

9 octobre 2012 / n° 38

- p. 421 **Cabipic : risques d'accidents d'exposition au sang et couvertures vaccinales des médecins libéraux en région parisienne en 2011 / CABIPIC: risks of occupational blood and body fluids exposure and physicians' vaccination coverage in private practices in the Paris area, France, in 2011**
- p. 424 **Surveillance épidémiologique, clinique et virologique de la grippe en France métropolitaine : saison 2011-2012 / Epidemiological and virological influenza activity in mainland France: season 2011-2012**
- p. 428 **Observatoires régionaux du pneumocoque : surveillance de la résistance aux antibiotiques et sérotypes de *Streptococcus pneumoniae* isolés en France en 2009 / Regional Pneumococcal Observatories: Antibiotic susceptibility and serotypes of *Streptococcus pneumoniae* isolated in France in 2009**

## Cabipic : risques d'accidents d'exposition au sang et couvertures vaccinales des médecins libéraux en région parisienne en 2011

Clotilde Cambon-Lalanne<sup>1</sup>, Josselin Le Bel (cabipic@gmail.com)<sup>1</sup>, Céline Ciotti<sup>2</sup>, Gérard Pellissier<sup>2</sup>, Sylvie Lariven<sup>3</sup>, Jean-Pierre Aubert<sup>1</sup>, Elisabeth Bouvet<sup>2,3</sup>

1/ Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, Département de médecine générale, Paris, France  
2/ Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (Geres), Paris, France  
3/ AP-HP, CHU Bichat-Claude Bernard, Service des maladies infectieuses et tropicales, Paris, France

### Résumé / Abstract

**Introduction** – Les risques infectieux professionnels, en particulier les accidents d'exposition au sang (AES), sont surveillés dans les établissements de santé en France, mais peu d'études ont évalué ces risques dans les structures médicales ambulatoires.

**Matériels et méthodes** – Enquête descriptive transversale auprès de médecins libéraux, généralistes et spécialistes, exerçant dans le secteur Nord de Paris. Les données ont été recueillies de novembre 2010 à mars 2011 par auto-questionnaires explorant les AES, l'élimination des déchets d'activité de soins à risque infectieux (Dasri) et la couverture vaccinale.

**Résultats** – 147 médecins ont participé : 69 généralistes et 78 spécialistes. Parmi eux, 89% réalisaient des gestes invasifs. Les précautions standard n'étaient pas systématiquement respectées. Au cours de leur exercice professionnel, 33% des médecins ont été victimes d'AES et 8,2% dans l'année écoulée. Seuls 24% des AES ont été déclarés et 33% des médecins avaient souscrit à une assurance complémentaire accident de travail-maladie professionnelle (AT-MP). Le tri déclaré des Dasri piquants/coupants/tranchants était mieux respecté au cabinet qu'en visite au domicile. Le taux de couverture déclaré dépassait 85% pour les vaccins obligatoires.

**Conclusion** – La gestion des Dasri par les médecins libéraux et leur couverture vaccinale était satisfaisante, mais la prise en charge des AES pourrait être améliorée.

### ***CABIPIC: risks of occupational blood and body fluids exposure and physicians' vaccination coverage in private practices in the Paris area, France, in 2011***

**Introduction** – Although infectious occupational risks, especially blood and body fluids exposure (BBFE) are monitored in healthcare settings in France, few studies have assessed these risks in private practices.

**Material and methods** – A descriptive cross-sectional survey conducted among physicians in private practices (general practitioners and specialists), working in northern Paris. Data were collected from November 2010 to March 2011 by self-questionnaires exploring accidental blood exposures, the safe elimination of infectious medical waste, and the physicians' vaccination coverage.

**Results** – In all, 147 physicians participated in the survey (69 general practitioners and 78 specialists). Of these, 89% performed invasive procedures; standard precautions were not always followed, 33% of physicians reported having been victims of BBFEs during their professional practice, and 8.2% in the last year. Only 24% of physicians who were victims of BBFEs reported the accident and 33% of physicians had subscribed to a work accident supplementary insurance and occupational disease insurance. Sorting of infectious medical waste for sharp objects was more respected in medical offices than during home visits. The immunization coverage rate exceeded 85% for the mandatory vaccines.

