



24e Rencontres sur la grippe et sa prévention

Dossier de presse
9 novembre 2011

Contact Presse pour le GEIG

The Desk - Laurence de la Touche 01 49 24 58 43 – l.delatouche@thedesk.fr

Sommaire

Communiqué de presse

Dossier de presse

1. Bilan de la saison grippale 2010-2011

- Une activité grippale modérée l'hiver dernier
- Bilan de la saison 2011 dans l'hémisphère Sud
- Composition du vaccin 2011-2012
- Les émergences épizootiques rapportées en 2011

2. Pourquoi se faire vacciner contre la grippe saisonnière ?

- Elargissement des populations à risque
- Un taux de vaccination trop faible chez ces populations
- Les personnels soignants dans les recommandations vaccinales contre la grippe
- Efficacité de la vaccination

3. Début de saison 2011/2012, de rares cas sporadiques en métropole

- La situation épidémique actuelle en métropole
- Bulletin InVS du mercredi 2 novembre

Annexe

- Présentation du GEIG

Programme des 24e Rencontres



Communiqué de presse

Paris, le 9 novembre 2011

Grippe saisonnière

LE GEIG appelle toutes les personnes à risque à se faire vacciner avant l'arrivée de l'hiver

À l'occasion des 24^{ème} Rencontres sur la grippe et sa prévention qui se tiennent aujourd'hui à Paris, le Groupe d'Expertise et d'Information sur la Grippe (GEIG) dresse un bilan de la saison grippale 2010-2011 et fait un premier point sur la situation épidémique actuelle.

Lancée le 23 septembre 2011, la nouvelle campagne de vaccination contre la grippe saisonnière élargit la prise en charge du vaccin à de nouvelles populations considérées comme à risque, et mobilise plus particulièrement les professionnels de santé.

Le vaccin, disponible en pharmacie, est gratuit pour toutes les personnes fragiles jusqu'au 31 janvier 2012. Le GEIG les invite à se faire vacciner dès maintenant, avant l'arrivée du froid.

• Des recommandations vaccinales élargies à de nouvelles populations

Près d'1/3 des 65 ans et plus ne sont pas vaccinés alors qu'ils devraient l'être. Quant aux patients de moins de 65 ans présentant une affection de longue durée, près de 60 % d'entre eux ne sont pas vaccinés, ce qui constitue une grave insuffisance.

Après les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes souffrant d'une ALD ou d'insuffisance respiratoire, les insuffisants cardiaques, les diabétiques et les asthmatiques, le vaccin contre la grippe saisonnière pour la saison grippale 2011-2012 est, depuis l'Avis du 13 juillet 2011 du Haut Conseil de la Santé Publique, également recommandé aux :

- femmes enceintes à partir du second trimestre de la grossesse (les femmes enceintes ayant des facteurs de risque les rendant éligibles à la vaccination antigrippale selon le Calendrier vaccinal en vigueur, peuvent être vaccinées contre la grippe dès le 1er trimestre de la grossesse)

- aux personnes obèses (indice de masse corporel supérieur ou égal à 30).

Pour l'ensemble de ces groupes à risque, le vaccin antigrippal est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie jusqu'au 31 janvier 2012. Ces personnes sont invitées à se faire vacciner dès maintenant car il faut compter ensuite une quinzaine de jours pour que l'immunité conférée par le vaccin ait le temps de s'établir.

• Une sensibilisation plus importante des professionnels de santé

L'hiver dernier seuls 27,6% des professionnels de santé se sont faits vacciner contre la grippe, en forte baisse par rapport à l'hiver 2009/2010 (près de 34%)

Pour les professionnels de santé qui sont en contact régulier avec des personnes fragiles, la vaccination antigrippale permet d'éviter une part importante des infections.

Depuis 2010, les médecins généralistes, infirmiers, sages-femmes libéraux peuvent se faire vacciner gratuitement. En 2011, le dispositif a été étendu aux pédiatres, pharmaciens titulaires d'officine, masseurs-kinésithérapeutes.¹

¹ Arrêté du 10 juin 2011 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux. JORF n°0139 du 17 juin 2011.

- **Le vaccin, le moyen le plus efficace pour se protéger contre la grippe et protéger son entourage**

L'efficacité du vaccin contre la survenue de formes graves a été estimée à 72% pour les patients à risques (Source InVS).

La connaissance acquise sur ce vaccin, utilisé maintenant depuis plus de 40 ans en France, permet d'affirmer qu'il est aujourd'hui **le seul moyen efficace** et recommandé pour la prévention de la grippe. Grâce à celui-ci, le taux de mortalité lié à la grippe chez les personnes âgées a été **divisé par près de 10**.

Avec plus de **100 millions de vaccinations faites ces 12 dernières années en France**, il **a également fait preuve d'une bonne tolérance** avec de très rares effets secondaires mineurs et fugaces.

Cette vaccination **doit être renouvelée chaque année** et doit être effectuée avant la circulation active des virus grippaux, dès que le vaccin est disponible.

Pour plus d'informations : www.grippe-geig.com

Questions sur la grippe et son vaccin

- **Comment peut-on attraper la grippe ?**

La grippe est une maladie respiratoire liée à une infection par le virus grippal.

Les virus grippaux circulent dans la population, au cours d'épidémies saisonnières, entre octobre et avril en France métropolitaine.

Lorsque des virus grippaux sont présents dans la population, le virus se transmet facilement, d'une personne malade à une autre, au moyen des gouttelettes projetées dans l'air par les malades lorsqu'ils toussent ou éternuent. Le virus grippal se trouve également sur les mains des personnes infectées ainsi que sur les surfaces qu'elles touchent (poignées de porte, linge de toilette, jouets...). Les lieux confinés et très fréquentés (métro, bus, collectivités scolaires...) sont propices à la transmission de la grippe.

Le virus grippal pénètre dans l'organisme par le nez et la gorge, plus rarement par contact avec les yeux. On attrape donc habituellement la grippe en respirant à proximité d'un malade, en lui serrant la main ou en touchant les surfaces contaminées et en transférant le virus aux yeux, au nez ou à la bouche.

- **Quels sont les symptômes de la grippe ?**

Les symptômes de la grippe apparaissent entre 2 et 4 jours après la contamination.

Le tableau typique de la grippe associe habituellement : une fièvre souvent élevée, des signes respiratoires (toux, nez qui coule...), et des signes généraux (frissons, maux de tête, courbatures, malaise, fatigue,...). Les signes les plus aigus (la fièvre surtout) peuvent durer près d'une semaine ; la toux et la fatigue sont souvent plus prolongées.

