

## Bilan de la surveillance hivernale Saison 2012-2013, Limousin

Page 1		Editorial	
Page 2		Grippe saisonnière	
Page 5		Bronchiolite	
Page 6		Gastroentérites	
Page 8		Hypothermie	
Page 9		Mortalité	

### | Editorial |

#### Philippe Germonneau, Responsable de la Cire Limousin Poitou-Charentes

La mortalité toutes causes confondues suit un cycle annuel avec des variations saisonnières marquées. Ainsi, en dehors de tout événement inhabituel, le niveau général de la mortalité est plus élevé en hiver et plus bas au cours de l'été.

Les facteurs contribuant à cette surmortalité hivernale sont nombreux et s'interpénètrent. La période hivernale voit ainsi la conjonction de facteurs écologiques pouvant avoir un impact direct ou indirect sur la morbidité et au-delà la mortalité des populations : le froid, la moindre humidité de l'air, les circulations de germes, le moindre ensoleillement, le confinement des populations.

Ainsi certaines maladies infectieuses affectent particulièrement les populations à cette période de l'année : grippe, gastro-entérites, bronchiolites du nourrisson et autres pathologies respiratoires. Ces épidémies influent directement ou indirectement sur la mortalité en entraînant une déstabilisation de l'état général des personnes les plus vulnérables, notamment les personnes âgées.

Les facteurs comportementaux et environnementaux contribuent aussi à la morbidité et la mortalité : le froid et ses conséquences directes que sont les hypothermies, les gelures et les affections cardiovasculaires, mais aussi ses conséquences indirectes. Ainsi le repli dans les intérieurs lors de conditions météorologiques hivernales et l'utilisation des installations de chauffage ou de production d'eau chaude non conformes, vétustes, mal entretenues, ou utilisées de façon inappropriée conduisent chaque année à des intoxications accidentelles parfois mortelles. Cette vie en intérieur lors des périodes hivernales contribue par ailleurs à favoriser la transmission des germes et ainsi le développement d'épidémies.

Ces pathologies font l'objet d'une surveillance quotidienne par l'InVS dans le cadre du réseau de santé publique associant les établissements de soins, les réseaux de médecins de ville, les collectivités de personnes âgées ainsi que des laboratoires. Les informations recueillies sont analysées quotidiennement afin de décrire et aider le contrôle des phénomènes épidémiques dans la population. La Cellule de l'InVS en Région produit chaque semaine, par le biais du « *Point Épidémiologique Hebdomadaire* », un bilan de situation à destination des professionnels de santé et des autorités.

En fin de saison hivernale, l'analyse de l'ensemble de ces données permet de visualiser l'impact de ces affections dans les populations du Limousin et ainsi d'alimenter le dispositif de prévention. Le présent BVS fait la synthèse pour la saison 2012-2013 de la surveillance de la grippe saisonnière, de la bronchiolite, des gastro-entérites, des hypothermies et de la mortalité totale. En 2012, la surveillance des intoxications au monoxyde de carbone dans la région a fait l'objet d'un BVS spécial disponible sur le site de l'InVS. (<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Limousin-Poitou-Charentes/Bulletin-de-veille-sanitaire-Limousin.-n-21-Septembre-2013>)

Ce travail de surveillance est assuré par la mise à disposition de diverses sources de données provenant des services d'urgences participant à l'organisation de la surveillance coordonnée des urgences (réseau OSCOUR®), des médecins réanimateurs, de la médecine ambulatoire (SOS Médecins Limoges, Médecins Sentinelles), des collectivités de personnes âgées, des services de l'état civil et de l'Insee. Nous souhaitons ici les remercier vivement pour leur contribution à la veille sanitaire régionale.

Bonne lecture

## Les Indicateurs de surveillance de la grippe en Limousin

Le dispositif de surveillance permet de suivre les épidémies de grippe selon plusieurs niveaux de gravité de l'infection allant du signalement d'un cas non compliqué jusqu'au décès. Chaque année, il est activé en semaine 40 (1<sup>ère</sup> semaine d'octobre) et se termine en semaine 15 de l'année suivante (mi-avril).