**Conclusion** – Infectious medical waste management by general practitioners and their immunization coverage were satisfactory, but the management of BBFEs could be improved.

### Mots-clés / Keywords

Risques infectieux, médecins libéraux, accident d'exposition au sang, Dasri, couverture vaccinale / Infectious risks, physicians in private practices, occupational blood and body fluids exposure, infectious medical waste, vaccination coverage

## Introduction

En France, dans les établissements de santé, les accidents de travail les plus fréquents sont les accidents d'exposition au sang (AES). Ils exposent les professionnels de santé à des risques de contamination, notamment virale : VIH (virus de l'immunodéficience humaine), VHC (virus de l'hépatite C) et VHB (virus de l'hépatite B). Les mesures de prévention qui y sont appliquées ont fait la preuve de leur efficacité [1].

Mais qu'en est-il des AES dans le secteur libéral ? En 2006, la Direction générale de la santé a publié un guide de prévention sur les infections liées aux soins en dehors des établissements de santé [2]. L'absence de surveillance épidémiologique des AES chez les médecins libéraux et l'absence de médecine du travail et de prise en charge obligatoire par l'assurance maladie au titre d'accident du travail laissent penser qu'un écart s'est creusé en matière de prévention des risques infectieux entre les établissements de soins et le secteur libéral. De même, alors que la couverture vaccinale des professionnels des établissements de santé est surveillée, il n'existe que peu de données sur celle des professionnels libéraux.

Partant de ces constats, nous avons mené l'étude Cabipic, dont l'objectif principal était d'évaluer la gestion des risques infectieux professionnels par les médecins libéraux, notamment les AES, le circuit d'élimination des Dasri (déchets d'activités de soins à risques infectieux) et leur couverture vaccinale.

## Matériel et méthodes

Cabipic est une étude descriptive transversale sur un échantillon de médecins libéraux exerçant dans le secteur Nord de la région parisienne et ayant une spécialité d'exercice exposant à un risque infectieux potentiel (médecine générale, ORL, dermatologie, rhumatologie, gynécologie, pédiatrie, radiologie).

Les médecins généralistes ont été tirés au sort parmi la liste des médecins inscrits au RSPN (Réseau de santé Paris Nord)<sup>1</sup>. Ce réseau, dont l'objectif est de favoriser l'accès aux soins pour les personnes démunies, regroupe 400 des 650 médecins généralistes exerçant dans le nord de la région parisienne. Il vise à optimiser la prise en charge pluridisciplinaire des patients et à proposer des services aux professionnels de santé sur des thématiques telles que les maladies infectieuses, les addictions, les personnes âgées, le cancer et la pandémie grippale. Les médecins d'autres spécialités ont été tirés au sort à partir des listes de l'annuaire des pages jaunes, sur la même zone géographique, pour obtenir l'effectif souhaité.

Les données ont été recueillies par un auto-questionnaire élaboré, à l'initiative du Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (Geres), par un comité de pilotage composé de médecins généralistes et de médecins infectiologues. Les items ont été choisis à partir d'une étude observationnelle préliminaire et de la fiche de recueil de la surveillance nationale AES Raisin 2009 [3]. L'auto-questionnaire a été adressé par voie postale en novembre 2010, la fin du recueil de données ayant été fixée à mars 2011. Au total, 200 questionnaires ont été envoyés à des médecins généralistes (soit à 50%

des médecins généralistes inscrits au RSPN) et 200 à des médecins d'autres spécialités. Il n'a pas été effectué de relance.

Le questionnaire explorait les caractéristiques des médecins, les antécédents d'AES au cours de leur exercice professionnel, le respect des règles de précautions standard, l'élimination des Dasri et leur couverture vaccinale (ou immunisation).

Les données ont été saisies anonymement et analysées sur Epidata® version 3.1, par analyse univariée ou bivariée.

## Résultats

Au total, 147 médecins ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse de 37%. L'échantillon était composé de 69 médecins généralistes et de 78 médecins d'autres spécialités. Leurs caractéristiques sont décrites dans le tableau 1. La répartition des médecins selon l'année de thèse, avant ou après l'an 2000, tient compte du début de l'enseignement sur les AES dans les facultés de médecine au cours des années 1990.

