

Un grand MERCI aux médecins Sentinelles pour leur participation active et régulière à la surveillance virologique respiratoire.

La surveillance virologique respiratoire a été mise en place afin de pouvoir surveiller les virus grippaux mais également d'autres virus respiratoires tels que le virus respiratoire syncytial, le rhinovirus et le métapneumovirus.

Le bilan que nous vous proposons reprend les données observées en médecine générale au cours de l'épidémie de grippe 2017/2018.

Un bilan préliminaire de l'épidémie de grippe 2017/2018 reprenant les données des différents systèmes de surveillance de la grippe a été publié la semaine dernière par Santé publique France, vous pouvez le télécharger en cliquant [ici](#).

- **Une épidémie de grippe exceptionnellement longue et de taille modérée**

L'épidémie de grippe 2017/2018 aura duré 13 semaines entre le 11 décembre 2017 et le 11 mars 2018 (Figure 1). Sur les 33 épidémies suivies par le réseau Sentinelles, une seule a été aussi longue (2012/2013). Concernant le nombre de cas cumulés, elle se classe en 18^{ème} position depuis 1984 (Figure 2).

Près de **2,2 millions de personnes** auraient consulté leur médecin généraliste pour un syndrome grippal sur l'ensemble du territoire métropolitain (moyenne historique à 2,5 millions de personnes). Le pic a été franchi après 3 semaines d'épidémie en semaine 52 (du 25 au 31 décembre 2017), avec 459 cas pour 100 000 habitants (Figure 1). Toutes les régions ont été touchées.

- **Des cas sans gravité particulière**

Durant la période épidémique, l'âge médian des cas a été de 31 ans (de 1 mois à 98 ans), 47,2% était des hommes. Les tranches d'âge les plus touchées ont été les 0-4 ans et les 5-14 ans. Une hospitalisation à l'issue de la consultation a été demandée par le médecin dans 0,4% des cas.

- **Une efficacité vaccinale modérée chez les personnes à risque**

Comparativement aux 7 dernières épidémies de grippe, l'efficacité vaccinale estimée chez les personnes à risque a été modérée cette saison (56%, IC95% [50 ; 62]). L'efficacité vaccinale estimée est plus faible chez les plus de 65 ans (41%, IC95% [31 ; 50]) que chez les moins de 65 ans avec une maladie chronique (77%, IC95% [70 ; 83]) (Figure 3).

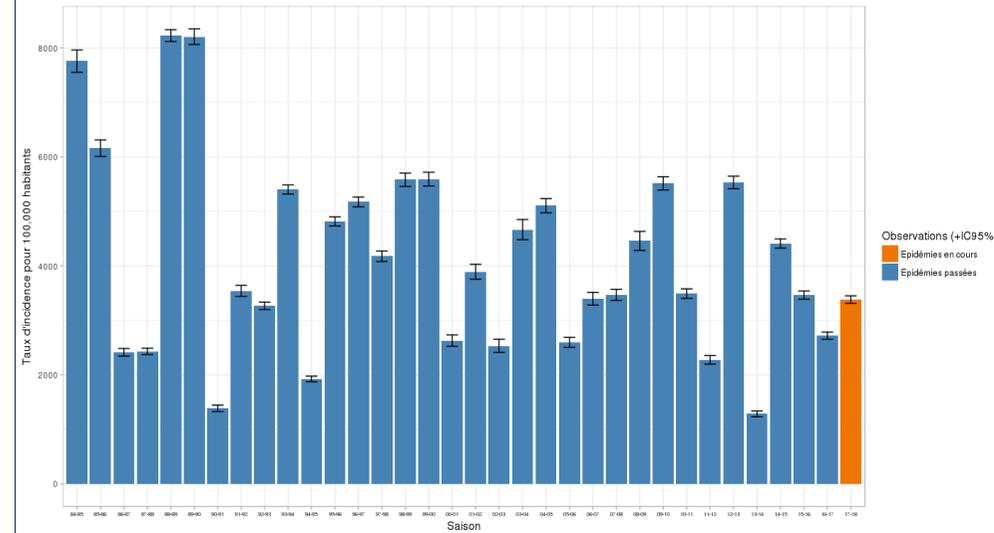


Figure 2. Taux d'incidence cumulée des épidémies de syndromes grippaux, 1984-2018

