

La surveillance nationale de la grippe en France

Les Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe (GROG)

Anne Mosnier, coordination nationale des GROG, Open Rome, Paris

Pourquoi surveiller la grippe

Quelle que soit la pathologie étudiée, la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique fait souvent appel à une logistique lourde. L'initiation d'un projet de surveillance doit donc préalablement faire l'objet d'un processus de réflexion visant à justifier l'intérêt de cette surveillance. Un certain nombre de critères ont ainsi été définis afin d'aider à valider la démarche (Langmuir-1963, Thacker-1983).

A ce titre, il existe des arguments forts pour développer la surveillance de la grippe.

- La grippe est une préoccupation de Santé Publique. Maladie fréquente et à fort potentiel épidémique (voire pandémique), la grippe est à l'origine d'une morbidité importante et une épidémie de grippe peut toucher plusieurs millions de personnes en France. La grippe est grave pour les personnes à risque non vaccinées dont la mortalité par grippe est loin d'être négligeable.
- La connaissance précoce d'une alerte épidémique peut permettre de limiter son retentissement sur le système de soin: désorganisation de la prise en charge en ville et à l'hôpital liée à l'afflux des patients, ruptures de stock médicamenteux...
- La connaissance des souches de virus grippal en circulation permet d'assurer l'adéquation de la composition des vaccins, évaluée annuellement.
- Il n'existe pas de tableau clinique spécifique de la grippe. Le développement récent de molécules antivirales spécifiques de la grippe rend particulièrement utile la diffusion de l'information épidémiologique vers les soignants en leur permettant de limiter l'utilisation à large échelle de ces produits à ces périodes épidémiques.

Dans ce contexte, dès 1949 et après la forte épidémie de 1947, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) met en place un réseau mondial de surveillance de la grippe.

Organisation de la surveillance de la grippe en France par les GROG

Si l'analyse précise des virus grippaux fait appel à des biologistes spécialisés, la grippe est une maladie fréquente dont les meilleurs acteurs de surveillance se trouvent en première ligne de soin. A partir des années 70, et surtout des années 80, les virologues des Centres Nationaux de Référence (CNR) de la grippe se sont efforcés de ne pas se limiter aux prélèvements hospitaliers et de développer des groupes de préleveurs extra-hospitaliers. Partant de ce principe, en 1984, une association de médecins généralistes franciliens (PLURIELS), l'Institut Pasteur et l'Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France mettent en place un système original de surveillance de la grippe en Ile-de-France, le Groupe Régional d'Observation de la Grippe (GROG Ile-de-France). L'expérience se révèle concluante et, dès 1987, des GROG sont implantés dans 10 régions françaises.

Dans le même temps, l'INSERM met en place le Réseau National Télématique des Maladies Transmissibles (RNTMT), aujourd'hui réseau "Sentinelles", autour de la surveillance en médecine générale, d'un certain nombre de pathologies, dont les syndromes grippaux.

L'objectif principal des GROG est la détection précoce de la circulation des virus grippaux permettant un meilleur contrôle des épidémies.

Le principe majeur de la surveillance de la grippe par les GROG repose sur la confrontation hebdomadaire:

- d'indicateurs épidémiologiques d'activité sanitaire tels que le nombre d'infections respiratoires aiguës, recueillis auprès des acteurs de soin de première ligne: médecins généralistes, pédiatres, pharmacies d'officine, SOS-Médecins France, unités militaires (SMOG), OCP-Répartition, Service Médical d'Ile-de-France CNAMTS, médecine du travail de grandes entreprises;
- et de données virologiques émanant de l'analyse par les deux CNR pour la grippe (Institut Pasteur, Paris et HCL, Lyon) et par plusieurs laboratoires hospitaliers des prélèvements rhinopharyngés effectués par les médecins des GROG sur leurs patients présentant une infection respiratoire aiguë.

Dans l'hémisphère nord, la grippe circule classiquement entre octobre et avril, période pendant laquelle le réseau des GROG est activé.