Concernant le risque d'AES, 89% (131/147) des médecins ont répondu qu'ils réalisaient des gestes invasifs. Le détail de ces gestes et de l'application des précautions standard est présenté dans le tableau 2.

Trente-trois pourcent (33%) des médecins avaient déjà été victimes d'AES (82% par piqûre) et 8,2% d'au moins un AES au cours de l'année écoulée

(tous par piqûre) ; ces AES concernaient pour 42% des médecins généralistes et pour 58% des médecins d'autres spécialités.

Quatre-vingt-deux pourcent (82%) des médecins ayant été victime d'AES déclaraient avoir immédiatement lavé et désinfecté la zone lésée avec un antiseptique, 29% avoir consulté un médecin référent dans les 48 heures et 8,2% avoir reçu un traitement antirétroviral.

Les médecins ayant soutenu leur thèse après l'année 2000 avaient significativement plus consulté un médecin référent dans les 48 heures suivant l'AES (77,7% vs. 17,9%,  $p=3 \cdot 10^{-5}$ ). Il n'y avait pas de différence significative concernant l'activité hospitalière ou le nombre de patients vus par semaine entre les médecins ayant été victimes ou non d'AES.

Au plan administratif, seuls 24% des médecins victimes d'AES avaient déclaré cet accident du travail ; 33% des médecins déclaraient avoir souscrit une assurance complémentaire AT-MP (accident de travail-maladie professionnelle).

Sur l'ensemble des médecins ayant été victime d'un AES, ceux ayant souscrit à une assurance complémentaire AT-MP déclaraient plus souvent leurs AES (66% vs. 34%,  $p=0,041$ ). Enfin, 79% des médecins participants se déclaraient favorables à la mise en place d'un service de médecine préventive.

**Tableau 1** Caractéristiques des médecins participants, enquête Cabipic, novembre 2010-mars 2011, France / **Table 1** Characteristics of physicians in private practices, CABIPIC survey, November 2010-March 2011, France

	Médecins généralistes (N=69) n (%)	Autres médecins spécialistes (N=78) n (%)	p
Thèse soutenue avant l'an 2000	57 (84)	69 (88)	0,31
Mode d'exercice :			0,06
- En groupe	35 (51)	52 (67)	
- Seul	33 (48)	26 (33)	
Nombre de patients vus par semaine :			0,02
- Inférieur à 100	33 (48)	52 (67)	
- Supérieur à 100	36 (52)	26 (33)	
Activité hospitalière	6 (9)	32 (41)	$8 \cdot 10^{-6}$
Maître de stage/enseignant	24 (35)	NR**	-
Connaissances déclarées satisfaisantes sur l'élimination des Dasri	31 (45)	38 (49)	0,65
Connaissances déclarées satisfaisantes sur la conduite à tenir en cas d'AES	40 (58)	40 (51)	0,42

\* 16 dermatologues, 13 rhumatologues, 13 ORL, 13 pédiatres, 11 radiologues, 9 gynécologues, 1 gastroentérologue, 2 sans précision ; \*\* Non réponses.

**Tableau 2** Respect des précautions standard lors de gestes invasifs, enquête Cabipic, novembre 2010-mars 2011, France / **Table 2** Reported adherence to standard precautions during invasive procedures, CABIPIC survey, November 2010-March 2011, France

	Médecins généralistes				Autres médecins spécialistes			
	Toujours n (%)	Souvent ou parfois n (%)	Jamais n (%)	Effectif N	Toujours n (%)	Souvent ou parfois n (%)	Jamais n (%)	Effectif N
Collecteur à objet piquant/coupant/tranchant à proximité	58 (86,5)	8 (11,9)	1 (1,4)	67	63 (98,4)	1 (1,5)	0 (0)	64
Matériels de sécurité	3 (4)	25 (37,8)	38 (57,5)	66	6 (9,6)	12 (19,3)	44 (70,9)	62
Recapuchonner les aiguilles	12 (17,9)	20 (29,8)	35 (52,2)	67	16 (25)	16 (25)	32 (50)	64
Port de gants :								
- Suture	31 (73,8)	6 (14,3)	5 (11,9)	42	26 (81,3)	3 (9,4)	3 (9,4)	32
- IA <sup>†</sup> infiltration	16 (61,5)	7 (26,9)	3 (11,5)	26	16 (53,3)	6 (20)	8 (26,7)	30
- IM <sup>**</sup>	4 (6,2)	11 (16,9)	50 (76,9)	65	8 (19,5)	6 (14,6)	27 (65,9)	41
- SC <sup>***</sup>	3 (4,6)	7 (10,8)	55 (84,6)	65	20 (37,7)	11 (20,8)	22 (41,5)	53

<sup>†</sup> IA : intra-articulaire ; <sup>\*\*</sup> IM : intra-musculaire ; <sup>\*\*\*</sup> SC : sous-cutanée.