Toutefois, un grand nombre de personnes grippées font des formes moins intenses (tableau moins marqué, simple sensation de fièvre, rhino-pharyngite fébrile...), difficiles à différencier des autres maladies virales respiratoires hivernales. La circulation épidémique du virus grippal aide alors le médecin à poser son diagnostic. Enfin, certaines personnes font des grippes « compliquées ». Ces complications (pneumonies, décompensation de maladie chronique,...) peuvent être dues au virus grippal lui-même ou à des surinfections bactériennes. En période d'épidémie, ces grippes compliquées touchent principalement les personnes âgées et les personnes fragilisées (maladie chronique, cardiaque, pulmonaire, métabolique, immunologique...) et peuvent alors entraîner l'hospitalisation voire le décès.

Dans tous les cas, la persistance de la fièvre au-delà de 7 jours, l'aggravation ou la persistance de symptômes gênants doivent amener à consulter votre médecin traitant.

- **La grippe est-elle une maladie très contagieuse ?**

Les sujets atteints deviennent contagieux un à deux jours avant l'apparition des symptômes. Il est habituel de dire que le malade reste contagieux environ 3 à 5 jours après le début des symptômes si c'est un adulte et jusqu'à 7 jours si c'est un enfant. Il suffit alors de respirer à proximité d'un malade, de lui serrer la main ou de toucher des surfaces contaminées pour être infecté. D'où l'importance de savoir se protéger de la contamination en période épidémique, par la mise en place de mesures « barrière » : se laver régulièrement les mains, limiter les contacts avec les personnes grippées (éviter de leur rendre visite ou se tenir à au moins 1 mètre, ne pas les embrasser,...), aérer les pièces dans lesquelles un malade est passé...

- **Pourquoi faut-il se faire vacciner contre la grippe saisonnière chaque année ?**

Les virus grippaux se caractérisent par leurs fréquentes mutations. Ces virus sont génétiquement instables : ils subissent en permanence des modifications antigéniques qui obligent à ajuster chaque année la composition des vaccins grippaux. C'est pourquoi, chaque hiver, les vaccins contre la grippe sont différents. Par ailleurs, la protection conférée par les vaccins dure maximum 12 mois.

Il faut donc se faire vacciner contre la grippe saisonnière chaque année.

- **Quels sont les vrais risques de la grippe saisonnière sur les individus ?**

La grippe saisonnière est un fléau annuel qui est responsable, dans notre pays, d'une surmortalité de 2 500 à 3000 personnes, et de près de 500 000 personnes à l'échelle de la planète (données InVS et OMS).

Les enfants sont plus fréquemment infectés que les adultes ou les seniors. Les très jeunes enfants ont un risque important d'hospitalisation s'ils ont moins de 6 mois.

Les seniors (65 ans et plus) sont aussi davantage sujets à infections dont les formes graves sont responsables d'une surmortalité importante. La vaccination réduit très significativement cette surmortalité.

Enfin, chez certains patients qui présentent des maladies de longue durée comme les insuffisants respiratoires, les insuffisants cardiaques, les diabétiques ou les asthmatiques, la grippe a tendance à exacerber leurs symptômes. La vaccination diminue nettement les risques d'hospitalisation.

- **Le vaccin saisonnier est-il bien toléré ?**

La tolérance de ce vaccin est excellente. Les campagnes de vaccination mises en place depuis plus de 40 ans montrent que les vaccins n'induisent que de très rares effets secondaires mineurs et fugaces. En effet, il arrive qu'une douleur soit observée lors de la pression au site d'injection, et parfois un œdème ou une rougeur. Rarement, des effets secondaires généraux sont observés, de type fièvre transitoire ou légère fatigue.

- **Le vaccin saisonnier de cette année est-il sûr ?**

C'est le fondement même de la procédure d'autorisation de mise sur le marché (AMM) que de vérifier chaque année la sécurité du vaccin et son efficacité vis-à-vis de l'agent pathogène contre lequel il entraîne une protection.

En conséquence, les vaccins dotés d'une AMM, qui sont les seuls utilisés pour la vaccination, ont démontré leur efficacité pour protéger contre une infection potentielle par les virus de la grippe saisonnière.

Les données de pharmacovigilance collectées chaque année au cours des campagnes de vaccination montrent que le vaccin saisonnier présente une excellente tolérance

- **Doit-on craindre une épidémie grippale ?**

Une épidémie de grippe est un évènement naturel qu'il n'est pas possible de prévoir avec certitude. L'expérience montre que chaque année, une épidémie « saisonnière » atteint nos climats tempérés et cause maladies et mortalité. Un vaccin est disponible pour protéger les personnes les plus menacées.

On sait aussi que trois fois par siècle, une pandémie, beaucoup plus sévère, atteint la totalité des cinq continents, correspondant à l'apparition d'un virus nouveau, trouvant devant lui une population totalement sensible.

La dernière pandémie a eu lieu en 1968 et la suivante peut se déclencher à tout moment.

Contact presse pour le GEIG :

Laurence de la Touche – The Desk – 01 49 24 58 43 / 41

1. Bilan de la saison grippale 2010-2011

- **Une activité grippale modérée l'hiver dernier**

La saison grippale 2010-2011 s'est caractérisée par une **activité modérée et d'ampleur moins importante** que la pandémie 2009-2010.

Dans l'Hexagone, l'épidémie a sévi pendant **9 semaines**, du 20 décembre 2010 au 20 février 2011, époque habituelle de survenue de la grippe. Un pic d'activité a été relevé au cours de la dernière semaine de janvier 2011.

Durant ces 9 semaines, **2,2 millions de personnes auraient consulté** un médecin pour un syndrome grippal et environ **7 millions de personnes** auraient été infectées par un des virus influenza (source INVS). La majorité des **virus circulants était de type A (53,8%)**, dont 40% de A(H1N1)pdm09 et 6% de A (H3N2). La circulation des virus de type B a été plus tardive.

Le **recours aux soins hospitaliers** a été moins important que pendant la pandémie 2009-2010, mais plus important que durant les saisons précédentes. De début octobre 2010 à mi-avril 2011, **17 019 passages aux urgences pour grippe clinique et 919 hospitalisations** ont été effectués. Au cours des 2 premières semaines de décembre 2010, les passages pour grippe ont nettement augmenté (+184%) avant le début des vacances de Noël. La proportion d'hospitalisations parmi les passages aux urgences pour grippe a atteint son maximum (6,8%) au cours de la 1^e semaine de janvier 2011.

Parmi ces hospitalisations, 6% concernaient les moins de 5 ans, 3% les 5 - 14 ans, 4% les 15 - 64 ans et 29% les 65 ans et plus, 0,14% étaient dues à la grippe (Source InVS).

D'une manière générale, les hospitalisations ont été moins nombreuses que pendant la pandémie (0,48%) mais sont restées supérieures à celles des saisons 2007-2008 (0,04%) et 2008-2009 (0,07%). 18% des cas graves hospitalisés sont décédés des suites de la maladie (source InVS). La majorité d'entre eux n'était pas vaccinée.

