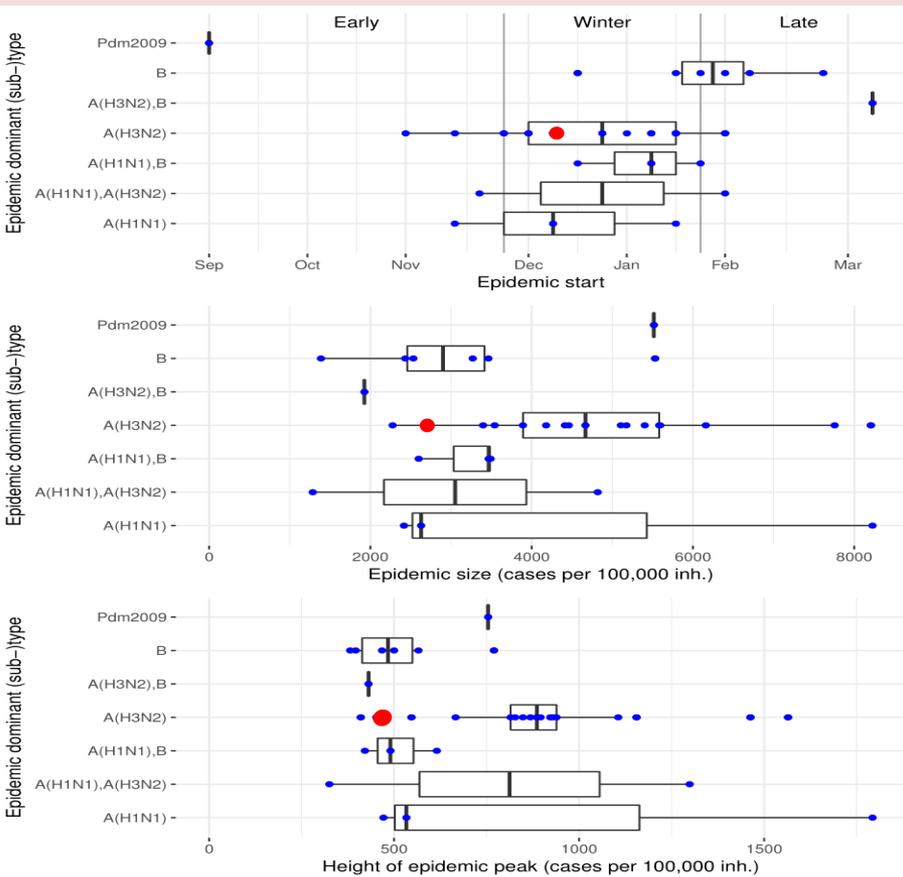
Figure 2. Taux d'incidence cumulée des épidémies de grippe, 1984-2017

Le pic a été franchi après six semaines d'épidémie en semaine 03 (du 16 au 22 janvier 2017), avec un taux d'incidence hebdomadaire relativement modéré de 410 cas pour 100 000 habitants (Figure 1). Toutes les régions ont été touchées.

LE DOSSIER DU MOIS

Bilan des épidémies de grippe et de gastroentérites 2016-2017 (2/6)

La figure ci-dessous (en anglais) permet de mettre en perspective les 3 caractéristiques décrites précédemment (date de début, taille de l'épidémie et taux d'incidence au pic) avec les épidémies observées depuis 1984, en fonction des virus grippaux dominants (**chaque point bleu correspond à une épidémie, le point rouge étant l'épidémie 2016/2017**).



Un impact fort chez les personnes âgées

Durant la période épidémique, l'âge médian des cas a été de 31 ans (de 3 mois à 96 ans), et 47,5% des cas était des hommes.

Les tranches d'âge les plus touchées ont été les 0-4 ans et les 5-14 ans (figure 3). Cependant, le virus grippal circulant ayant été de type A(H3N2), les plus de 65 ans ont été touchés plus sévèrement que l'année dernière, où le virus dominant était de type B. Les virus A(H3N2) sont en effet connus pour causer des gripes plus sévères chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, comparativement aux virus A(H1N1)pdm09 ou B [2, 3].

