



XVII^{ème} Journée Nationale
du
Réseau des GROG
Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe

Jeudi 3 octobre 2013

Ministère de la Santé

*Avec le soutien de
la Direction Générale de la Santé*

*et le parrainage de
la Société Française de Microbiologie
la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
la Société Française de Santé Publique*



Réseau des GROG
Groupes Régionaux
d'Observation de la GRIPPE

Cette Journée

est organisée grâce au soutien financier

de

la Société Française de Microbiologie



Le **Réseau des GROG** est correspondant de l'InVS dans le cadre du Réseau national de santé publique
L'InVS apporte au **Réseau des GROG** 70% de son budget de surveillance de la grippe saisonnière



XVIIème Journée Nationale du Réseau des GROG

jeudi 3 octobre 2013

Salle Laroque

Ministère de la Santé

14, Avenue Duquesne

Programme

9h15 - Accueil (*Dr Emmanuel Debost*)

9h30 - La saison grippale 2012/2013 en France et ses particularités : les données du Réseau des GROG

Modérateur : Dr Emmanuel Debost

- Surveillance (*Isabelle Daviaud*)
- Aspect virologique (*Pr Bruno Lina*)

10h - Vigies GROG et recherche

Modérateurs : Dr Aurélie Mayet, Pr François Bricaire

- Quelle définition clinique pour surveiller la grippe ? (*Dr Jean-Sébastien Casalegno*)
- Fluresp, Anydemic : 2 expériences de modélisation (*Dr Jean Marie Cohen, Pr Michel Lamure, Pr Jérôme Wittwer*)
- Prescription et délivrance des antiviraux en médecine de ville dans le traitement de la grippe pandémique et saisonnière : Rétro-Dina, un travail en commun avec le réseau Sentinelles (*Dr Thierry Blanchon*)

11 h - 11h30 Pause

11h30 - Virus respiratoires : quoi de neuf ?

Modérateurs : Dr Catherine Burugorri, Pr Selim Badur

- Les nouveaux virus respiratoires en circulation dans le monde (*Pr Sylvie van der Werf*)
- Le dispositif particulier d'Aéroports de Paris à l'aéroport CDG (*Dr Philippe Bargain*)
- Prise en charge des infections respiratoires : les recommandations récentes (*Dr Corinne Le Goaster*)

12h30 - Quelques publications marquantes de l'année

13h - 14 h30 Déjeuner

14h30 - Session questions/réponses

Modérateurs : Dr Jean Marie Cohen, Dr Jean-Louis Bensoussan

15h - Vaccination contre la grippe

Modérateurs : Dr Catherine Goujon, Dr Thierry Barthelmé

- Campagne 2013 de vaccination antigrippale et nouveau calendrier vaccinal (*Dr Anne Mosnier*)
- Vaccination antigrippale et Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique (*Dr Dominique Lessellier*)
- Les données de la pharmacovigilance sur les vaccins contre la grippe : profil de sécurité d'emploi des vaccins trivalents contre la grippe saisonnière (*Dr Alexis Jacquet*)
- Des arguments pour améliorer la couverture vaccinale des personnes à risque ? (*Pr Laurent Letrilliart*)

16h10 - Réseau commun GROG - Sentinelles (*Dr Emmanuel Debost, Dr Jean Marie Cohen*)

16h30 - Intervention du docteur Marie-Christine Favrot, Adjointe au Directeur Général de la Santé

La saison grippale 2012/2013 en France et ses particularités : les données du Réseau des GROG

Isabelle Daviaud, *Coordination nationale du Réseau des GROG (Paris)* (épidémiologie)

Bruno Lina, *CNR des virus influenza, Hospices Civils de Lyon (Lyon)* (virologie)

Chaque saison depuis 1984, les professionnels de santé vigies GROG, volontaires et bénévoles, recueillent et transmettent hebdomadairement, entre septembre et avril, des indicateurs d'activité médicale et effectuent des prélèvements rhino-pharyngés chez certains de leurs patients grippés. Une estimation hebdomadaire du nombre de cas de grippe clinique (indicateur partagé avec le réseau Sentinelles) et une synthèse des résultats virologiques sont transmises chaque semaine à l'InVS.

En 2012-2013, le taux moyen de participation des 411 MG et des 115 pédiatres est respectivement de 73% et de 76%, vacances scolaires comprises.

Au cours de la saison, 5 374 prélèvements ont été effectués par les vigies du Réseau des GROG et analysés par les virologues. Parmi ces prélèvements, 2 508 virus grippaux (46,7% de positivité) ont été diagnostiqués. Les virus de type B ont représentés 54,6% des gripes. Les sous-types de grippe A(H1N1)pdm09 représentaient 23,5% des gripes alors que ceux de grippe A(H3N2) 18,4%. Seuls 70 virus de type A n'ont pas été sous-typés.

L'analyse des données GROG permet de décrire la situation épidémiologique de la grippe et des IRA en France au cours de l'hiver 2012-2013 :

- L'impact des IRA dans l'activité des médecins vigies GROG est resté à des valeurs habituelles et plutôt modestes jusqu'à la fin du mois de novembre.