Les cas graves concernaient essentiellement des personnes de moins de 65 ans, porteurs de facteurs de risque dont l'obésité (20%) et la grossesse (5%) – source InVS. 84% de ces cas étaient dus au virus de type A, majoritairement A(H1N1)2009 (+ de 57% vs 92% en 2009-2010).

Entre septembre 2010 et avril 2011, le nombre de foyers d'IRA (Infections Respiratoires Aigües) survenus en collectivités de personnes âgées a augmenté par rapport aux saisons précédentes : 153 foyers d'IRA survenus en collectivités de personnes âgées contre une moyenne annuelle de 54 foyers sur la période 2003-2010 (Source BEH).

A la Réunion et dans les Antilles-Guyane, l'épidémie de grippe a été également modérée, la majorité de virus circulants à la Réunion étaient de type A(H3N2) et B. Dans les Antilles-Guyane, bien que les trois virus aient été détectés, le virus qui a circulé de façon majoritaire était le virus A(H1N1)pdm09 .

- **Bilan de la saison 2011 dans l'hémisphère Sud**

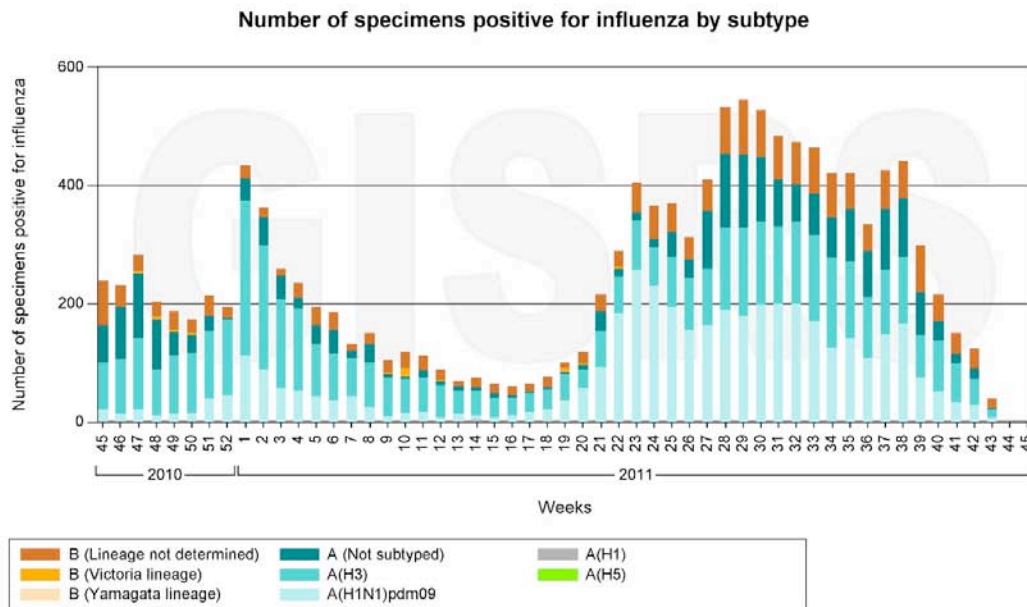
Au 21 octobre 2011, le nombre de cas de grippe détectés est en diminution. Les virus A(H3N2) sont prédominants mais à des niveaux faibles dans certains pays d'Amérique et d'Asie et la grippe B est détectée en Afrique. Les virus A(H1N1)pdm09 régressent en Australie et dans l'hémisphère sud en général (source OMS Weekly).



Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 07/11/2011 15:20:54 UTC

Southern hemisphere

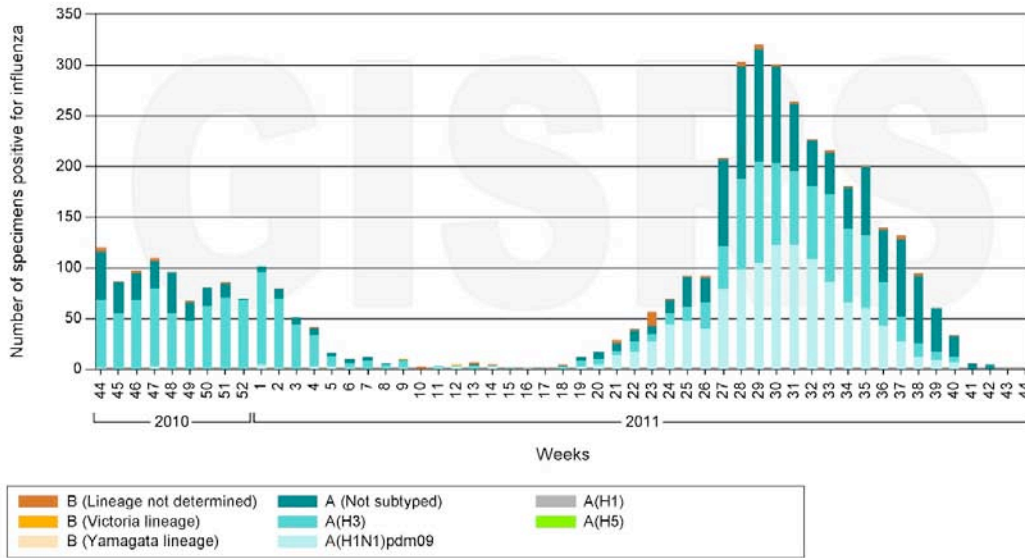


Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2011

Influenza transmission zone: **Temperate South America**

Number of specimens positive for influenza by subtype

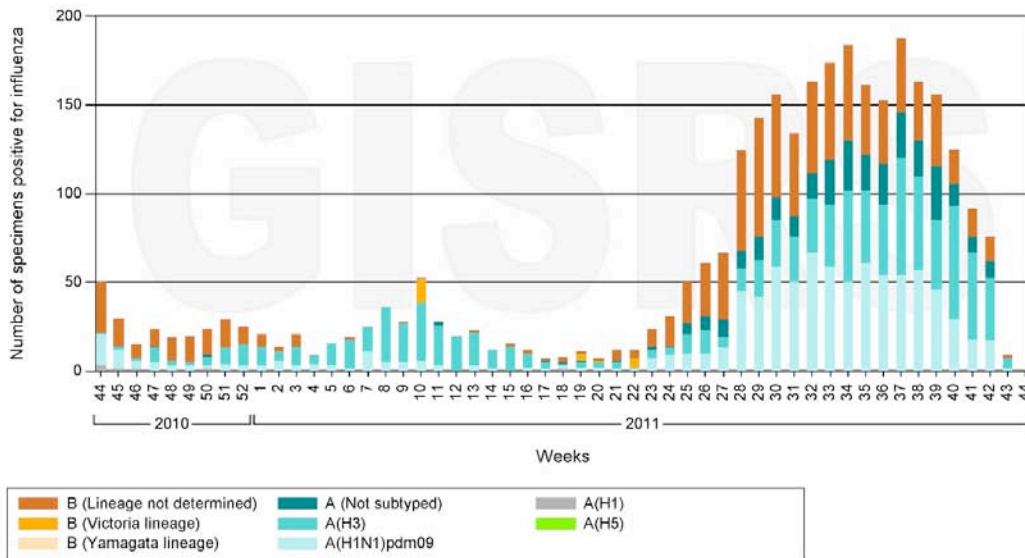


Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2011

Influenza transmission zone: **Oceania Melanesia and Polynesia**

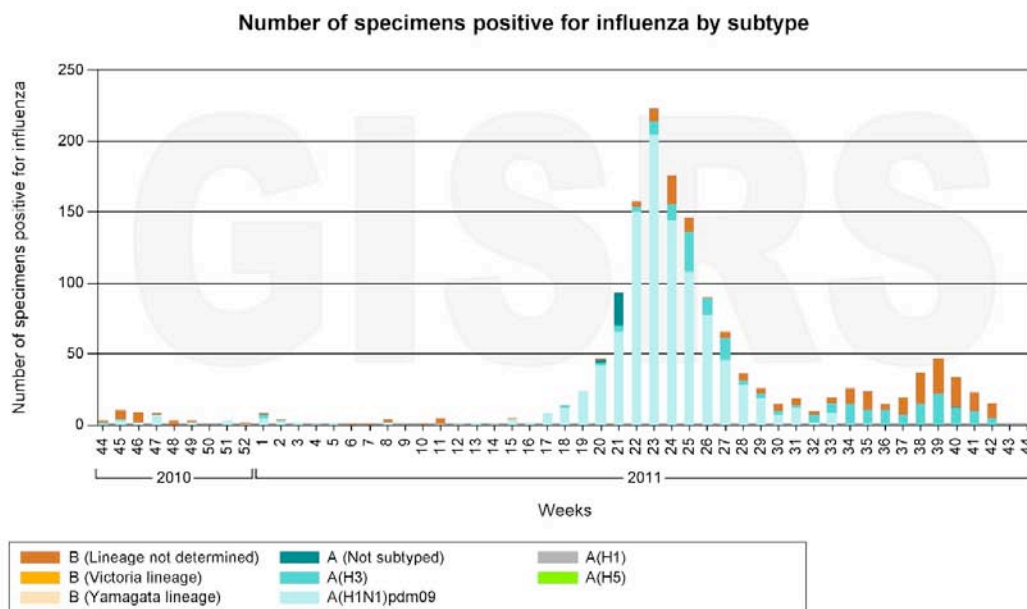
Number of specimens positive for influenza by subtype



Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2011

Influenza transmission zone: Southern Africa



Data source: FluNet (www.who.int/fluinet), GISRS

© World Health Organization 2011

• Composition du vaccin 2011/2012

L'Organisation Mondiale de la Santé actualise deux fois par an ses recommandations sur la composition des vaccins grippaux saisonniers. En février / mars 2011, l'OMS a recommandé que les vaccins contre la grippe pour l'hémisphère Nord intègrent les trois souches des virus grippaux qui ont circulé au cours de la saison précédente.

Le vaccin antigrippal 2011-2012 comporte donc les 3 souches suivantes :

- **A/California/7/2009 (H1N1) - like virus**
- **A/Perth/16/2009 (H3N2) – like virus**
- **B/Brisbane/60/2008 – like virus**

Les souches virales rencontrées évoluant d'une année à l'autre, le GEIG rappelle que les patients à risque **doivent se faire vacciner chaque année**. Même en cas d'absence de changement de la composition vaccinale, cette revaccination est nécessaire pour maintenir la réponse immunitaire chez les groupes à risque, notamment De plus, la protection conférée par les anticorps post-vaccinaux dure au maximum 12 mois.

- **Les émergences épizootiques rapportées en 2011**

Au cours de l'année 2011, il a été rapporté des cas de transmission à l'homme de virus d'origine animale.

Les virus A(H5N1) continuent à circuler en Asie et en Afrique. Les pays ayant observé le plus grand nombre de cas chez les oiseaux sont l'Indonésie et l'Égypte. Au cours de l'année, il a aussi été observé des cas chez l'homme. Ainsi, 53 cas ont été rapportés, dont 28 décès (10 en Indonésie et 33 en Égypte).

L'année 2011 a aussi été marquée par des cas de transmission de grippe d'origine porcine. A ce jour, 7 cas d'infection avec un virus porcin de sous-type H3N2 ont été enregistrés aux USA. Ces virus présentent des similitudes génétiques et antigéniques. Toutefois, il n'y a pas eu de cas de transmission inter-humaine.

2. Pourquoi se faire vacciner contre la grippe saisonnière ?

La grippe n'est pas une maladie bénigne, elle peut avoir des conséquences parfois graves pour des populations à risque non vaccinées.

C'est pourquoi, la vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée à toutes les **personnes âgées de 65 ans et plus** et aux **sujets fragilisés par une maladie chronique** (certaines affections de longue durée -ALD, asthme ou BPCO).

- **Elargissement des populations à risque**

Les populations éligibles à la vaccination, selon l'**Avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 17 décembre 2010²** sont :

- **Les personnes âgées de 65 ans et plus.**
- **Les personnes, y compris les enfants à partir de l'âge de 6 mois et les femmes enceintes atteintes des pathologies suivantes :**
 - Affections broncho pulmonaires chroniques répondant aux critères de l'ALD 14 (asthme et BPCO)
 - Insuffisances respiratoires chroniques obstructives ou restrictives quelle que soit la cause, y compris les maladies neuromusculaires à risque de décompensation respiratoire, les malformations des voies aériennes supérieures ou inférieures, les malformations pulmonaires ou les malformations de la cage thoracique
 - Maladies respiratoires chroniques ne remplissant pas les critères de l'ALD mais susceptibles d'être aggravées ou décompensées par une affection grippale, dont asthme, bronchite chronique, bronchiectasies, hyper réactivité bronchique
 - Dysplasie broncho-pulmonaire³
 - Mucoviscidose
 - Cardiopathies congénitales cyanogènes ou avec une HTAP et/ou une insuffisance cardiaque
 - Insuffisances cardiaques graves
 - Valvulopathies graves
 - Troubles du rythme graves justifiant un traitement au long cours
 - Maladies des coronaires
 - Antécédents d'accident vasculaire cérébral
 - Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie, poliomyélite, myasthénie, maladie de Charcot)
 - Paraplégie et tétraplégie avec atteinte diaphragmatique
 - Néphropathies chroniques graves
 - Syndromes néphrotiques
 - Drépanocytoses, homozygotes et doubles hétérozygotes S/C, thalassodrépanocytose
 - Diabète de type 1 et de type 2
 - Déficit immunitaire primitif ou acquis (pathologies oncologiques et hématologiques, transplantation d'organe et de cellules souches hématopoïétiques, déficits immunitaires héréditaires, maladies

² Liste complète Avis du Haut Conseil de la santé publique du 17 /12/ 2010
www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspa20101217_actesujeligvacgrippe.pdf

³ *Traitée au cours des six mois précédents par ventilation mécanique et/ou oxygénothérapie prolongée et/ou traitement médicamenteux continu (corticoïdes, bronchodilatateurs, diurétiques).*

inflammatoires et/ou auto immunes recevant un traitement immunosuppresseur), excepté les personnes qui reçoivent un traitement régulier par immunoglobulines. Sujets infectés par le VIH quels que soient leur âge et leur statut immunovirologique.