<sup>1</sup> <http://www.reseau-paris-nord.com>

Le questionnaire explorait également le tri des Dasri et OPCT (objets piquants/coupants/tranchants). Au cabinet médical, 90% des médecins déclaraient effectuer un tri des Dasri, 98% d'entre eux éliminaient les OPCT dans un conteneur spécifique et 49% éliminaient les déchets mous dans un emballage distinctif. Pour les 72 médecins déclarant faire des visites à domicile, 33% indiquaient emporter les OPCT dans un conteneur spécifique. Les médecins interrogés étaient 67% à utiliser les services d'un prestataire agréé ; ils étaient 96% à estimer la fréquence du recueil adaptée à leurs besoins (les fréquences de recueil étaient mensuelles à 45% et trimestrielles à 34%).

Les médecins étaient également interrogés sur leur immunité vis-à-vis de différentes maladies, pour les vaccinations obligatoires et pour les vaccinations recommandées [4] (grippe saisonnière, varicelle, rougeole et coqueluche). Les résultats sont présentés dans le tableau 3.

Pour la coqueluche, seuls 59% des médecins se déclaraient immunisés, avec des taux supérieurs pour les médecins généralistes, les pédiatres et les gynécologues. Ils étaient 75% à se déclarer immunisés contre la rougeole et 74% contre la varicelle (taux également supérieurs pour les médecins généralistes, les pédiatres et les gynécologues).

Les médecins ayant soutenu leur thèse après l'an 2000 déclaraient tous être immunisés contre la rougeole, contre 68% pour leurs aînés ( $p=0,003$ ). Tous les médecins généralistes ayant soutenu leur thèse après l'an 2000 déclaraient être immunisés contre l'hépatite B, la varicelle et la rougeole.

## Discussion

Cabipic est une des premières études en France qui s'intéresse aux risques infectieux des médecins ayant une activité professionnelle ambulatoire. Ces risques sont réels puisque 89% des médecins déclaraient réaliser des gestes invasifs.

Le taux de réponse de 37% à l'enquête peut être considéré comme acceptable pour ce type d'investigation par questionnaire postal. Les médecins généralistes ont tous été tirés au sort dans le RSPN ; leurs caractéristiques sont comparables aux données du Baromètre santé 2009 [5], en ce qui concerne l'âge, le type de cabinet et le nombre de patients vus par semaine. Les médecins exerçant une autre spécialité ont également été tirés au sort sur le même secteur géographique, et en

proportion équivalente selon la spécialité. Les médecins de l'échantillon sont tous installés en zone urbaine et les médecins généralistes sont tous adhérents à un réseau de coordination pluridisciplinaire. Ces spécificités peuvent limiter la validité externe de nos résultats, mais l'enquête a été réalisée par un auto-questionnaire anonyme sur un échantillon tiré au sort, de médecins libéraux, de spécialités variées. Une autre limite de l'étude est le caractère déclaratif des données.

Les mesures de précaution standard sont apparues insuffisamment respectées, sauf pour la présence d'un collecteur à OPCT à proximité du lieu de soins. Selon une étude parue en 2009, près de la moitié des AES en établissement de soins auraient pu être évités par le respect des précautions standard [3;6]. La moitié des médecins de l'étude recapuchonnait les aiguilles après utilisation, ce geste étant pourtant à risque élevé d'AES. La fréquence des AES dont étaient victimes les médecins était importante (8,2% dans l'année écoulée), sans différence significative entre médecins généralistes et autres spécialistes. Cette prévalence peut être surestimée par le caractère rétrospectif de l'étude et par un éventuel biais de sélection, le fait d'avoir été victime d'AES pouvant inciter un médecin à participer à l'étude. En regard, en 2009 dans les établissements de santé, l'incidence cumulée d'AES pour 100 médecins équivalents taux plein était stable dans le temps (2,4%) [3].