Au niveau national, le dispositif de surveillance s'appuie sur des données cliniques et virologiques provenant des patients de la médecine ambulatoire, des collectivités de personnes âgées, de l'hôpital ainsi que celles concernant les décès. A ces données sont associées des informations sur la grippe issue directement de la population (GrippeNet.fr).

Pour en savoir plus : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-generalites/Surveillance-de-la-grippe-en-France>

En région **Limousin** ce dispositif s'appuie sur les systèmes de surveillance suivants (figure 1) :

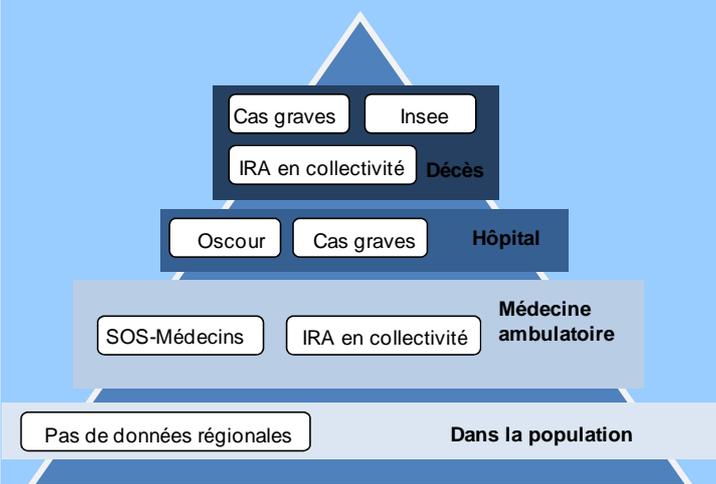


Figure 1. Dispositif de surveillance de la grippe en Limousin du général au cas particuliers, hiver 2012-2013.

### Surveillance en Médecine ambulatoire

#### Données SOS-Médecins Limoges

La surveillance de la grippe inclut le suivi du nombre de diagnostic clinique de grippe ou syndrome grippal posé par SOS-Médecins Limoges.

#### Surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées

L'indicateur utilisé est le cas groupé d'infections respiratoires aiguës (IRA) défini comme la survenue d'au moins 5 cas d'IRA, dans un délai de 4 jours parmi les résidents et signalée à l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou au Centre de lutte Contre les infections nosocomiales (CClin).

Une IRA est définie comme l'apparition d'au moins un signe fonctionnel ou physique d'atteinte respiratoire basse, associé à au moins un signe général suggestif d'infection.

## Aide mémoire -sur la grippe

La grippe saisonnière est une infection respiratoire aiguë, contagieuse, due aux virus Influenzae (virus de type A et B) se transmettant de personne à personne par les sécrétions respiratoires ou par contact à travers des objets souillés. Les virus évoluent tous les ans, privant ainsi la population d'une immunité.

En moyenne en France, 2,5 millions de personnes seraient concernées chaque année par la grippe. Entre 25 % et 50 % des consultations concernent des jeunes de moins de 15 ans. En France métropolitaine, l'épidémie survient entre les mois de novembre et d'avril, débutant le plus fréquemment fin décembre - début janvier pour une durée moyenne de 9 semaines.

La grippe peut entraîner des complications graves chez les sujets à risque (personnes âgées ou sujets fragilisés par une pathologie chronique sous-jacente). La mortalité imputable à la grippe saisonnière concerne essentiellement les sujets âgés (plus de 90 % des décès liés à la grippe surviennent chez des personnes de 65 ans et plus).

Pour en savoir plus :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-generalites/Point-sur-les-connaissances>

### Surveillance à l'hôpital

#### Données du réseau OSCOUR® (10 services d'urgences)

La surveillance s'appuie sur le suivi des passages aux urgences et des hospitalisations pour grippe ou syndrome grippal. Le regroupement syndromique de grippe et syndrome grippal comprend les codes CIM-10 de diagnostics suivants : J09, J10, J11 et leurs dérivés.

#### Surveillance des cas graves de grippe hospitalisés en réanimation

Les cas de grippe (confirmés ou probables) hospitalisés en réanimation (cas graves) sont signalés à la Cire. La description de ces cas graves permet d'estimer la gravité de l'épidémie, d'identifier les facteurs de risque de grippe grave et d'évaluer l'efficacité du vaccin grippal pour éviter les formes graves.