- **Entourage familial des nourrissons âgés de moins de 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave** ainsi définis : prématurés, notamment ceux porteurs de séquelles à type de broncho dysplasie¹ et enfants atteints de cardiopathie congénitale, de déficit immunitaire congénital, de pathologie pulmonaire, neurologique ou neuromusculaire ou d'une affection de longue durée.
- **Personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ainsi que dans un établissement médico-social** d'hébergement quel que soit l'âge.
- **En milieu professionnel :**
 - Professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque de grippe sévère ;
 - Personnel navigant des bateaux de croisière et des avions et personnel de l'industrie des voyages accompagnant les groupes de voyageurs (guides)

Le Haut Conseil de la Santé Publique recommande en outre :

- **que soient mises en place des procédures permettant aux médecins traitants ou aux médecins hospitaliers de prescrire la vaccination grippale aux personnes éligibles et non identifiées par l'assurance maladie**, ceci avec les mêmes conditions de prise en charge ;

- **que les services hospitaliers et notamment de néonatalogie soient sensibilisés** à la prescription du vaccin grippal pour les jeunes enfants atteints de pathologie chronique les rendant éligibles à la vaccination et cependant non identifiés par l'assurance maladie, ainsi que pour l'entourage des nourrissons de moins de 6 mois porteurs de facteurs de risque de grippe grave.

Dans son Avis du 13 juillet 2011, Le Haut Conseil de la Santé Publique prenant en compte :

- les caractéristiques épidémiologiques de l'épidémie de grippe 2010-2011 avec des formes graves liées au virus A(H1N1)pdm09 plus fréquentes chez des femmes enceintes et des sujets obèses ;
- l'existence d'une proportion importante de sujets réceptifs à ce virus ;
- le caractère inchangé des vaccins grippaux 2011-2012 par rapport à la saison précédente et contenant la souche A(H1N1)pdm09 ;
- les données accumulées du profil de sécurité du vaccin,

recommande que soient également vaccinées contre la grippe saisonnière pour la saison grippale 2011-2012 :

- **les femmes enceintes à partir du second trimestre de la grossesse** (les femmes enceintes ayant des facteurs de risque les rendant éligibles à la vaccination antigrippale selon le Calendrier vaccinal en vigueur, peuvent être vaccinées contre la grippe dès le 1er trimestre de la grossesse)
- **et les personnes obèses** (indice de masse corporel supérieur ou égal à 30).

L'ensemble de ces populations à risque éligibles est désormais pris en charge à 100% (JO du 17 juin 2011).

- **Un taux de vaccination trop faible chez ces populations à risque**

Ces personnes fragiles sont **encore trop peu nombreuses** à se faire vacciner et le taux de couverture vaccinale est loin de l'**objectif de 75% fixé par l'OMS et la loi de Santé Publique** pour cette population.

Cette année, le nombre de ces personnes qui se sont fait vacciner a encore diminué par rapport à la saison 2009/2010 : de 60,2% en 2009, le taux de vaccination est passé à 51,8% en 2010.

Les personnes âgées de 65 ans et plus ne sont que 61% à s'être fait vacciner la saison dernière (vs 62,6% en 2009) ; parmi elles, seules 71% ayant une pathologie se sont fait vacciner, et 57,8% de celles n'ayant pas de pathologies (InVS).

Les personnes de moins de 65 ans ayant une pathologie grave ne sont que 46,6% à s'être fait vacciner (InVS).

- **Les personnels soignants dans les recommandations vaccinales contre la grippe**

Parmi les objectifs affichés de la prévention de la grippe, **la vaccination des soignants est de nouveau recommandée**. Etant au contact des patients les plus fragiles, les soignants doivent, par la vaccination antigrippale, participer au contrôle des infections chez ces populations à risque. La vaccination antigrippale accompagne les mesures d'hygiène indispensables pour la transmission des maladies infectieuses. Or, chaque hiver, des cas d'infections nosocomiales ou d'épidémies grippales sont rapportés dans les hôpitaux ou les EPHAD⁴. Une part importante de ces infections est évitable par la mise en œuvre des mesures d'hygiène et par la vaccination des soignants.

Depuis 2010, le vaccin est pris en charge à 100 % pour certains professionnels de santé libéraux en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque de grippe sévère : **médecins généralistes, infirmiers, sages-femmes, et depuis cette année, pédiatres, pharmaciens titulaires d'officine, masseurs-kinésithérapeutes**, soit plus de 200 000 professionnels de santé libéraux.

Or, **l'hiver dernier, seuls 27,6% des professionnels de santé se sont fait vacciner contre la grippe**, en baisse par rapport à l'hiver 2009/2010 (33,9%) – source InVS.

⁴ Risk of influenza-like illness in an acute health care setting during community influenza epidemics in 2004-2005, 2005-2006, and 2006-2007: a prospective study.
Vanhems P et al, Arch Intern Med. 2011;171(2):151-7.

- **Le vaccin reste le moyen le plus efficace pour se protéger contre la grippe et protéger son entourage**

L'efficacité du vaccin contre la survenue de formes graves a été **estimée à 72% pour les patients à risques (Source InVS)**.

Cette vaccination doit être renouvelée chaque année et doit être effectuée avant la circulation active des virus grippaux, dès que le vaccin est disponible. D'autant plus qu'il faut compter environ 15 jours entre la vaccination et le moment où l'on est protégé contre la grippe.

La connaissance acquise sur ce vaccin, utilisé maintenant depuis plus de 40 ans en France, permet d'affirmer qu'il est aujourd'hui **le seul moyen efficace et recommandé pour la prévention de la grippe**. Grâce à celui-ci, le taux de mortalité lié à la grippe chez les personnes âgées a été **divisé par près de 10**.

Avec plus de **100 millions de vaccinations faites ces 12 dernières années en France, il a également fait preuve d'une bonne tolérance** avec de très rares effets secondaires mineurs et fugaces.

En effet, il arrive qu'une douleur soit observée lors de la pression au site d'injection, et parfois un œdème ou une rougeur. Rarement, des effets secondaires généraux sont observés, de type fièvre transitoire ou légère fatigue.