Les AES en milieu libéral sont peu déclarés. Seul un quart des victimes avait déclaré cet accident du travail. Contrairement à leurs confrères hospitaliers, les médecins libéraux doivent souscrire à une assurance complémentaire AT-MP volontaire pour bénéficier des mêmes droits. La lourdeur des démarches, la méconnaissance et le caractère facultatif de cette assurance en ambulatoire pourraient expliquer le faible taux de souscription à celle-ci.

Les données de notre étude concernant la gestion des Dasri sont comparables à celles de l'enquête auprès des professionnels libéraux de santé de Dordogne de 2009 [7], dans laquelle il existe une différence en faveur du tri des OPCT par rapport à celui des Dasri mous au cabinet. La gestion des Dasri en visite au domicile pose particulièrement problème, notamment le transport des OPCT dans un collecteur adapté et conforme.

Concernant la couverture vaccinale pour les vaccins obligatoires, 86% des médecins déclaraient

une immunité à jour pour le vaccin diphtérie, tétanos, poliomyélite, et 87% pour l'hépatite B, ce qui est comparable aux données déclaratives de l'étude Vaxisoïn [8] conduite chez les soignants des établissements de santé. Les médecins *a priori* les plus à risque pour la coqueluche et la rougeole (médecins généralistes, pédiatres et gynécologues) étaient les mieux immunisés, mais cette tendance nécessiterait d'être encore améliorée compte tenu du contexte de recrudescence de la rougeole en France depuis 2008 [9].

## Conclusion

Cette étude confirme que les médecins libéraux sont fréquemment exposés à des risques infectieux, avec un taux d'AES dans l'année écoulée de 8,2% dans notre échantillon. La prévention de ces risques nécessite encore d'être améliorée, en particulier la conduite à tenir post-AES, le respect des précautions standard et la gestion des OPCT en visite à domicile. Alors qu'ils ne bénéficient d'aucune surveillance, les taux d'immunité déclarés sont satisfaisants pour les vaccinations obligatoires, mais nécessitent d'être encore améliorés pour les vaccinations recommandées. Partant de ces constats, les pistes d'amélioration sont la souscription systématique à une assurance complémentaire AT-MP, le développement d'une médecine préventive pour les médecins libéraux et le renforcement du développement professionnel continu sur cette thématique. Compte tenu des spécificités de notre échantillon, une seconde étude est en cours de réalisation en milieu rural.

## Remerciements

Les membres du comité de pilotage de l'étude Cabipic remercient l'ensemble des médecins pour leur participation ainsi que le Réseau de santé Paris Nord pour son soutien.

## Références

- [1] Abiteboul D, Lamontagne F, Lolom I, Tarantola A, Descamps JM, Bouvet E; Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux. Incidence des accidents exposant au sang chez le personnel infirmier en France métropolitaine 1999-2000 : résultats d'une étude multicentrique dans 32 hôpitaux. Bull Epidemiol Hebd. 2002;(51):256-9.
- [2] Direction générale de la santé. Infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé. Guide de prévention; 2006. 128 p. Disponible à : [http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H\\_bonnes-pratiques-prevention-des-IAS-hors-ES-2006.pdf](http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_bonnes-pratiques-prevention-des-IAS-hors-ES-2006.pdf)
- [3] Institut de veille sanitaire. Raisin. Surveillance des accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé français en 2009. Résultats. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012. 109 p. Disponible à : [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=8096](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=8096)
- [4] Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. Bull Epidemiol Hebd. 2011;(10-11):101-55.
- [5] Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: Inpes (Coll. Baromètres santé); 2011. 266 p. Disponible à : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
- [6] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Circulaire DGS/DH n°98/249 en date du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé. BO santé n°98/19 du 4 au 10/05/2010.
- [7] Castor C, Bodot E, Astarie N. Évaluation de la prise en charge des déchets d'activités de soins à risques infectieux (Dasri) par les professionnels de santé en