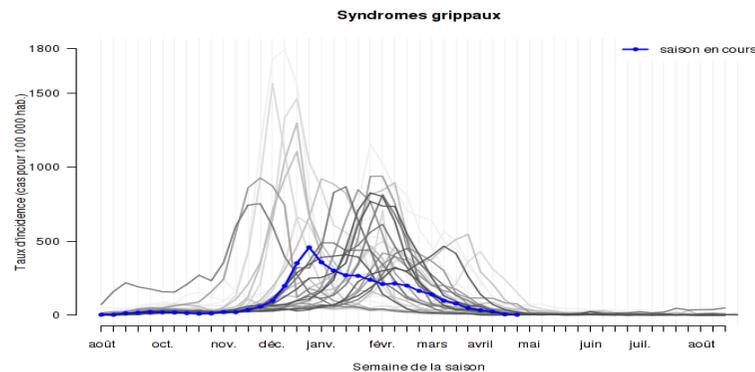


Figure 1. Taux d'incidence hebdomadaires des syndromes grippaux, saison 2017/2018

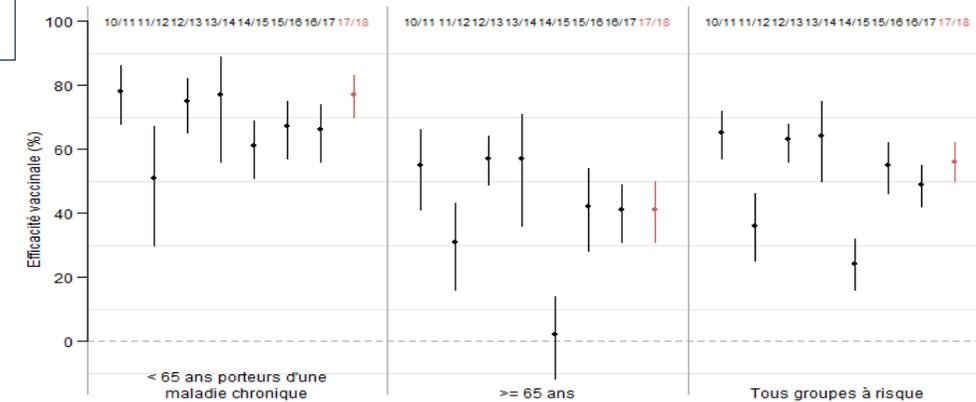


Figure 3. Efficacité du vaccin antigrippal saisonnier, 2010-2018

- **Forte mobilisation des médecins Sentinelles pour cette quatrième saison de surveillance virologique**

Entre octobre 2017 et avril 2018, **314 médecins Sentinelles** ont accepté de participer à la surveillance virologique des syndromes grippaux. L'ensemble des régions a été représenté. Parmi ces médecins, 75 étaient des pédiatres et 239 des médecins généralistes. Le taux de participation a été de 95,2% cette saison.

Au total **2 759 prélèvements** ont été envoyés aux laboratoires du CNR des virus des infections respiratoires (Institut Pasteur à Paris et Hospices Civils de Lyon) et de l'Université de Corse. Parmi l'ensemble des prélèvements analysés, **1 592 (57,7%)** ont été positifs pour un virus grippal. Ce taux de positivité a été le plus élevé au regard des 3 saisons passées de surveillance virologique des syndromes grippaux (55,7% en 2014/2015, 52,8% en 2015/2016 et 48,3% en 2016/2017).

- **Les virus influenza B lignage Yamagata et A(H1N1)pdm09 majoritaires**

Durant la période épidémique, les virus B lignage Yamagata et A(H1N1)pdm09 ont co-circulé représentant 46,4% et 43,9% respectivement des virus grippaux identifiés. Le virus de type A(H1N1)pdm09 a circulé majoritairement en début d'épidémie, puis le virus B lignage Yamagata a pris le pas sur le virus de type A(H1N1)pdm09 en cours d'épidémie. Les autres virus grippaux isolés étaient ensuite le virus de type A(H3N2) (8,1%), le virus A non sous-typé (1,1%), le virus B lignage indéterminé (<1%) et enfin le virus B lignage Victoria (<0,5%) (Figure 4).

La dernière épidémie avec une codominance d'un virus A(H1N1)pdm09 et d'un virus B lignage Yamagata remontait à 2012/2013 où l'épidémie de grippe a été tout aussi longue.

Le virus A(H1N1)pdm09 circulant cette saison était concordant avec la souche présente dans le vaccin antigrippal, A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09, ce qui n'était pas le cas du virus B lignage Yamagata, absent du vaccin trivalent antigrippal cette année.

Le taux de positivité hebdomadaire des prélèvements pour les virus grippaux a été élevé durant la période hivernale (15 semaines avec un taux > 55%). Une diminution a été observée en semaine 02 (Figure 4).