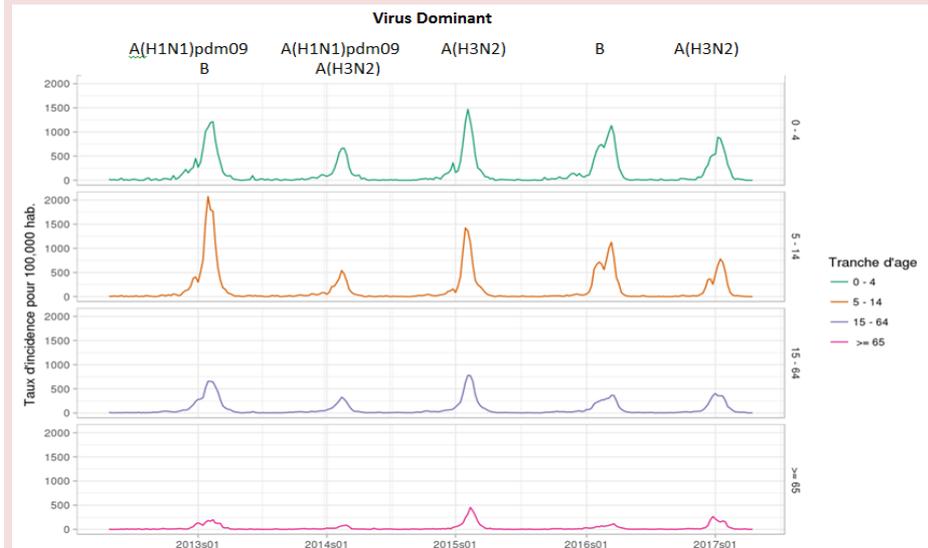


Figure 3. Evolution du taux d'incidence hebdomadaire des cas de syndromes grippaux vus en consultation de médecine générale par saison épidémique depuis la saison 2012/2013 en fonction des tranches d'âge et du virus dominant

LE DOSSIER DU MOIS

Bilan des épidémies de grippe et de gastroentérites 2016-2017 (3/6)

Le taux de demande d'hospitalisation suite à une consultation de médecine générale pour un syndrome grippal a été de 0,5% tout âge confondu. Ce taux était proche de 3% chez les personnes ≥ 65 ans (plus élevé que celui des années passées) (figure 4).

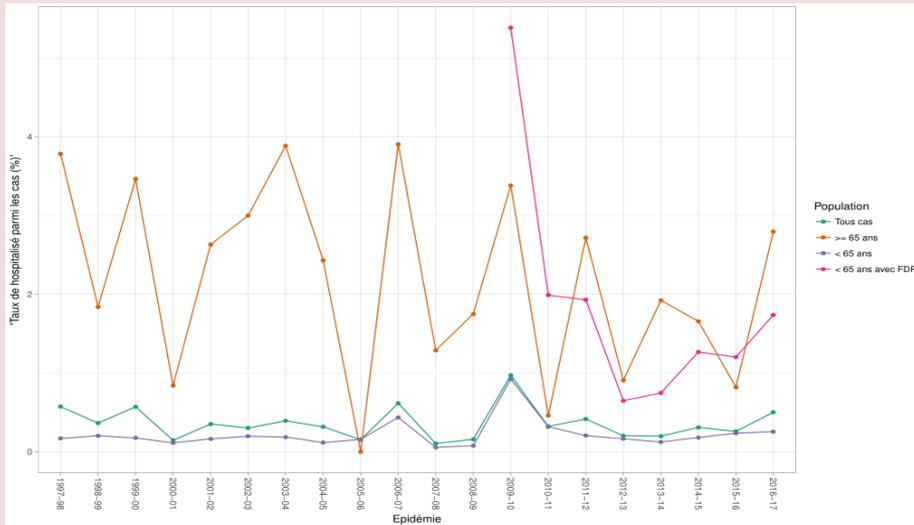


Figure 4. Taux de demande d'hospitalisation en fonction de l'âge et de la saison épidémique

Cet impact fort chez les personnes âgées cette année a été observé également à l'hôpital et en réanimation [1]. Pendant l'épidémie, le réseau OSCOUR®, qui surveille les passages dans les services d'urgence, a rapporté près de 40 000 passages pour grippe tous âges confondus, dont 6 300 (15%) ont donné lieu à une hospitalisation. Parmi ces patients hospitalisés, 13% appartenaient à la tranche d'âge des 65-74 ans et 56% étaient âgés de 75 ans et plus. Comparé à 2014-2015, le nombre d'hospitalisations pour grippe pendant cette épidémie a doublé chez les 65-74 ans, triplé

chez les 65-74 ans et également triplé chez les 75 ans et plus. Le nombre d'hospitalisations pour grippe chez les 75 ans et plus (n=3 506) est le plus élevé observé depuis 2010-2011.