#### Surveillance de la mortalité

La surveillance de la mortalité liée à la grippe repose sur le suivi de la létalité des cas graves de grippe en réanimation et des résidents malades dans les foyers d'IRA ainsi que sur la mortalité globale toutes causes confondues. Cette surveillance permet de déterminer la gravité de l'épidémie et de détecter un changement dans la distribution des caractéristiques épidémiologiques des personnes les plus gravement touchées par la maladie.

## Surveillance en médecine ambulatoire

### Données SOS-Médecins Limoges

Pour la saison 2012-2013, les diagnostics de grippe et syndrome grippal réalisés par SOS-Médecins Limoges ont augmenté progressivement à partir de la semaine 52-2012 (Figure 1). Le pic a été atteint en semaine 05-2013 avec 234 consultations. L'augmentation de l'activité pour grippe a été observée pour toutes les classes d'âges, mais elle était plus élevée chez les adultes de 15 à 64 ans et les enfants de 5 à 14 ans.

En 2012-2013, le nombre de consultations a représenté jusqu'à 6 % de l'activité totale de SOS-Médecins Limoges, contre 5 % l'hiver 2010-2012 et 3,5 % l'hiver 2011-2012.

### Surveillance des foyers d'IRA en collectivités de personnes âgées

Sur l'ensemble de la période de la surveillance de l'hiver 2012-2013, 8 foyers d'IRA survenus en collectivités de personnes âgées ont été signalés à l'ARS (Figure 2). Le taux d'attaque médian était de 36 % chez les résidents et 8 % chez les personnels. Deux décès ont été rapportés.

Parmi les établissements ayant répondu, les couvertures vaccinales médianes contre la grippe étaient de 88 % chez les résidents et 18 % chez les membres du personnel.

Pour 7 épisodes, une étiologie de grippe a été retrouvée : 3 gripes A, 2 gripes B et 2 non typés.

## Surveillance à l'hôpital

### Données OSCOUR®

Le nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations pour grippe et syndrome grippal l'hiver 2012-2013 a augmenté à partir de la semaine 04-2013 (Figure 3). Un pic d'activité a été observé en semaine 06-2013 comptabilisant 63 passages aux urgences dont 9 hospitalisations. L'activité pour grippe et syndrome grippal aux urgences en période épidémique représentait entre 0,5 à 1,7 % de l'activité totale des urgences, alors qu'elle est quasi nulle hors période épidémique.

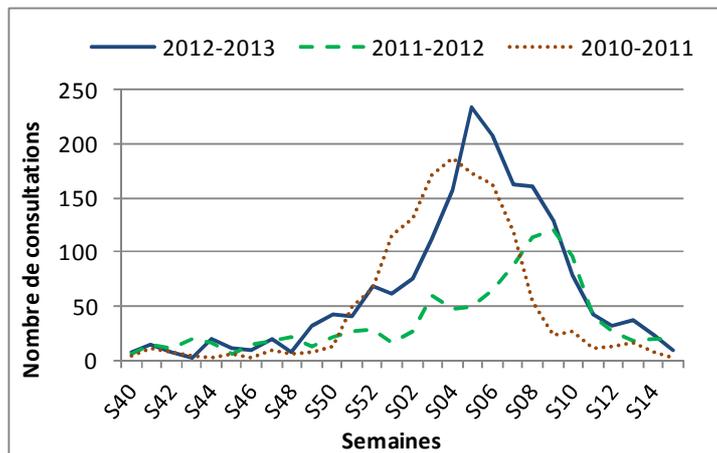
La proportion d'hospitalisation pour grippe sur l'ensemble de la période de surveillance était de 13 % (63 hospitalisations), supérieure aux valeurs observées l'hiver précédent (9 % en 2011-2012) et semblable à celui de 2010-2011 (12 %).

Le nombre de passages aux urgences pour grippe a augmenté dans toutes les classes d'âges, en particulier chez les enfants de moins de 15 ans. Un retour à une activité stable a été observé début avril, comme l'hiver précédent.

La hausse d'activité pour grippe au cours de l'hiver 2012-2013 a été d'ampleur modérée, plus tardive et moins intense que celle observée l'hiver 2010-2011, mais plus précoce et plus élevée que celle de l'hiver 2011-2012 (Figure 3).