Le vaccin est actuellement disponible dans toutes les pharmacies, la vaccination est possible jusqu'à fin janvier 2012.

3. Début de saison 2011/2012, de rares cas sporadiques en métropole

- **La situation épidémique actuelle en métropole**

Les virus grippaux de type A ont été isolés de façon sporadique. Il s'agit des virus A(H1N1)pdm09 et A(H3N2). Ces virus sont présents dans la composition vaccinale de la saison 2011/2012.

Les données de la surveillance montrent que les trois virus circulent actuellement à très bas bruit. La période épidémique de la grippe n'a pas encore commencé, la plupart des cas observés sont des cas d'importation détectés chez des personnes rentrant d'un voyage dans l'hémisphère sud ou dans les zones inter-tropicales.

La caractérisation des virus circulants montre que ces virus sont identiques à ceux qui sont dans la composition vaccinale. Aucun variant significatif n'a été détecté à ce jour.

• Bulletin hebdomadaire Grippe InVS du mercredi 2 novembre



Point au 02/11/2011

Chaque semaine, l'Institut de veille sanitaire (InVS) analyse les données sur l'activité de la grippe et publie ses résultats dans un bulletin hebdomadaire qui est mis en ligne sur le site internet de l'InVS : www.invs.sante.fr

| Les points clés au 02/11/2011 |

En métropole,

- Quelques cas sporadiques de grippe

Dans les territoires français ultramarins,

- Pas d'épidémie de grippe en cours

Pour en savoir plus sur les indicateurs et le système de surveillance de l'InVS, consultez la description de la surveillance de la grippe sur le [site de l'InVS](#)

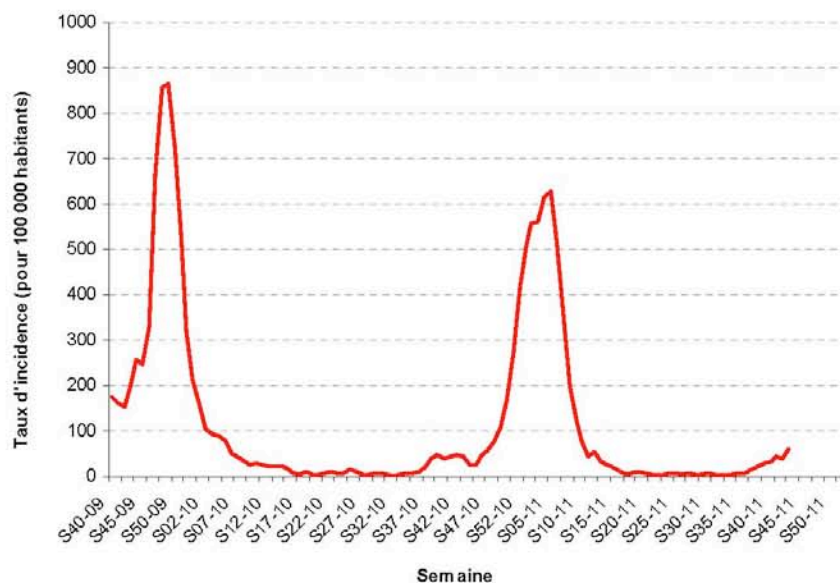
| France métropolitaine |

EN MÉDECINE DE VILLE

En semaine 43/2011 (du 24 octobre au 30 octobre 2011), le taux d'incidence des consultations pour syndrome grippal à partir des données du Réseau Unifié de grippe (données conjointes du réseau des Grog et Sentinelles) est de 60 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 49-71], en légère augmentation par rapport aux dernières semaines (40/100 000 en semaine 42) (Figure 1).

| Figure 1 | Taux d'incidence hebdomadaire des consultations pour syndrome grippal (cas pour 100 000 habitants), Réseau Unifié de grippe, semaine 40/2009 – semaine 43/2011, France

Weekly incidence rates of visits for influenza like-illness (ILI) (per 100 000), "Réseau Unifié de grippe", (InVS, Grog, Sentinelles) week 40/2009– week 43/2011, France



L'incidence des consultations pour syndromes grippaux augmente mais est toujours très en-dessous du seuil épidémique pour le réseau Sentinelles de l'Inserm.

► Pour en savoir plus, consultez le [bulletin Sentinelles](#) et le [bulletin Grog](#)

À L'HÔPITAL

> Passages aux urgences et hospitalisations pour grippe

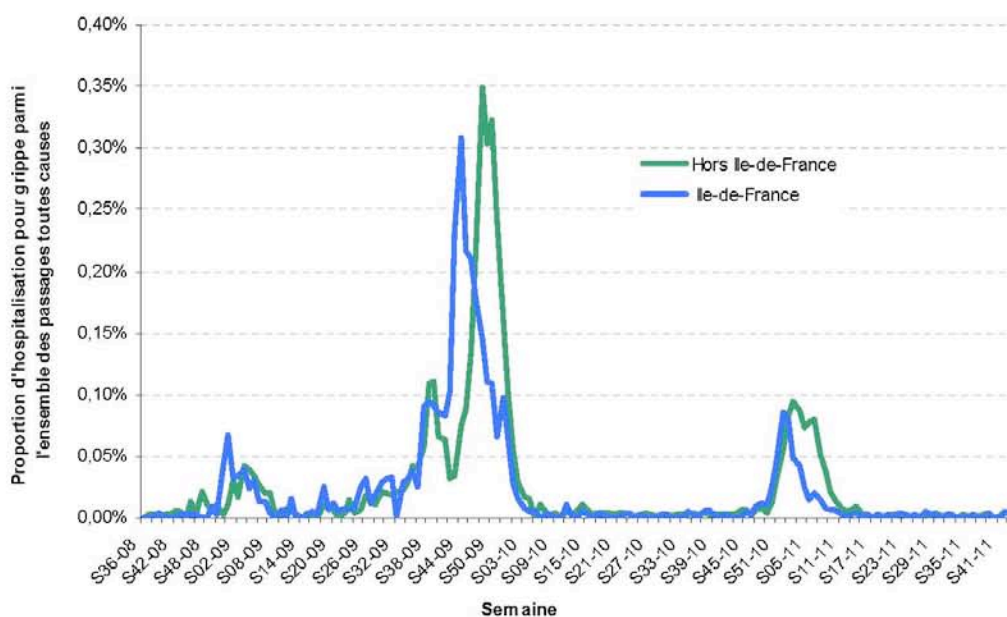
Le nombre d'hôpitaux du réseau Oscour[®] participant à la surveillance de la grippe pour la saison 2011-2012 est de 330 établissements en France métropolitaine au 1^{er} septembre 2011. Ces hôpitaux représentent 66 % de l'ensemble des passages en Ile-de-France et 53 % hors Ile-de-France.