Une efficacité vaccinale modérée chez les personnes à risque

Par rapport aux six dernières épidémies (Figure 5), l'efficacité du vaccin antigrippal chez les personnes à risque a été modérée cette saison (53%, IC95% [46 ; 59]). Elle était de 46% (IC95% [37 ; 54]) chez les plus de 65 ans et de 67% (IC95% [57 ; 75]) chez les moins de 65 ans porteurs d'une maladie chronique.

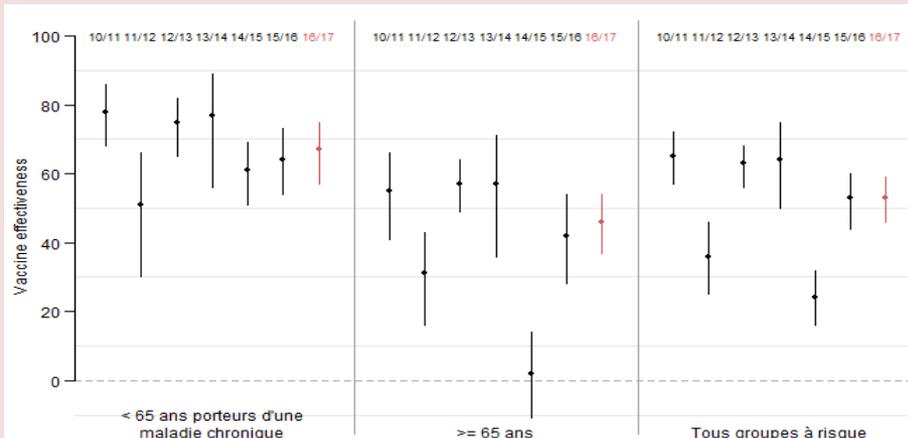


Figure 5. Efficacité du vaccin antigrippal saisonnier, 2010-2017

L'étude I-Move, à laquelle participe le réseau Sentinelles, a estimé cette année en Europe une efficacité vaccinale modérée en population générale (38,0% [IC 95% : 21,3 ; 51,2]) et faible pour l'ensemble des groupes à risque (25,7% [IC95% : 1,5 ; 43,9]) ainsi que chez les personnes ≥ 65 ans (23,4% [IC95% : -15,4 ; 49,1]) [4].

LE DOSSIER DU MOIS

Bilan des épidémies de grippe et de gastroentérites 2016-2017 (4/6)

A titre de comparaison, en 2014/2015, année où circulait un virus A(H3N2) partiellement différent de celui contenu dans le vaccin, l'efficacité vaccinale chez les plus de 65 ans avait été estimée à 5% (IC95% [-8 ; 16]) par le réseau Sentinelles [5].

Les antiviraux toujours rarement prescrits

Les taux de prescription d'oseltamivir en cas de syndrome grippal sont restés faibles cette saison, bien que cet antiviral soit recommandé dans les groupes à risque. Ce taux était en dessous de 20% chez les patients ≥ 65 ans vus en consultation de médecine générale et en dessous de 40% chez les moins de 65 ans avec un facteur de risque (figure 6).