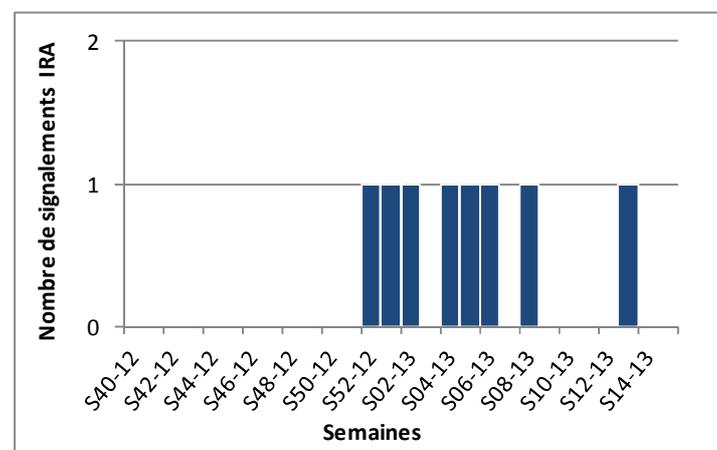
### Surveillance des cas graves

Du 1<sup>er</sup> novembre 2012 à la mi-avril 2013, 9 cas graves de grippe admis en services de réanimation dans le Limousin ont été signalés à l'InVS. Le nombre de cas graves était supérieur à celui de la saison 2011-2012 (1 cas) et inférieur à celui de la saison 2010-2011 (14 cas) (Tableau 1).



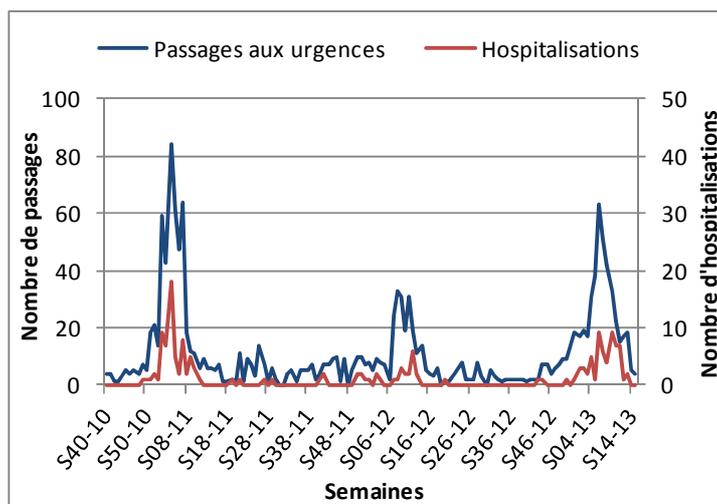
| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire de consultations à SOS-Médecins Limoges pour grippe et syndrome grippal les hivers 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013



| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire d'épisodes d'infections respiratoires aiguës (IRA) selon la date de début des signes du 1<sup>er</sup> cas, signalés dans les collectivités de personnes âgées, semaine 40/2012 - 15/2012, Limousin



| Figure 3 |

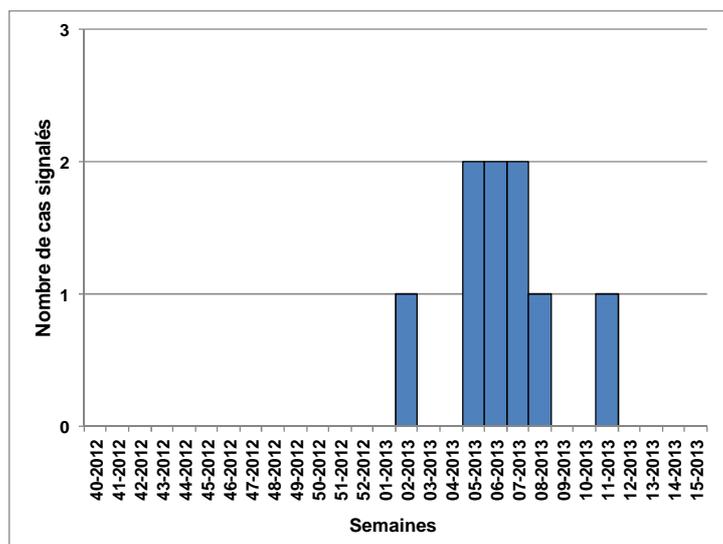
Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et d'hospitalisations pour une grippe ou un syndrome grippal, semaine 40/2010-15/2013, dans 10 établissements du Limousin participant à OSCOUR® entre octobre 2010 et avril 2013