En décembre, la part des IRA a progressé, notamment chez les pédiatres, coïncidant à la fois avec l'intensification de la circulation du VRS et le début d'une circulation plus soutenue des virus grippaux. Après un « creux » pendant les vacances de fin d'année, la circulation des virus grippaux s'est intensifiée, occasionnant une vague d'IRA un peu plus forte, de fin janvier à début mars. Au pic d'activité grippale (sem. 5 et 6/2013), les IRA concernaient un acte de médecine générale sur cinq (22%) et un acte de pédiatrie sur quatre (29%).

- Les détections de virus grippaux dans les prélèvements GROG sont restées sporadiques jusqu'à début décembre et concernaient les 3 types ou sous-types B, A(H3N2) et A(H1N1)pdm09. Les détections de virus de type A et B ont ensuite augmenté de façon quasi concomitante, entraînant une vague épidémique saisonnière à 3 virus.

- Le taux de prélèvements positifs pour la grippe a dépassé les 10% de début décembre à la mi-avril, illustrant la circulation forte et prolongée des virus grippaux. Le virus de type B a été légèrement majoritaire, représentant 54,6% des virus grippaux analysés. Parmi les virus A, les A(H1N1)pdm09 ont été un peu plus actifs que les A(H3N2).

- Le seuil épidémique GROG a été franchi pendant 11 semaines, de fin décembre à début mars, avec un pic fin janvier-début février. La période d'activité grippale a été comparable dans toutes les régions, mais l'impact semble avoir été un peu moins fort dans le Nord-Ouest de la France. Toutes les tranches d'âge ont été concernées par la grippe avec, comme habituellement, un impact beaucoup plus fort chez l'enfant (1 enfant sur 3) et moindre chez les seniors.

- L'analyse fine des virus grippaux faite par le CNR montre que les virus de type B analysés correspondaient très majoritairement (92%) au lignage retenu pour le vaccin (Yamagata).

Les virus du sous-type A(H1N1)pdm09 sont restés très proches de la souche pandémique et de la souche vaccinale. Les virus A(H3N2) étaient antigéniquement proches du virus de référence A/Victoria/361/2011 produit en culture cellulaire, mais un peu différents de la souche vaccinale qui en est dérivée et produite sur œuf. Cette variation peut avoir entraîné une baisse de l'efficacité vaccinale pour cette souche. Aucun virus résistant à l'oseltamivir n'a été détecté parmi les prélèvements du Réseau des GROG analysés.

- L'impact global de cette épidémie à 3 virus est supérieur à celui des épidémies de grippe des deux saisons précédentes.

Quelle définition clinique pour surveiller la grippe ?

Jean-Sébastien Casalegno, *Hospices Civils de Lyon, National Influenza Centre (South of France), Laboratory of Virology - Bât A3, 59 Boulevard Pinel, F-69677 Bron Cedex, France - Université de Lyon, Université Lyon 1, UCBL EA4610, Virologie et Pathologie Humaine, VirPath, 7 rue Guillaume Paradin, F-69372 Lyon Cedex 08, France*

Depuis plus de 25 ans, deux réseaux de médecine ambulatoire surveillent la grippe en France métropolitaine : le réseau Sentinelles et le réseau des Grog.

Chacun des réseaux utilise une définition de cas différente : le syndrome grippal pour le réseau Sentinelles et l'infection respiratoire aigüe pour le réseau des Grog. La première définition privilégie la spécificité et la seconde la sensibilité. Une réflexion s'est engagée pour adopter une définition commune au sein du Réseau Unifié.

Un groupe de travail, impliquant les différents partenaires (le réseau Sentinelles, le réseau des Grog, l'InVS, le CNR), a été constitué pour étudier les sensibilités, spécificités, valeurs prédictives positives et négatives des signes cliniques de grippe et de leurs combinaisons.

Ce travail se base sur l'analyse rétrospective de la base clinico-virologique du Grog/CNR.

La base de travail est une partie de la base virologique GROG 2003-2012.

Les prélèvements inclus dans la base de travail ont été sélectionnés sur les critères suivants : prélèvement réalisé par un médecin généraliste ou pédiatre GROG classique (exclusion des EPHAD) ; délai entre le début des signes et le prélèvement ≤ 48 h ; exclusion des gripes C (11 cas) ; exclusion des co-infections grippe (8 cas) ; exclusion des patients dont l'âge est non disponible.

Cette base de travail de départ (37256 prélèvements) a ensuite été adaptée. Les variables supprimées sont celles relatives aux traitements (antiviraux, antibiotiques), à la notion de voyage, à l'information sur la recherche d'autres virus respiratoires, aux coordonnées des médecins et à certains signes cliniques jugés non pertinents (adénopathie, rash, symptômes gastro-intestinaux, conjonctivite). Les variables créées sont celles relatives aux groupes d'âge, définitions cliniques et température.

Une première analyse descriptive montre que, malgré des différences notables dans les variables et la structure de la définition, les définitions du Grog, CDC ILI, ECDC ILI, ECDC IRA sont très proches en terme de sensibilité et spécificité. Elles privilégient la sensibilité au détriment de la spécificité.

La définition grippe Sentinelles se distingue des précédentes en privilégiant la spécificité au détriment de la sensibilité.

Une seconde analyse prédictive réalisée par l'InVS, permettant de tester l'ensemble des combinaisons de variables disponibles dans la base, montre qu'il est possible d'obtenir une définition de sensibilité et spécificité intermédiaire.