La détection des premiers virus permet de mettre l'ensemble du système en pré-alerte. L'alerte est confirmée par le franchissement du seuil épidémique. Une semaine est considérée comme épidémique pour la grippe quand :

- plusieurs virus grippaux similaires sont isolés dans des zones différentes d'une même région (le pourcentage des prélèvements positifs dépasse alors souvent 10%);
- au moins 2 indicateurs d'activité sanitaire (dont IRA en médecine générale) sont augmentés de plus de 20% sans explication possible par un autre phénomène.

Une semaine n'est retenue comme épidémique que si la semaine précédente satisfaisait aux conditions 1 et 2.

L'ensemble des données de la semaine écoulée est centralisé à l'échelon régional, puis national avant le mardi soir suivant, permettant une synthèse et un retour d'information (bulletin papier et site internet www.grog.org) vers les acteurs du réseau et les autorités sanitaires le mercredi. Les GROG participent également aux réseaux de surveillance européens (EISS - European Influenza Surveillance Scheme - www.eiss.org) et EUROGROG.

Résultats

Le réseau national des GROG couvre aujourd'hui 17 des 22 régions INSEE: Alsace, Aquitaine, Basse et Haute-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Franche-Comté, Ile-de-France, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Pays-de-la-Loire, Picardie, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes.

Depuis le début du fonctionnement des GROG, l'alerte grippale a toujours été fiable et précoce (3 à 6 semaines avant le pic épidémique). Les GROG ont donné un essor considérable à l'analyse virologique en démultipliant le nombre des virus grippaux isolés (plus de 2000 au cours de la dernière saison). Dans le même temps, les GROG ont développé l'utilisation d'indicateurs de surveillance des infections à Virus Respiratoire Syncytial (VRS), virus responsable, chaque hiver, d'épidémies d'infections pseudo-grippales pouvant compliquer la détection des épidémies de grippe.

Source : http://www.grog.org/documents/00_gpip.pdf

Les données recueillies par les GROG depuis 16 saisons réalisent une base considérable de données permettant de développer des modèles, d'affiner les critères d'alerte et d'effectuer des estimations d'impact sanitaire et économique des différentes épidémies (Fig. 1).

L'analyse des fiches cliniques accompagnant les prélèvements permet également de mieux définir le profil clinique des gripes confirmées et de nombreux travaux sur ce thème sont en cours.

La saison 1999/2000 qui se termine a, par exemple, été marquée par une épidémie de grippe A(H3N2) précoce et intense (Fig. 2).

Figure 1 - Infections Respiratoires Aiguës (IRA) en médecine générale (MG)
France, 7 saisons 1993/2000
Sources: GROG