En semaine 43/2011, ils ont rapporté 177 passages pour syndromes grippaux aux urgences, dont 9 hospitalisations. Ces données sont comparables à celles de la semaine précédente.

La proportion d'hospitalisation pour grippe reste à son niveau de base en France métropolitaine (Figure 3).

| Figure 3 | Proportion hebdomadaire d'hospitalisations pour grippe parmi l'ensemble des passages aux urgences toutes causes confondues du réseau Oscour[®], établissements non constants, semaine 36/2008 à semaine 43/2011, France métropolitaine

Weekly proportion of hospitalisations for influenza, from week 36/2008 to week 43/2011, Oscour[®] network, France



> Surveillance des cas graves de grippe admis en réanimation

La surveillance exhaustive des cas graves de grippe admis en réanimation adultes et pédiatriques a repris en semaine 44/2011.

Un cas grave a été signalé chez un homme de 57 ans, sans facteur de risque ciblé par la vaccination et infecté par un virus A non sous-typé.

SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

Deux nouveaux virus grippaux de type A ont été détectés chez des patients hospitalisés en Ile-de-France et à Bordeaux en semaine 43.

Depuis la reprise de la surveillance jusqu'à la semaine 43/2011 incluse, 14 virus grippaux ont été détectés :

- ▶ cas d'importation : 9 virus grippaux A & B
- ▶ cas autochtone : 4 virus grippaux, 3 A(H3N2) & 1 A(H1N1)pdm09
- ▶ cas en cours d'analyse : 1 virus grippal de type A

Les virus isolés sont antigéniquement apparentés aux souches vaccinales.

Par ailleurs, les CNR rapportent une importante détection de rhinovirus et de VRS qui, dans la partie nord du pays, est en augmentation.

GRIPPE ET INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS EN COLLECTIVITÉ DE PERSONNES ÂGÉES

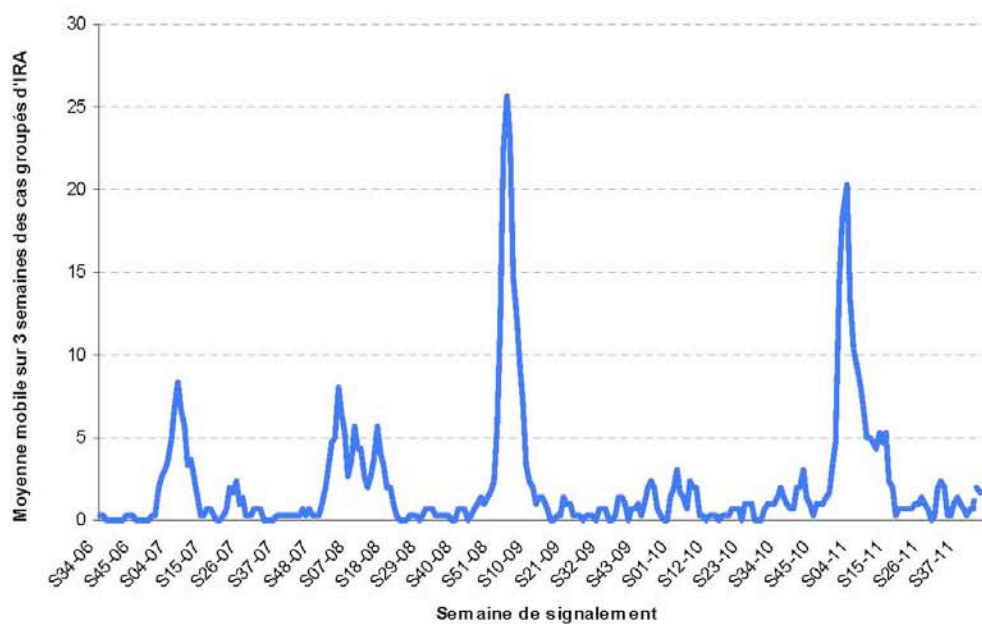
Cinq nouveaux foyers d'infections respiratoires aiguës (IRA) survenus en collectivité de personnes âgées, ont été signalés à l'InVS en semaine 43/2011. Depuis début septembre 2011, 10 foyers dont un avec facteur de gravité ont ainsi été signalés à l'InVS. L'étiologie est restée inconnue pour ces épisodes (Figure 4).

Il est important de rechercher l'étiologie de ces foyers, notamment par l'utilisation de tests rapides de la grippe afin de mettre en place des mesures de contrôle spécifiques le cas échéant et ce d'autant plus que les couvertures vaccinales observées dans ces collectivités l'année dernière étaient en diminution par rapport aux années précédentes.

Les mesures de précaution à mettre en place en cas de foyer d'IRA sont détaillées dans le guide pratique téléchargeable : [guide infections respiratoires](#)

[Figure 4] Nombre hebdomadaire d'épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës en collectivités de personnes âgées par semaine de signalement, semaine 34/2006 à la semaine 43/2011, France

Clusters of ARI among nursing homes for elderly people per week of onset, week 34/2006– week 43/2011, France



| Territoires français ultramarins |

En Guyane, Saint-Martin et Saint-Barthélemy

Aucune épidémie de grippe n'est en cours.

En Martinique

Durant la semaine 41/2011, le nombre de consultations en médecine de ville pour syndrome grippal est en diminution par rapport aux semaines précédentes. Les valeurs observées restent en-dessous des valeurs attendues pour la période. Aucun virus grippal n'a été mis en évidence depuis la semaine 35/2011.

En Guadeloupe

Au cours des semaines 40/2011 et 41/2011, une discrète augmentation du nombre de syndromes grippaux vus en consultation de médecine générale a été observée, cependant ces valeurs restent en-dessous des valeurs maximales attendues pour la période. Depuis l'identification de quatre cas liés au virus A(H1N1)pdm09 au mois d'août dernier, aucun nouveau virus grippal n'a été identifié dans des prélèvements du réseau sentinelle.

► Pour en savoir plus, consultez le [Point épidémiologique grippe](#)

| International |

Selon le bulletin de l'ECDC ([Wiso](#)), en semaines 42/2011, 26 pays de l'Europe de l'Ouest rapportent une activité grippale de faible intensité sur leur territoire. Sur les 355 prélèvements réalisés en semaine 42/2011, deux étaient positifs pour la grippe.

| Données H5N1 |

La dernière mise à jour de la définition de cas possible de grippe à virus A(H5N1) date du **14 octobre 2011**.

Le document est disponible sur le site de l'InVS : [définition de cas possible de grippe aviaire H5N1](#).

Le dernier bilan de l'OMS, du 10 octobre 2011, est de 566 cas humains confirmés de grippe à virus A(H5N1) et 332 décès depuis 2003.

Pour en savoir plus, consulter le [site de l'OMS](#).

Des informations complémentaires portant sur la situation internationale sont disponibles sur le [site de l'InVS](#) (possibilité d'inscription sur la liste de diffusion).