L'amélioration de la performance des définitions actuelles est possible mais nécessite l'intégration d'un grand nombre de variables supplémentaires. Ces données obtenues à partir de la base du Grog doivent maintenant être confirmées sur d'autres bases de données de surveillance de la grippe.

Dans tous les cas il apparaît qu'il n'existe pas de définition clinique parfaite pour la grippe, la meilleure définition ne pouvant l'être qu'en regard de la structure du réseau de surveillance.

FluResp, Anydémic® : 2 expériences de modélisation

Dr Jean Marie Cohen, *Open Rome*, Pr Michel Lamure, *Université Lyon*, Jérôme Wittwer, *ISPED Bordeaux 2*

FluResp

FluResp est un projet européen, financé par la « DG Sanco » (Santé Consommation), qui vise à démontrer la faisabilité d'une évaluation économique (« coût-efficacité ») des combinaisons d'interventions en cas de pandémie de grippe.

La première étape du projet (WP4), animée par l'Institut Supérieur de la Santé (Rome, Italie) a consisté à décrire 6 scénarii pandémiques : similaire à la grippe saisonnière, similaire à la pandémie de 2009, diffusion large mais virulence faible, diffusion large et forte virulence, très sévère dans certains groupes à risque, catastrophe majeure.

L'étape suivante (WP5), animée par Open Rome, a permis de sélectionner 18 interventions susceptibles d'être efficaces (mesures barrières, vaccinations, antiviraux, achat d'équipements hospitaliers, etc.), de définir une liste standardisée de critères de succès communs à toutes ces interventions (de façon à pouvoir les comparer), de chercher dans 4 pays pilotes (France, Italie, Pologne, Roumanie) la documentation permettant d'estimer leurs coûts (achat de stocks, coûts de distribution, frais des campagnes de communication, etc.). Pour chacun des scénarii et dans chaque pays, les coûts et les probabilités de succès ont ainsi été estimés, afin de permettre ensuite aux deux équipes suivantes (WP6 – Université Lyon 1 et WP7 – Datamining International) de réaliser des analyses factorielles et des études coût-efficacité.

A la fin de ce projet (prévue pour l'été 2014), l'Union Européenne disposera d'outils et de méthodes permettant de comparer très vite, dans chaque pays, les coûts et les probabilités de succès de différentes stratégies.

Anydémic®

Anydémic® est le nom d'un simulateur d'épidémie, fruit d'un travail de recherche mené depuis 2006 par Open Rome, le laboratoire Santé-Individu-Société (SIS) de l'Université Lyon 1 et l'École Pratique des Hautes Etudes (EPHE).

L'idée de départ est simple : en période de crise ou lors de la préparation à ces situations, les décideurs doivent pouvoir tester toutes sortes de stratégies sanitaires en tenant compte de la diversité des populations (âge, métier, type de logement, moyens de transport quotidien, habitudes de vie, etc.), des flux et des densités d'habitants.

Il leur faut aussi distinguer des groupes à risques, tenir compte des réactions vis-à-vis des mesures proposées (réticences des soignants, ligues antivaccinales par exemple...).

Enfin, il faut paramétrer le simulateur en fonction des caractéristiques de l'agent infectieux responsable et de sa prise en charge (durées de l'incubation, de la contagiosité et de la maladie, recours aux soins, circuits de soins, etc.).

Pour qu'un tel simulateur soit réellement utile, il doit tourner sur un PC, être paramétrable par un non-initié, fournir des résultats en quelques heures et coûter peu cher.

L'équipe de recherche a misé sur un outil mathématique inventé à Lyon il y a une vingtaine d'années, la pré-topologie stochastique (un mélange de topologie et de probabilités), qui commence à être utilisé dans l'espionnage des réseaux sociaux.

Anydémic® ne permettra pas de prévoir l'évolution d'une épidémie. Il servira à tester l'impact potentiel de décisions en tenant compte des caractéristiques d'une épidémie débutante, du contexte du pays et des interactions entre les stratégies de santé publique.

Prescriptions et délivrance des antiviraux en médecine de ville dans le traitement de la grippe pandémique et saisonnière : Rétro-Dina, un travail en commun avec le réseau Sentinelles

Thierry Blanchon, *Réseau Sentinelles, INSERM UPMC- UMR S 707*

Introduction

Compte tenu des données disponibles, les antiviraux (inhibiteurs de la neuraminidase ou INA) sont recommandés par le HCSP chez les patients à risque de complications ayant une suspicion de grippe. Cette étude a pour objectif d'évaluer la prescription et de la délivrance des antiviraux en médecine de ville en France métropolitaine.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective observationnelle utilisant trois bases de données :

- i) celle du réseau Sentinelles, afin d'étudier la prescription des INA chez les patients vus en consultation de médecine générale pour un syndrome grippal quelle que soit la durée depuis le début des symptômes,
- ii) celle du réseau des Grog, afin d'étudier la prescription des antiviraux chez les patients vus en consultation de médecine générale et de pédiatrie pour un syndrome grippal ayant débuté depuis 48h ou moins,
- iii) et celle de la société IMS-health afin d'étudier la délivrance des INA par les officines de ville.

Résultats

En médecine générale, les taux de prescription d'INA ont été estimés lors de la dernière épidémie de grippe 2012/2013 à 4,6% chez les patients grippés quelle que soit la date du début des symptômes, et à 10,7% chez les patients vus dans les 48 premières heures des symptômes.