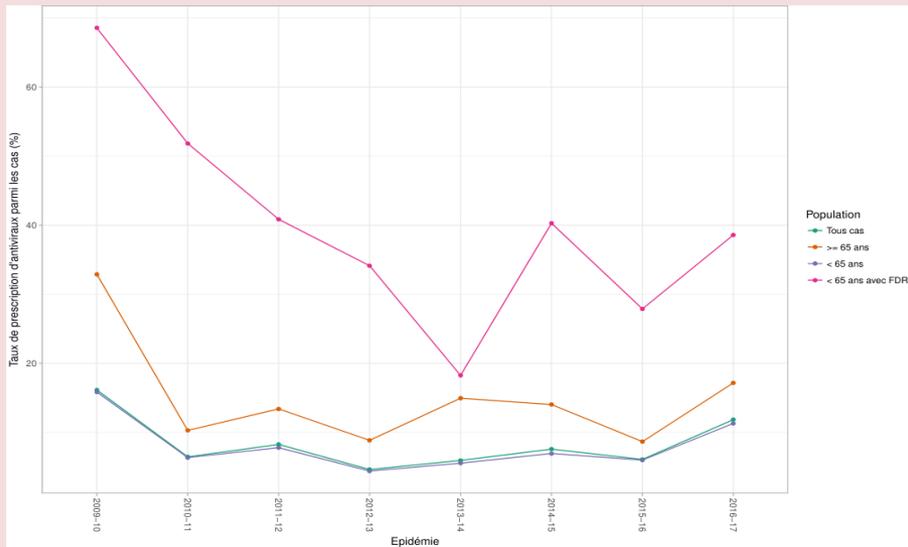


Figure 6. Taux de prescription d'oseltamivir chez les patients vus en consultation de médecine générale pour un syndrome grippal en fonction des épidémies

Quelques précisions virologiques

Au total, 2 974 prélèvements ont été envoyés par les médecins Sentinelles aux Centres Nationaux de Référence (Institut Pasteur à Paris et Hospices Civils de Lyon) et au laboratoire de l'Université de Corse. Parmi ces prélèvements, 1 437 (48,3%) ont été positifs pour au moins un virus grippal.

Le taux de positivité des prélèvements pour au moins un virus grippal a été élevé durant l'épidémie (taux compris entre 60 et 70%) (Figure 7).

Pendant la période épidémique, le virus A(H3N2) a représenté 97,9% des virus grippaux isolés. Le virus A(H3N2) circulant cette année était proche de celui contenu dans le vaccin antigrippal.

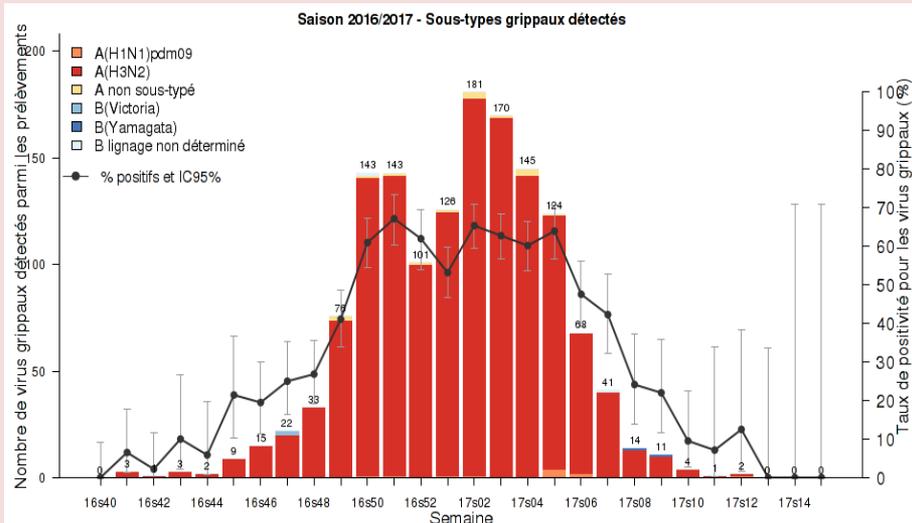


Figure 7. Evolution des différents sous-types de virus grippaux isolés et taux de positivité, 2016/2017

LE DOSSIER DU MOIS

Bilan des épidémies de grippe et de gastroentérites 2016-2017 (5/6)

Bilan de l'épidémie de gastroentérites

Une épidémie de gastroentérites précoce et de faible intensité

La saison hivernale 2016/2017 a été caractérisée par une épidémie de gastroentérites précoce avec une intensité qui est restée globalement faible semaine après semaine.

L'épidémie a démarré le 14 novembre 2016 et s'est terminée le 22 janvier 2017, elle aura duré 10 semaines (moyenne des épidémies passées = 9 semaines). Il s'agit de l'épidémie la plus précoce depuis la mise en place de la surveillance des diarrhées aiguës par le réseau Sentinelles en 1990 (figure 8).