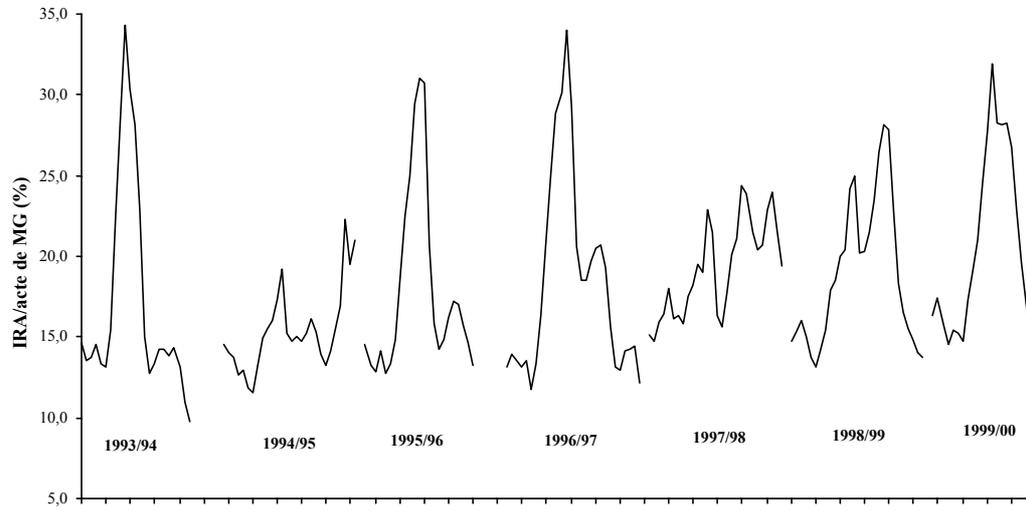
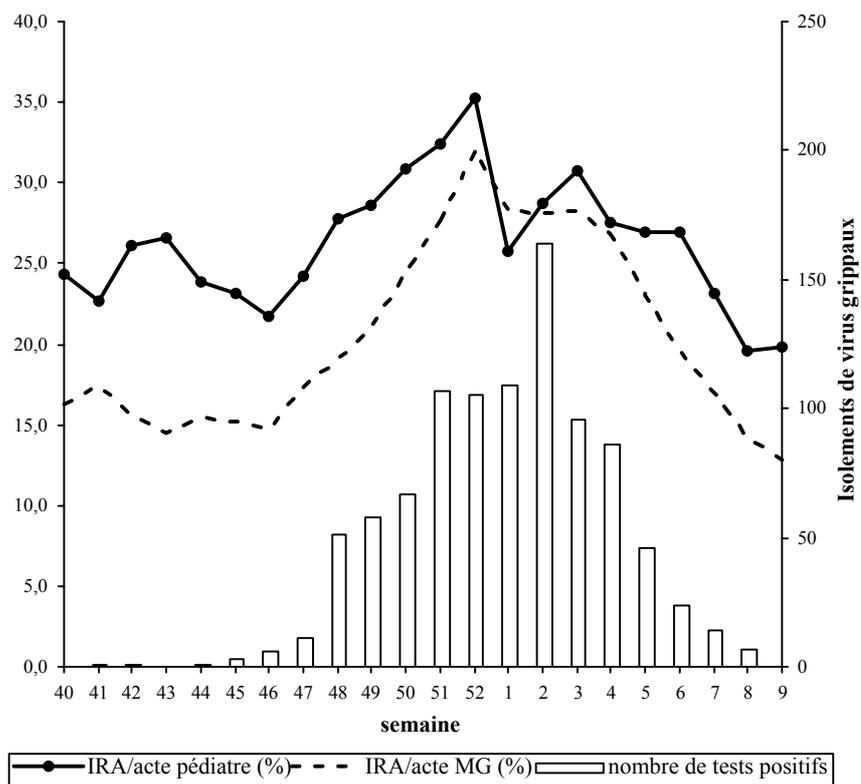


Figure 2 - Infections Respiratoires Aiguës (IRA) en médecine générale (MG) et en pédiatrie et isoléments de virus grippaux

France, saison 1999/2000

Sources: GROG et CNR grippe France Nord et Sud



Source : http://www.grog.org/documents/00_gpip.pdf

En 1995, une évaluation des modalités de surveillance des maladies transmissibles en France, menée par le Réseau National de Santé Publique classait la grippe dans les maladies dont la surveillance est indispensable et jugeait l'adéquation de sa surveillance actuelle comme pouvant nécessiter des modifications après évaluation.

Cette évaluation est en cours au sein des GROG et devrait permettre d'optimiser au mieux le fonctionnement de ce réseau, symbole de la participation des médecins libéraux à la Santé Publique.

Bibliographie

Thacker SB, Keewhan C, Brachman PS: The surveillance of infectious diseases. *JAMA* 1983; 249:1181-1185.

Hannoun C, Dab W, Cohen JM. A new influenza surveillance system in France: the Ile-de-France GROG. *Eur J Epidemiol* 1989; 5: 285-293.

Quenel P, Dab W, Hannoun C, Cohen JM: Les GROG, principes, fonctionnement et intérêts pour le médecin généraliste. *Rev du Prat MG* 1992; 6: 455-461.

Quenel P, Dab W, Hannoun C, Cohen JM: Sensitivity, specificity and predictive value of health service based indicators for the surveillance of influenza A epidemics. *International Journal of Epidemiology* 1994; 23: 849-855.

Fleming DM, Cohen JM. Experience of European collaboration in influenza surveillance in the winter of 1993-1994: *Journal of Public Health Medicine* 1996; 18: 133-142.

Hubert B, Haury B. Orientations pour la révision des modalités de surveillance des maladies transmissibles en France: *BEH* 1996; 26.

Source : GROG