Ce taux était de 6,4% chez les patients vus par un pédiatre dans les 48 premières heures des symptômes.

Les facteurs associés à la prescription d'antiviraux étaient le fait d'avoir 65 ans ou plus sans pathologie chronique sous-jacente (OR=1,35 ; IC95%=1,04-1,74), d'être porteur d'une pathologie chronique chez les sujets de 65 ans et plus (OR=7,54 ; 5,86-9,70), d'être porteur d'une pathologie chronique chez les sujets de moins de 65ans (OR=14,85 ; 13,00-16,97), l'obésité (OR=4,67 ; 3,50-6,22), la grossesse chez les femmes en âge de procréer (OR=10,63 ; 7,17-15,76), et la pandémie A(H1N1)2009 (OR=3,19 ; 2,93-3,48).

Au niveau national, lors de la dernière épidémie de grippe 2012/2013, le nombre de boîtes d'antiviraux délivrées a été de 374 pour 100 000 habitants. L'oseltamivir représentait 99,99% des délivrances.

Conclusion

Cette étude a permis de quantifier la prescription et la délivrance des antiviraux en médecine de ville dans le traitement des syndromes grippaux.

Les nouveaux virus respiratoires en circulation dans le monde

Sylvie van der Werf, *Institut Pasteur, Centre coordonnateur du CNR des virus influenzae, Unité de Génétique moléculaire des virus à ARN, CNRS UMR3569, Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité*

Parmi les très nombreux virus respiratoires en circulation dans le monde, nous nous focaliserons sur les virus à potentiel pandémique qui ont émergé récemment, à savoir les nouveaux virus influenza et le nouveau coronavirus du syndrome du Moyen-Orient (MERS-CoV), qui font aujourd'hui l'objet d'une attention particulière.

Les virus influenza aviaires et porcins sont régulièrement responsables d'infections zoonotiques sporadiques chez l'homme. Toutefois, la multiplication de cas humains pour un virus donné et a fortiori l'identification de transmissions d'homme à homme, même très limitées, peut laisser craindre la possibilité d'une adaptation du virus à l'homme, se traduisant par l'instauration d'une chaîne de transmission interhumaine continue et l'initiation d'une pandémie.

Ainsi, les **virus influenza aviaires** A(H5N1) hautement pathogènes, endémiques dans plusieurs régions du monde (Egypte, Indonésie, Asie du Sud-Est), et régulièrement responsables de cas récurrents d'infection chez l'homme, justifient toujours une surveillance attentive du fait de leur constante évolution.

En mars 2013, l'identification dans deux provinces de Chine de cas d'infection chez l'homme par un virus influenza A(H7N9) a alerté la communauté internationale.

Ces virus d'un sous-type jusqu'alors inconnu chez l'homme sont responsables d'infections respiratoires le plus souvent sévères avec atteinte multi-viscérale, touchant majoritairement les personnes plus âgées et plus souvent les hommes. Au 12 août 2013, 135 cas humains dont 44 décès ont été rapportés par l'OMS. Des cas de transmission d'homme à homme ont également été documentés.

Les volailles infectées constituent la source d'infection la plus probable, et la fermeture des marchés de volailles vivantes dans les provinces chinoises touchées s'est traduite par une baisse très significative du nombre de cas. Il est à noter que ce virus est faiblement pathogène pour les oiseaux, chez lesquels il ne donne pas de symptomatologie marquée, rendant son contrôle difficile.

Au plan génétique, ce nouveau virus A(H7N9) est le fruit d'un réassortiment entre différents virus aviaires. De façon notable, comme les virus A(H5N1), il dérive ses gènes internes de virus A(H9N2), virus occasionnellement responsable d'infections respiratoires généralement bénignes chez l'homme. Les virus A(H7N9) détectés depuis mars 2013 ne présentent pas de variations génétiques et antigéniques notables. De plus, ils possèdent certaines des mutations d'adaptation à l'hôte mammifère, ce qui pourrait contribuer à sa capacité de transmission à l'homme accrue par rapport aux virus A(H5N1).

Les virus A(H7N9) sont sensibles aux antineuraminidase. Des vaccins adaptés sont en cours d'évaluation.

L'infection chez l'homme par des **virus influenza porcins** a été régulièrement documentée et le virus H1N1 pandémique de 2009 est le fruit de réassortiments entre différents virus circulant chez le porc.

Aux Etats-Unis, depuis 2005, une augmentation notable des cas d'infection chez l'homme par des virus porcins a été notée, plus particulièrement à la période des foires agricoles. Ces virus H1N1v, H1N2v et H3N2v sont issus de réassortiments entre différents virus circulant chez le porc et partagent plusieurs segments avec le virus pandémique 2009.

Depuis 2011, les virus H3N2v qui partagent les 6 segments internes avec le virus pandémique 2009 ont donné lieu à 339 cas humains, dont 17 ont été hospitalisés et un est décédé. Dans quelques cas une transmission d'homme à homme a été documentée. Toutefois leur potentiel pandémique pourrait être aujourd'hui limité du fait de la relative proximité antigénique de leurs protéines de surface avec des virus humains des années 1995.