**Tableau 3** Immunité déclarée par les médecins de l'étude pour les vaccinations recommandées et obligatoires, enquête Cabipic, novembre 2010-mars 2011, France | *Table 3* Immune status reported among physicians of the study for recommended and mandatory vaccines, CABIPIC survey, November 2010-March 2011, France

Vaccinations	Généralistes n (%) N=69	Spécialistes n (%) N=78 N*=22, N**=56		p
Hépatite B	65 (94,2)	62 (79,5)		0,009
Diphtérie-tétanos-poliomyélite (DTP)	65 (94,2)	61 (78,2)		0,006
Grippe	54 (78,2)	40 (51,3)		0,0007
Coqueluche	45 (65,2)	39 (50)		0,06
		15*(68,2)	24**(44,4)	0,044***
Rougeole	53 (76,8)	52 (66,7)		0,30
		19*(86,4)	33**(61,1)	0,025***
Varicelle	55 (79,7)	54 (70,5)		0,20
		18*(81,8)	36**(66,7)	0,13***

\* Pédiatres/gynécologues ; \*\* Autres spécialistes ; \*\*\* Comparaison entre pédiatres/gynécologues et autres spécialistes.

secteur libéral. Enquête auprès des professionnels libéraux de santé de Dordogne, février-mai 2009. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire ; 2010. 4 p. Disponible à : [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=306](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=306)

[8] Guthmann JP, Fonteneau L, Ciotti C, Bouvet E, Pellissier G, Lévy-Bruhl D, *et al.* Couverture vaccinale des soignants travaillant dans les établissements de soins de France. Résultats de l'enquête nationale Vaxisoin, 2009. Bull Epidemiol Hebd. 2011;(35-36):370-5.

[9] Parent du Châtelet I, Floret D, Antona D, Lévy-Bruhl D. Measles resurgence in France in 2008, a preliminary report. Euro Surveill. 2009;14(6):pii=19118. Disponible à : <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V14N06/art19118.pdf>

## Surveillance épidémiologique, clinique et virologique de la grippe en France métropolitaine : saison 2011-2012

Équipes de surveillance de la grippe\*

Auteur correspondant : Emmanuel Belchior (e.belchior@invs.sante.fr), Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

\* Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France : Emmanuel Belchior, Isabelle Bonmarin, Nadège Caillère, Anne Fouillet, Daniel Lévy-Bruhl et l'ensemble des Cellules de l'InVS en région ; Centre national de référence des virus *influenzae* Région Sud, Lyon, France : Martine Valette, Maude Bouscambert-Duchamp, Bruno Lina ; Centre national de référence des virus *influenzae* Région Nord, Paris : Dominique Rousset, Vincent Enouf, Sylvie van der Werf ; Centre national de référence des virus *influenzae* Départements français d'Amérique, Cayenne, France : Séverine Matheus, Philippe Dussart ; Réseau Sentinelles®, Inserm, UPMC, UMR S707, Paris, France : Alessandra Falchi, Christophe Arena, Clément Turbelin, Marion Debin, Thierry Blanchon ; Réseau des Grog, Paris, France : Isabelle Daviaud, Anne Mosnier, Jean-Marie Cohen, Emmanuel Debost

### Résumé / Abstract

Cet article présente le bilan épidémiologique, clinique et virologique de l'activité grippale en France métropolitaine au cours de la saison 2011-2012.

**Méthodes** – Ce bilan s'appuie sur l'analyse descriptive des données de surveillance de la grippe fournies par les réseaux de médecine ambulatoire, les analyses virologiques des laboratoires partenaires, les signalements de foyers d'infections respiratoires aiguës (IRA) dans les collectivités de personnes âgées, la surveillance des passages aux urgences et des hospitalisations pour grippe, la surveillance des cas graves de grippe hospitalisés en services de réanimation et l'analyse des données de mortalité disponibles, en France métropolitaine.