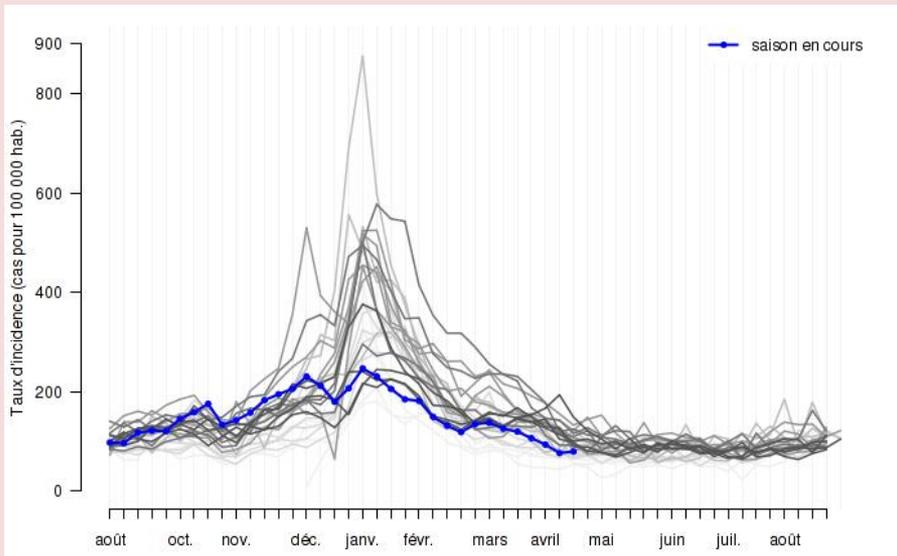


Figure 8. Taux d'incidence estimé des diarrhées aiguës depuis 1990 (pour 100 000 habitants)
En bleu : saison 2016-2017, en gris : saisons de 1990 à 2015 (plus les courbes sont claires, plus les données sont anciennes)

Le nombre de cas cumulés de patients ayant consulté un médecin généraliste pour une diarrhée aiguë a été estimé à **1 367 000 personnes** (moyenne épidémique depuis 1990 : 1,6 million). Sur les 26 épidémies suivies par le réseau Sentinelles, elle se classe en 14ème position en terme de nombre de cas cumulés.

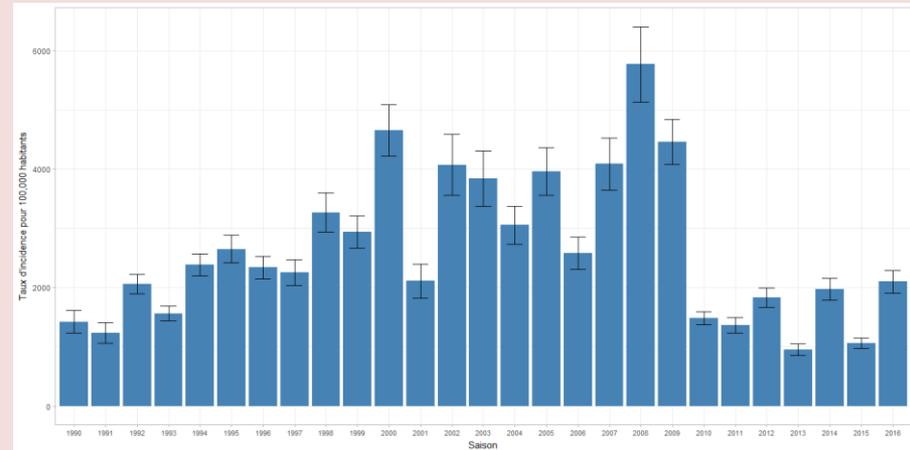


Figure 9. Taux d'incidence cumulée estimée des épidémies de gastroentérites de 1990 à 2017 (avec intervalle de confiance à 95%)

Le pic épidémique a été franchi la semaine 01 de 2017 (du 2 au 8 janvier 2017), avec un taux d'incidence estimé à 247 cas pour 100 000 habitants, ce qui est plutôt faible (moyenne des épidémies passées = 410) et correspond à la tendance qu'observe le réseau Sentinelles depuis 2010/2011, à savoir une diminution régulière de l'incidence cumulée estimée (figure 9).