Le **nouveau coronavirus humain du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)** a été initialement identifié en juin 2012 chez un patient d'Arabie Saoudite présentant une pneumopathie sévère. Ce même virus a ensuite été détecté en septembre 2012 en Grande-Bretagne, chez un patient Qatari ayant séjourné en Arabie Saoudite, également atteint d'une pneumopathie sévère.

Rétrospectivement des cas ont été identifiés en avril 2012 en Jordanie.

Au 24 septembre 2013, 133 cas humains confirmés d'infection par le MERS-CoV, dont 60 décès, ont été rapportés dans le monde (source ECDC), en Arabie-Saoudite, Jordanie, Qatar et Emirats Arabes Unis. Des cas d'importation, tous en lien avec le Moyen-Orient, ont été détectés en Grande-Bretagne, Allemagne, France, Italie et Tunisie. Des cas de transmission interhumaine, en majorité nosocomiale, ont été documentés mais n'ont pas donné lieu à une transmission établie.

La majorité des cas sont survenus chez des sujets âgés et concernaient dans plus de 60% des cas des hommes. L'infection, parfois asymptomatique, se traduit le plus fréquemment par une pneumopathie sévère évoluant rapidement vers une détresse respiratoire aigüe. Une évolution avec défaillance rénale et multiviscérale est également observée. Les symptômes respiratoires peuvent ne pas être présents d'emblée et des signes gastrointestinaux sont parfois observés. Les facteurs de risque identifiés jusqu'à présent sont l'immunodépression, la présence de comorbidité (plus de 60 % des patients) et l'âge.

Le virus est majoritairement présent dans le tractus respiratoire inférieur où il peut être détecté pendant plusieurs semaines. De ce fait, les prélèvements profonds sont à privilégier pour le diagnostic. Dans quelques cas, le virus a également été retrouvé dans le sang, les urines ou les selles.

Aucun traitement ou vaccin spécifiques ne sont disponibles actuellement.

L'analyse génétique du virus a permis de le classer parmi les beta-coronavirus, dans un groupe proche de coronavirus de chauve-souris. La source et le mode de transmission du virus ne sont pas établis actuellement même si des études sérologiques ont permis la détection d'anticorps neutralisant le MERS-CoV chez des dromadaires d'Oman et des Iles Canaries. Des analyses phylogénétiques suggèrent la possibilité d'introductions multiples chez l'homme.

Bien qu'il n'y ait pas actuellement d'élément en faveur de l'établissement d'une transmission interhumaine continue, compte tenu du potentiel de variation des coronavirus, la possibilité d'une adaptation de ce nouveau virus à l'homme à la faveur d'infections répétées, comme ce fut le cas pour le coronavirus du SRAS (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère) en 2003, justifie une surveillance attentive et l'investigation des cas possibles de retour du Moyen-Orient.



Le dispositif particulier d'Aéroports de Paris à l'aéroport CDG

Philippe Bargain, *Chef du Service médical d'urgence d'ADP-CDG*

I - Le cadre légal règlementaire :

- le règlement sanitaire international (RSI) version 2005,
- le décret n° 2013-30 du 9 janvier 2013 relatif à la mise en œuvre du règlement sanitaire international, Journal officiel de la République française, 11 janvier 2013.
 - en instance de publication, le décret fixant la liste des points d'entrée désignés du territoire au sens des articles R.3315-16 (aéroports) et R.3315-17 (ports) du code de santé publique.

II - L'information destinée aux passagers, attendants, accompagnants et personnels :

- L'information des passagers, attendants, accompagnants, personnels, est réalisée par les affiches placardées :
- sur les banques d'enregistrements, les totems dans les salles d'embarquement, ou en boucle en bandeau défilant sur les nombreux téléviseurs,
 - sur les totems en salles de débarquement et en salles de livraison bagages,
 - dans les salles d'attente du Service Médical d'Urgence & soins de l'aéroport Charles de Gaulle.
- Les médecins, infirmières(iers) des services de Santé au travail assurent la communication auprès des personnels des compagnies aériennes, des sociétés de service, des administrations.

III - La vigilance sanitaire aéroportuaire repose sur :

Les hommes :

- les équipes du Service Médical d'Urgence (SMU), présentes 24 heures sur 24, 365 jours par an au Terminal 2F, niveau boutique, porte 0-17, en vigilance documentaire et locale,
- les secouristes du Service de Sécurité Incendie et d'Aide à la Personne (SSIAP), présents dans les aéroports,
- les sapeurs-pompiers du Service de Sécurité et de Lutte contre les Incendies d'Aéronefs (SSLIA), qui assurent, en liaison avec les équipes du SMU et les SSIAP, les relèves de malades dans l'enceinte du site.

Les locaux du Service Médical d'Urgence de CDG :

- la salle d'attente réservée à l'accueil d'un consultant suspect d'être porteur d'une maladie contagieuse,
- la chambre d'isolement spécialisée, en pression négative.

Le véhicule sanitaire du SMU :

réservé pour l'évacuation vers le centre hospitalier de référence, en cas d'indisponibilité d'un véhicule sanitaire extérieur.

Le satellite "HOTEL" :

aérogare implanté en zone sous-douane, à distance des aéroports utilisés au quotidien, avec 2500 places assises. L'espace mis à disposition peut être segmenté en lieux de consultations médicales, d'accueils administratif ou social, d'hébergements temporaires d'attente.