**Résultats** – En France métropolitaine, la saison 2011-2012 a été caractérisée dans la communauté par une épidémie grippale d'intensité modérée, survenue tardivement entre fin janvier et fin mars 2012. La surveillance virologique a montré une circulation majoritaire de virus grippaux de type A(H3N2) dont une proportion importante de variants antigéniquement différents de la souche vaccinale. De nombreux foyers d'IRA survenus en collectivités de personnes âgées ont été signalés à l'Institut de veille sanitaire. Le recours aux soins hospitaliers a été plus important chez les personnes âgées de 65 ans et plus que l'année précédente. Les cas graves admis en réanimation concernaient en majorité des personnes âgées de 65 ans et plus, infectées par un virus A(H3N2), ces caractéristiques épidémiologiques différant des deux saisons précédentes. Un excès de mortalité toutes causes confondues a été observé chez les personnes âgées de 85 ans et plus, en comparaison avec les données des années précédentes sur la même période.

**Conclusion** – La circulation majoritaire de virus A(H3N2) en France métropolitaine, accompagnée d'une proportion significative de variants antigéniques, a probablement contribué à une épidémie de grippe plus marquée chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

### Epidemiological and virological influenza activity in mainland France: season 2011-2012

This article summarizes influenza activity in mainland France for the 2011-2012 season.

**Methods** – This report is based on influenza clinical activity in the community reported by primary care networks, virological data produced by reference laboratories, emergency units' visits, and hospitalizations for clinical influenza, reporting of acute respiratory infections (ARI) outbreaks in nursing homes, reporting of severe acute respiratory infections (SARI) hospitalised in intensive care units, and on available mortality data in mainland France.

**Results** – In mainland France, the 2011-2012 season was characterized by a moderate influenza outbreak in the community. This outbreak occurred from late January to late March 2012, and peaked during the week 08/2012. Influenza viruses were detected during the whole surveillance period with A(H3N2) viruses predominating, among which a significant proportion of strains were antigenically variant from the vaccine strain. The number of reported outbreaks in nursing homes was higher than in previous seasons. Hospitalizations among the elderly were more important this season. Characteristics of SARI were different from those of severe cases during the 2010-2011 epidemic. Excess mortality among the elderly (85 years and over) occurred during this period.

**Conclusion** – The 2011-2012 epidemic, with a predominant circulation of A(H3N2) viruses that had not been circulating for the last two seasons, along with the occurrence of viruses antigenically variant from the vaccine strain, likely contributed to the severity of the outbreak in the elderly (65 years and over).

### Mots-clés / Keywords

Grippe, surveillance, épidémie, France métropolitaine / Influenza, surveillance, outbreak, mainland France

### Introduction

La surveillance de la grippe en France a pour objectifs la détection précoce, le suivi de la dynamique et l'estimation de la morbi-mortalité des épidémies grippales, ainsi que la caractérisation et le suivi de l'évolution antigénique des virus grippaux en circulation. Elle est coordonnée par le Département des maladies infectieuses de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Cet article présente le bilan épidémiologique, clinique et virologique de la grippe en France métropolitaine durant la saison 2011-2012.

### Méthodes

Les objectifs et méthodes spécifiques des différents réseaux complémentaires de surveillance

de la grippe ont été précédemment décrits [1]. Les systèmes de surveillance de la grippe utilisés en 2010-2011 ont tous été maintenus en 2011-2012, notamment la surveillance des cas graves de grippe hospitalisés en service de réanimation mise en place lors de la vague pandémique de 2009-2010 [2].

Un nouveau système de surveillance de la grippe en population générale basé sur le Web, Grippe-Net.fr, a été mis en place au cours de la saison 2011-2012 dans le cadre d'une étude de faisabilité, en collaboration avec l'UMR-S 707 Inserm-UPMC. Ce système pourrait permettre de compléter les données des réseaux de médecins ambulatoires en apportant des données sur les personnes présentant un syndrome grippal et ne consultant pas. Les

participants, âgés de 18 ans et plus et résidant en France métropolitaine, s'inscrivent volontairement et bénévolement sur le site Internet du projet<sup>1</sup>. Chaque semaine, le participant est invité à déclarer les symptômes qu'il a eus depuis sa dernière connexion. Un retour d'information en temps réel est effectué via une lettre électronique d'information hebdomadaire. Les données recueillies par le biais du site sont actuellement en cours d'analyse et ne seront donc pas évoquées dans cet article.

La surveillance clinique de la grippe dans la communauté est assurée par deux réseaux de médecins libéraux. Le réseau Sentinelles®, animé par l'Inserm UMR S707 Inserm-UPMC, et le Réseau

<sup>1</sup> <http://www.grippenet.fr>