Des recherches sont actuellement menées pour tenter d'expliquer cette tendance, qui s'observe aussi dans d'autres pays européens comme au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas [6, 7].

LE DOSSIER DU MOIS

Bilan des épidémies de grippe et de gastroentérites 2016-2017 (6/6)

Des cas plutôt jeunes, sans gravité particulière

Durant la période épidémique, l'âge médian des cas était de 25 ans (de 2 mois à 98 ans) et les hommes représentaient 48% des cas. Les tranches d'âge les plus touchées ont été les 0-4 ans et les 5-14 ans.

Le médecin a demandé une hospitalisation à l'issue de la consultation dans 0,4% des cas, une proportion habituelle comparativement aux années passées. Les principales causes d'hospitalisation rapportées par les médecins Sentinelles étaient une déshydratation sévère, un âge avancé ou un isolement social.

Emergence de deux nouvelles souches de norovirus

Le réseau Sentinelles travaille avec le Centre National de Référence (CNR) des virus entériques au CHU de Dijon. Cet hiver, le CNR a analysé 222 prélèvements de selles (provenant de 87 foyers épidémiques) dans lesquels ont été isolés deux nouveaux variants de norovirus, le GII.16-GII.4 et GII.16-GII.2, retrouvés dans 24% et 14% des foyers respectivement [8]. Avec la souche ré-émergente GII.4 2009-2012, identifiée dans 28% des foyers, ces trois variants ont circulé majoritairement durant cette épidémie 2016/2017. En comparaison, le variant GII.17 dominant durant l'épidémie 2015/2016 (retrouvé dans 54% des foyers, n = 55) n'a été identifié que dans cinq foyers épidémiques cet hiver (6%).

Pour le moment, nous ne savons pas si ces variants recombinants sont associés aux mêmes tableaux symptomatiques que les autres souches de norovirus [9].

Références :

1. Santé Publique France. Grippe : Bulletin hebdomadaire, semaine 9. Avril 2017. http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/134867/484231/version/226/file/Bulletin_grippe_S09.pdf.
2. Lee CS, Lee JH. Dynamics of clinical symptoms in patients with pandemic influenza A (H1N1). Clin Microbiol Infect. 2010 Apr;16(4):389-90.
3. Turbelin C, Pelat C, Boelle PY, Levy-Bruhl D, Carrat F, Blanchon T, et al. Early estimates of 2009 pandemic influenza A(H1N1) virus activity in general practice in France: incidence of influenza-like illness and age distribution of reported cases. Euro Surveill. 2009 Oct 01;14(39).
4. Kissling E, Rondoni M. Early 2016/17 vaccine effectiveness estimates against influenza A(H3N2): I-MOVE multicentre case control studies at primary care and hospital levels in Europe. Euro Surveill. 2017 Feb 16;22(7)
5. Souty C, Blanchon T, Bonmarin I, Levy-Bruhl D, Behillil S, Enouf V, et al. Early estimates of 2014/15 seasonal influenza vaccine effectiveness in preventing influenza-like illness in general practice using the screening method in France. Hum Vaccin Immunother. 2015;11(7):1621-5.
6. Bawa Z, Elliot AJ, Morbey RA, Ladhani S, Cunliffe NA, O'Brien SJ, et al. Assessing the Likely Impact of a Rotavirus Vaccination Program in England: The Contribution of Syndromic Surveillance. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America. 2015 Jul 01;61(1):77-85.
7. Hahne S, Hooiveld M, Vennema H, van Ginkel A, de Melker H, Wallinga J, et al. Exceptionally low rotavirus incidence in the Netherlands in 2013/14 in the absence of rotavirus vaccination. Euro Surveill. 2014;19(43)
8. Bidalot M, Théry L, Kaplon J, De Rougemont A, Ambert-Balay K. Emergence of new recombinant noroviruses GII.p16-GII.4 and GII.p16-GII.2, France, winter 2016 to 2017. Euro Surveill. 2017 April 13;22(15).
9. Niendorf S, Jacobsen S, Faber M, Eis-Hubinger AM, Hofmann J, Zimmermann O, et al. Steep rise in norovirus cases and emergence of a new recombinant strain GII.P16-GII.2, Germany, winter 2016. Euro Surveill. 2017 Jan 26;22(4).