L'adhésion du SMU au Groupe Régional d'Observation de la Grippe (GROG) d'Ile-de-France et sa suite logique l'Institut Pasteur où sont adressés les prélèvements pharyngés réalisés lors des consultations.

Le circuit de recueil des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI).

La collaboration de l'antenne locale CDG de l'ARS-93 et celle du SAMU 93.

Toute cette organisation est placée sous l'autorité du Préfet en charge de la Sécurité et de la Sûreté des aéroports de Paris-Charles De Gaulle et du Bourget.

Voilà brossée à grands traits l'organisation d'ADP-CDG, dans laquelle les équipes médicales du Service Médical d'Urgence, les secouristes et sapeurs-pompiers, les services de santé au travail servent de vigie avancée dans la surveillance de l'évolution des épidémies (la grippe dans le cadre du Groupe d'Observation Régional de la Grippe, la Méningite W135 ou le Coronavirus lors du retour des pèlerins de la Mecque).

Prise en charge des infections respiratoires : les recommandations récentes

Corinne Le Goaster, *Haut Conseil de la santé publique, Secrétariat général*

Entre mars 2012 et juin 2013, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi de nombreuses fois par la Direction générale de la santé et a émis des recommandations face à la survenue de différentes situations de circulation de virus respiratoires et à leurs évolutions. Il s'est agi notamment début 2012 de la circulation prédominante du virus grippal A(H3N2) qui n'avait pas circulé depuis deux saisons et qui touchait plus particulièrement les personnes âgées, puis à partir de la fin 2012 de l'apparition du nouveau virus *influenzae* aviaire A(H7N9) ainsi que du nouveau Coronavirus (MERS-CoV : *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus*) avec la survenue de deux cas en France en mai 2013.

Infections à virus MERS-Cov : le HCSP a fait des recommandations en termes de règles d'hygiène pour la prise en charge des patients suspects (Avis des 19 mars et 24 mai 2013), et en termes de gestion et de prévention (Avis du 28 juin 2013).

Infections dues aux virus *influenzae* aviaires A(H7N9) ou A(H5N1) : dans un avis du 25 avril 2013, le HCSP a précisé les modalités de leur prise en charge, de leur diagnostic, et de leur traitement pour les cas, les personnes contact ou co-exposées.

Grippe saisonnière : le HCSP a rendu le 9 novembre 2012, un avis sur l'utilisation des antiviraux chez les patients en extra-hospitalier pour le traitement en curatif et en post-exposition en période de circulation des virus grippaux saisonniers. Il recommande une utilisation ciblée des antiviraux en population générale et dans les collectivités de personnes à risque et leur administration le plus précocement possible. En février 2013, le HCSP a recommandé d'inclure les patients atteints de maladie hépatique chronique avec ou sans cirrhose dans la liste des personnes éligibles à la vaccination contre la grippe saisonnière. Il a été estimé en effet qu'en raison de la gravité potentielle de la grippe chez ces personnes, la balance bénéfique/risque de la vaccination était favorable. Cette modification a été intégrée dans le nouveau calendrier vaccinal 2013.

Infections invasives à pneumocoques : le HCSP a fait en avril 2013 des recommandations pour la vaccination des adultes et des enfants âgés de plus de 2 ans à risque d'infection invasive à pneumocoque, du fait notamment de l'évolution de l'AMM du vaccin pneumococcique polysidique conjugué 13-valent (Prevenar13®). Les stratégies vaccinales recommandées combinent les deux vaccins pneumococciques existant.

Par ailleurs, le HCSP a rendu public en 2013, un rapport sur les recommandations vaccinales pour les personnes immunodéprimées et aspléniques dans lequel il est rappelé l'importance de la prévention des infections respiratoires chez ces personnes par la vaccination contre la grippe saisonnière et contre les infections invasives à pneumocoques.

Enfin, le Guide sur la conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées publié par le HCSP en octobre 2012, actualise les recommandations de 2006 et rappelle la nécessité de renforcer la surveillance et la prise en charge de ces épisodes dans ces collectivités.

Tous les Avis et les rapports du Haut Conseil de la santé publique sont disponibles sur son site <http://www.hcsp.fr>

Campagne 2013 de vaccination antigrippale et nouveau calendrier vaccinal

Anne Mosnier, *Coordination nationale du Réseau des GROG (Paris)*

En France, la politique publique de vaccination antigrippale vise à protéger les personnes pour lesquelles la maladie grippale représente un danger : l'accent est mis sur la prévention de la mortalité plutôt que sur celle de la morbidité [*INPES-Guide des vaccinations 2012*].

Les recommandations concernant la vaccination contre les virus grippaux saisonniers sont revues chaque année et sont, soit intégrées dans le calendrier vaccinal [*BEH n°14-15, avril 2013*], soit l'objet, en fonction de nouvelles données épidémiologiques, d'une actualisation non intégrée dans le calendrier vaccinal.

Pour la saison 2013-2014, les recommandations sont, à ce jour, celles du calendrier vaccinal 2013.