- **Surveillance des autres virus respiratoires**

Les prélèvements ont été également testés pour d'autres virus respiratoires, notamment le virus respiratoire syncytial (VRS), le rhinovirus (HRV) et le métapneumovirus (hMPV). Cela a permis de suivre leur taux de positivité en temps-réel (Figures 5 et 6) et d'observer l'arrivée de l'épidémie de grippe. Le VRS et le HRV ont circulé majoritairement cette saison avec une proportion moyenne de 7% et 9% respectivement durant la période de suivi.

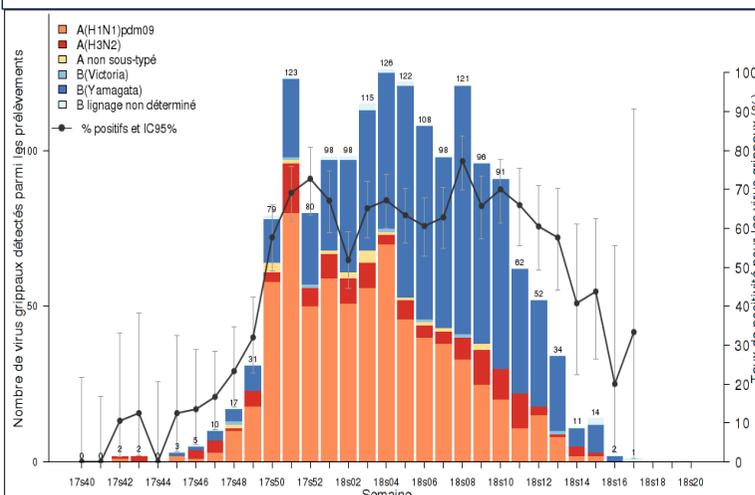


Figure 4. Evolution des différents sous-types des virus grippaux isolés et taux de positivité, 2017/2018

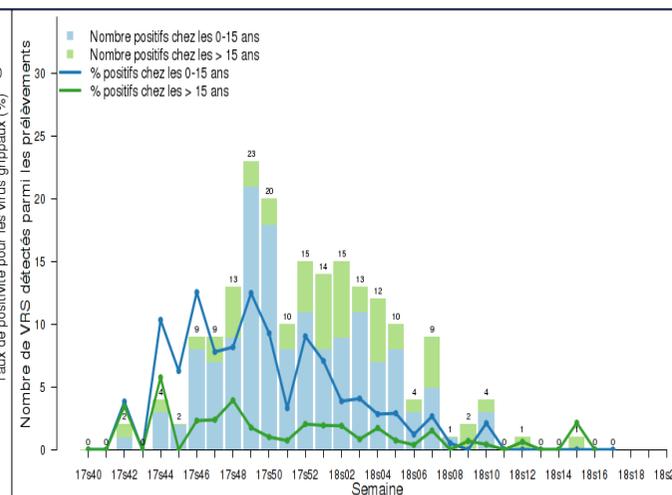


Figure 5. Prélèvements positifs et taux de positivité pour le VRS, 2017/2018

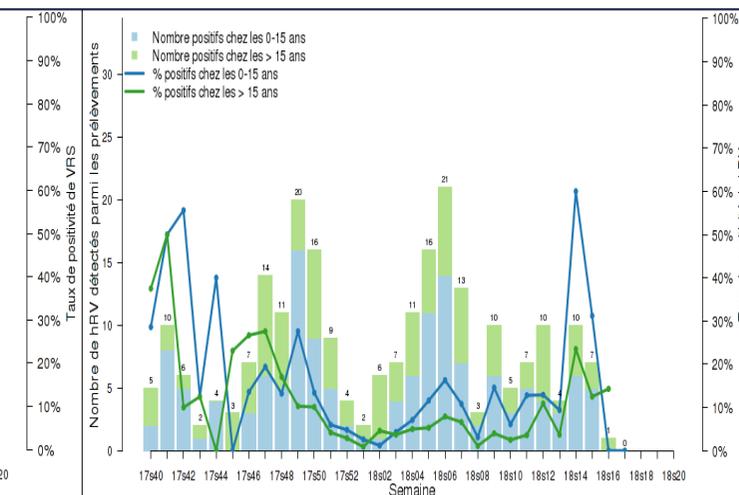


Figure 6. Prélèvements positifs et taux de positivité pour le HRV, 2017/2018

La surveillance virologique respiratoire reprendra en octobre 2018 pour la nouvelle saison hivernale 2018/2019.

Si vous souhaitez participer ou avoir des informations, n'hésitez pas à contacter :

Shirley Masse: 04-20-20-22-19 ou masse_s@univ-corse.fr