Remerciements aux réseaux Sentinelles, Grog, aux Services d'urgences du réseau Oscour[®], aux ARS, aux laboratoires, aux CNR-grippe, aux réseaux de réanimateurs (SRLF, GFRUP, SFAR), ainsi qu'à l'ensemble des professionnels de santé qui participent à la surveillance.

Toutes les informations et bulletins sont disponibles sur le site de l'InVS [dossier grippe](#)

Annexe

Le Groupe d'Expertise et d'Information sur la Grippe

Une Association destinée à informer l'opinion publique sur la grippe

Le GEIG est une Association loi 1901, constitué en 1979, dont la vocation a été déterminée par la méconnaissance de l'affection grippale, par les confusions qu'elle suscite et par la nécessité d'informer l'opinion publique sur les dangers et les risques inhérents à la grippe.

Un Conseil Scientifique représentatif

Dès l'origine, le GEIG s'est entouré d'un **Conseil Scientifique** composé de spécialistes de tout premier plan, issus des différentes disciplines représentatives des aspects scientifiques, médicaux et socio-économiques de la grippe. Les membres du Conseil Scientifique du GEIG sont aujourd'hui au nombre de **15**. Son rôle consiste à **recueillir, analyser et confronter les informations sur la grippe et sa prévention**, notamment à l'occasion de séminaires de travail du GEIG. Impliqués dans l'ensemble des travaux de l'Association, les membres du Conseil Scientifique assurent un rôle d'interface entre la communauté scientifique nationale et internationale d'une part et le grand public d'autre part.

La mission du GEIG

Le fonctionnement du GEIG se caractérise par un partenariat informel avec les autorités sanitaires, la communauté scientifique, les médias et les représentants de l'industrie pharmaceutique. Ce partenariat informel avec l'ensemble des acteurs associés, à différents titres, à la "cause grippe" a aujourd'hui valeur d'exemple dans l'univers de la santé publique en France.

La mission du GEIG s'articule autour de 3 grands axes :

- **Informé le grand public et les relais d'opinion**, notamment les médias, sur les caractéristiques de la grippe, corriger les idées fausses et sensibiliser à la prévention par la vaccination antigrippale.
- **Participer à l'évolution des connaissances médicales et scientifiques** au niveau national et international en étant partie prenante dans le cheminement scientifique et en soutenant une dynamique d'échanges et de réflexions sur le phénomène de l'affection grippale. C'est précisément le rôle des Rencontres Scientifiques qui ont lieu chaque année.
- **Fédérer sous une enseigne commune une pluralité de points de vue**. Depuis sa création, le GEIG élargit son champ d'intervention, instaure des partenariats avec des instances de référence telles que :
 - l'Organisation Mondiale de la Santé (**OMS**),
 - l'Organisation Internationale des Epizooties - rebaptisée Organisation Mondiale de la Santé Animale (**OIE**),
 - la Direction Générale de la Santé (**DGS**),
 - les Centres Nationaux de Référence de la Grippe (CNRG),
 - l'Institut de Veille Sanitaire (**InVS**) ,
 - le Réseau "**Sentinelles**" de l'**INSERM**,
 - le Réseau des Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe (**GROG**),
<<http://www.grog.org/>>

Il coordonne ainsi différentes sources d'information sur la grippe et sa prévention par la vaccination antigrippale : scientifiques et médicales, épidémiologiques et statistiques, sanitaires et sociales, économiques et bio-industrielles...

GEIG

Groupe d'Expertise
et d'Information sur la Grippe



MERCREDI 9
NOVEMBRE 2011
SALONS DE
L'AÉRO-CLUB DE FRANCE
6, RUE GALILÉE, 75116 PARIS

Programme et résumés

24^e RENCONTRES SUR LA GRIPPE ET SA PRÉVENTION

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Michèle AYMARD
Thierry BLANCHON
Alain CHIPPAUX
Béhazine COMBADIÈRE

Gérard DUBOIS
Catherine GOUJON
Claude HANNOUN
Bruno LINA

Anne MOSNIER
Sylvie VAN DER WERF
Catherine WEIL-OLIVIER
Yazdan YAZDANPANAH

WWW.GRIPPE-GEIG.COM

GEIG

Groupo d'Expertise
et d'information sur la Grippe



24^e

RENCONTRES SUR LA GRIPPE ET SA PRÉVENTION

MATIN

09H30 : Accueil des participants

10H15 - 10H30 : Ouverture des 24^e Rencontres du GEIG,
B. LINA (Lyon)

10H30 - 12H00 : **session 1**

Vaccin vivant atténué : Expérience USA et perspective Europe

Modérateur : B. LINA (Lyon)

Rapporteur : C. WEIL-OLIVIER (Paris)

- ◆ **Biologie**, *E. NICAND (Pau)*
- ◆ **Étude clinique**, *T. HEIKKINEN (Turku, Finlande)*
- ◆ **Perspective européenne et sécurité**, *F. CAND (Lyon)*

12H00 - 13H00 : **session 2**

Masque et virus respiratoire

J.-C. LUCET (Paris)

Modérateur : T. BLANCHON (Paris)

Rapporteurs : T. BLANCHON (Paris), A. MOSNIER (Paris)

13H00 - 14H30 : Déjeuner

MERCREDI 9
NOVEMBRE 2011

SALONS DE
L'AÉRO-CLUB DE FRANCE
6, RUE GALILÉE, 75 116 PARIS

PROGRAMME

APRÈS-MIDI

14H30 - 16H00 : **session 3**

Acceptabilité du vaccin et approche par les sciences humaines et sociales

Modérateur : B. COMBADIÈRE (Paris)

Rapporteurs : B. COMBADIÈRE (Paris), C. GOUJON (Paris)

- ◆ **Freins et moteurs de la vaccination**, *A. MOSNIER (Paris), C. WEIL-OLIVIER (Paris)*
- ◆ **L'expérience d'un généraliste vaccinateur**, *J.-L. BENSOUSSAN (Castelmaurou)*
- ◆ **Acceptabilité du vaccin grippe saisonnière**, *R. FLICOTEAUX (Paris)*
- ◆ **Perspectives en vaccination antigrippale (points de vue croisés)**
Table ronde

16H00 - 17H30 : **session 4**

Coopération virus / bactéries : nouvelles données

Modérateur : C. HANNOUN (Paris)

Rapporteur : E. NICAND (Pau)

- ◆ **Expérience UK**, *P. OPENSHAW (Londres, Grande-Bretagne)*
- ◆ **Influenza-bacteria superinfections : role of Protease-Activated-Receptors**, *B. RITEAU (Lyon)*
- ◆ **En pratique**, *C. CHIDIAC (Lyon)*

17H30 - 18H00 : **Cocktail de Clôture**

WWW.GRIPPE-GEIG.COM