La liste, revue en 2012 et complétée en 2013 par les patients porteurs d'une maladie hépatique chronique, concerne :

- les personnes âgées de 65 ans et plus;
- les femmes enceintes, quel que soit le trimestre de la grossesse ;
- les personnes (y compris les enfants à partir de l'âge de 6 mois, atteintes des pathologies listées (dont affections broncho-pulmonaires/respiratoires chroniques ; affections cardio-vasculaires chroniques ; formes graves des affections neurologiques et musculaires ; néphropathies chroniques graves et syndromes néphrotiques ; drépanocytoses, homozygotes et doubles hétérozygotes S/C, thalasso-drépanocytose ; diabète de type 1 et de type 2 ; déficits immunitaires primitifs ou acquis excepté les personnes qui reçoivent un traitement régulier par immunoglobulines.

Les maladies hépatiques chroniques avec ou sans cirrhose ont été ajoutées à cette liste [*Avis du HCSP du 22 février 2013*] ;

- les personnes obèses avec un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 40 kg/m² ;
- les personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ainsi que dans un établissement médico-social d'hébergement quel que soit leur âge ;
- l'entourage familial des nourrissons < 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave.

A cette liste de personnes fragiles devant le « risque grippe » s'ajoutent des recommandations en milieu professionnel, concernant les professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère, ainsi que le personnel navigant des bateaux de croisière et des avions et personnel de l'industrie des voyages accompagnant les groupes de voyageurs (guides).

La nouvelle campagne se déroulera de la semaine 41/2013 à la semaine 5/2014, période durant laquelle l'Assurance Maladie invite près de 12 millions d'assurés à bénéficier gratuitement du vaccin contre la grippe saisonnière. Les modalités de la campagne sont similaires à celles de l'an dernier : envoi d'un bon de prise en charge du vaccin aux assurés ciblés et à une partie des soignants libéraux concernés ; possibilité, pour les non primo-vaccinants, de délivrance directe par le pharmacien et de vaccination directe par l'infirmière (sans prescription médicale) ; possibilité pour le médecin traitant d'éditer un bon gratuit à partir de son accès Espace pro Ameli...

Pour rappel, dans le cadre de la Convention médicale 2012, les taux de vaccination des patients de 65 ans et plus et de ceux de 16 à 64 ans ciblés par la campagne vaccinale sont des indicateurs du système de rémunération sur objectifs de santé publique.

Malgré ces campagnes répétées, l'objectif de 75% de couverture vaccinale des personnes âgées n'est pas atteint et a même subi un recul depuis la vague pandémique. Dans le contexte ambiant de méfiance vis-à-vis des produits de santé, les données actuelles de la science semblent insuffisantes pour valider de façon robuste l'efficacité de la stratégie de vaccination antigrippale, rendant nécessaire sa réévaluation. Néanmoins, chez les personnes à risque de grippe sévère ciblées, la balance bénéfice-risque reste favorable et ne doit pas faire remettre en question le calendrier vaccinal en cours.

Cette présentation fera également un point rapide sur les autres nouveautés du calendrier vaccinal 2013.



Vaccination antigrippale et Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique

Dominique Lesselier, *Médecin Conseil à la CNAMTS/DIP*

La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) figure au rang des axes majeurs de la convention Médecins-Assurance Maladie signée en juillet 2011.

Elle constitue en effet, un des leviers de la mobilisation des médecins en faveur de la qualité des soins et de la prévention.

Trois domaines ont été choisis pour faire progresser la qualité de la pratique médicale : suivi des pathologies chroniques, **prévention** et efficience avec l'optimisation des prescriptions.

Dans chacun de ces domaines, les thèmes ont été retenus en fonction des priorités de santé publique et tiennent compte des avis et recommandations de la Haute Autorité de Santé, ainsi que des recommandations internationales.

Pour chaque thème les objectifs cibles sont basés sur 3 critères : les écarts entre les recommandations et la pratique collective, l'observation de la situation dans les autres pays et de celle de l'hétérogénéité entre praticiens.

Le dispositif comporte 24 indicateurs sur le champ de la pratique médicale et sur les 8 concernant la prévention, 2 traitent de la vaccination antigrippale.

Le bilan à un an de la ROSP (mise en place au 1^{er} janvier 2012) traduit une mobilisation des médecins avec une évolution globalement favorable des indicateurs concernant la pratique médicale.

Cependant, pour la prévention, le bilan est plus mitigé et **les efforts doivent être accentués, tout particulièrement pour la vaccination contre la grippe saisonnière**, le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein.

Les données de la pharmacovigilance sur les vaccins contre la grippe : profil de sécurité d'emploi des vaccins trivalents contre la grippe saisonnière

Alexis Jacquet, ANSM

Comme tout médicament, les vaccins trivalents contre la grippe saisonnière, tous sans adjuvant, peuvent causer des effets secondaires.

Pour les vaccins inactivés administrés par voie intramusculaire, il s'agit généralement de réactions indésirables attendues bénignes et transitoires, dont les plus fréquentes concernent des douleurs et des érythèmes au site d'injection (10 à 40% des cas) et, des réactions systémiques telles que des myalgies, des malaises, des céphalées et/ou une fièvre légère (5 à 10% des cas).

Pour le vaccin vivant atténué à administrer par voie intranasale et indiqué uniquement chez les enfants/adolescents de 2 à 17 ans, les événements indésirables attendus transitoires concernent des symptômes grippaux. La réaction secondaire la plus fréquemment rapportée avec ce vaccin est une congestion ou un écoulement nasal chez 55 à 60% des personnes vaccinées.

Ces vaccins ne doivent pas être administrés en cas de risque connu de réaction d'hypersensibilité sévère (par ex. anaphylaxie) aux substances actives, à l'un des excipients, aux œufs ou aux protéines de l'œuf et aux substances présentes à l'état de traces, tels certains antibiotiques.

La fréquence de survenue de réactions allergiques graves demeure extrêmement rare (<1 cas/million de doses vaccinales).

Enfin, divers symptômes ou affections neurologiques tels que névralgie, paresthésie, névrite, encéphalomyélite, paralysie périphérique des nerfs crâniens (parésie faciale) ou syndrome de Guillain-Barré ont également été observés très rarement (<1/10 000).

L'association entre la vaccination antigrippale et la survenue d'un syndrome de Guillain-Barré (SGB), affection auto-immune neurologique, a été évoquée en 1976 aux Etats-Unis lors d'une campagne de vaccination de 45 millions de personnes contre la grippe porcine.

A l'heure actuelle, il n'existe aucune preuve indiquant que ce syndrome constitue une réaction préoccupante liée à la vaccination. Une revue de la littérature montre que ce risque rare est d'environ 1 cas de plus par million de personnes vaccinées par rapport à la fréquence attendue du SGB dans la population adulte, qui est de l'ordre de 2,8 cas par an pour 100 000 habitants en l'absence de toute vaccination antigrippale.

En revanche, la grippe est considérée comme un des facteurs de risque possible du SGB avec une incidence de l'ordre de 4 à 7 pour 100 000 sujets grippés.

Néanmoins et, par principe de précaution, il apparaît prudent d'éviter de vacciner contre la grippe les personnes ayant déjà présenté un SGB dans les huit semaines suivant une vaccination antérieure.

Aucun des vaccins trivalents contre la grippe saisonnière utilisés pour la campagne vaccinale 2013-2014 ne contient comme adjuvant l'AS03, ce dernier ayant été associé à de rares cas de narcolepsie/cataplexie suite à l'administration à grande échelle en 2009/2010 du vaccin contre la grippe pandémique A/H1N1 contenant cet adjuvant.

En dehors du vaccin vivant atténué, tous les vaccins inactivés contre la grippe saisonnière sont recommandés chez la femme enceinte à tout stade de la grossesse et chez les personnes immunodéprimées.

L'analyse des données de tolérance disponibles à ce jour, avec un recul d'utilisation des vaccins grippaux trivalents inactivés de plus de 40 ans dans le monde, confirment leur sécurité d'emploi. Les réactions secondaires restent mineures comparées aux risques liés à la grippe saisonnière.

Durant la campagne de vaccination antigrippale saisonnière 2010/2011, aucun signal particulier n'a été identifié par le suivi national de pharmacovigilance mis en place par l'ANSM pour plus de 11 millions de doses distribuées.

Références

Note de synthèse de l'OMS concernant les vaccins antigrippaux – novembre 2012. Relevé épidémiologique hebdomadaire ; 23 novembre 2012 ; 47(87) : 461-76.

Disponible sur : <http://www.who.int/wer/2012/wer8747.pdf>

Le syndrome de Guillain-Barré. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (Ansm) 07 Octobre 2009.

Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/content/search?SearchText=guillain>

Vaccination contre la grippe saisonnière. Guide des vaccinations, Edition 2012.

Nohynek H et al. Plos One 2012.

Disponible sur: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0033536>

Des arguments pour améliorer la couverture vaccinale des personnes à risque ?

Laurent Letrilliart, *Département de médecine générale, Université de Lyon 1*

Plus que par le passé, l'adhésion des patients au calendrier vaccinal devient aujourd'hui dépendante d'une information de qualité de la population.

Cette information est apportée par les institutions, mais aussi par les professionnels de santé, en particulier les médecins de soins primaires.

L'efficacité des vaccins contre les épidémies de grippe saisonnières est probablement surestimée par les patients et par les professionnels de santé. Cette efficacité est d'ailleurs mal connue dans les populations cibles de la vaccination antigrippale, car les individus inclus dans les essais en sont souvent insuffisamment représentatifs. Les doutes sur la sécurité des vaccins et sur la gravité de la maladie grippale sont aussi probablement exagérés, non seulement dans la population mais possiblement aussi chez les médecins généralistes, particulièrement du fait des aléas de la communication institutionnelle autour de l'épidémie de grippe H1N1 de 2009.

Le médecin généraliste doit donc informer les patients sur les éléments-clés de la vaccination antigrippale. Cette information doit porter d'une part sur la réalité du syndrome grippal et de la maladie grippale, et sur ses complications potentielles.

Elle doit porter d'autre part sur les bénéfices attendus (individuels et collectifs) et sur les risques potentiels de la vaccination. La décision du patient doit être éclairée par cette information mais aussi par l'avis du médecin sur la balance bénéfice/risque, qui est actuellement en faveur d'une vaccination ciblée. Cet avis a en effet un impact décisif sur la couverture vaccinale. Les autorités de santé devraient être en mesure de fournir les données utiles aux médecins généralistes pour remplir leur mission de prévention vaccinale, mais aussi de soutenir les évaluations vaccinales qui s'avèrent nécessaires auprès des populations cibles. Elles devraient aussi s'interroger sur l'impact du remboursement de traitements homéopathiques de prévention grippale sur la compréhension et l'adhésion des usagers au programme de vaccination antigrippale.