**| Tableau 1 |**

**Nombre de cas graves déclarés par département dans le Limousin, hivers 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013**

Département	Nb de cas en 2010-2011	Nb de cas en 2011-2012	Nb de cas en 2012-2013
Corrèze	2	1	0
Creuse	4	0	3
Haute-Vienne	8	0	6
Total région Limousin	14	1	9

En comparaison aux saisons antérieures, les cas graves sont survenus sur une période plus longue. Le premier cas a été admis en semaine 2 de 2013 et le dernier en semaine 11 de 2013. La majorité des cas signalés ont été admis entre la 5<sup>ème</sup> et la 7<sup>ème</sup> semaine de 2013 (Figure 4).



**| Figure 4 |**

**Nombre de cas graves de grippe déclarés par semaine d'admission, Limousin, hiver 2012-2013**

Les cas graves ont été majoritairement infectés par un virus de type A (6/9) et 8 cas sur 9 présentaient un facteur de risque (Tableau 2). L'âge des cas s'étendait de 49 à 83 ans avec une médiane à 58 ans. Parmi ces cas admis en réanimation, aucun décès n'est survenu. La létalité était de 17% au niveau national pour la saison 2012-2013.

**Conclusion**

La saison 2012-2013 en région Limousin se caractérise par une épidémie grippale d'ampleur plus importante que celle de la saison dernière, d'une durée particulièrement longue et sans gravité particulière.

La proportion d'hospitalisations pour grippe était légèrement supérieure à celle de la saison précédente. Cela n'est pas en faveur d'une gravité particulière de l'épidémie grippale 2012-2013. Cependant, le nombre plus important de cas explique, à gravité quasi-identique, un nombre plus important de recours aux soins d'urgence, d'hospitalisations et d'admissions en réanimation (cas graves).

**| Tableau 2 |**

**Caractéristiques des cas graves de grippe, Limousin, hiver 2012-2013**

Caractéristiques	N
<b>Statut virologique</b>	
A(H3N2)	1
A(H1N1)pdm09	4
A non sous typé	1
A en cours de typage	0
Grippe B	3
<b>Classes d'âge</b>	
0-4 ans	0
5-14 ans	0
15-64 ans	6
65 ans et plus	3
<b>Ratio Homme/Femme</b>	0,8
<b>Facteurs de risque de grippe compliquée</b>	
Aucun	1
Grossesse	0
Obésité	2
âgés de 65 ans et plus	2
Autres	5
<b>Vaccination</b>	
Non vacciné	7
Vacciné	1
Ne sait pas	1
<b>Facteurs de gravité</b>	
SDRA (Syndrome de détresse respiratoire aigu)	4
ECMO (Oxygénation par membrane extracorporelle)	0
Décès	0
<b>Total</b>	<b>9</b>

L'hiver dernier, le taux d'incidence hebdomadaire des consultations pour syndrome grippal, au niveau national, a été supérieur au seuil épidémique pendant 13 semaines. La durée de cette épidémie peut s'expliquer par la co-circulation des virus grippaux de type A (A(H3N2) et A(H1N1)pdm09) et de type B observée en région comme sur tout le territoire métropolitain.

Afin de suivre tout au long de la saison hivernale l'évolution de l'épidémie dans le Limousin, il a été nécessaire de compléter les indicateurs de surveillance en région avec ceux du niveau national. En effet, le réseau des Grog n'est pas fonctionnel et le réseau de médecins Sentinelles est peu représenté en Limousin, ce qui ne permet pas de suivre l'évolution de l'épidémie grippale en médecine de ville ni d'obtenir des données de surveillance virologique.

### Indicateurs de surveillance de la bronchiolite

La surveillance de la bronchiolite en Limousin est assurée à partir des données du réseau OSCOUR® auquel participent l'ensemble des services d'urgences de la région et de l'association SOS-Médecins-Limoges.

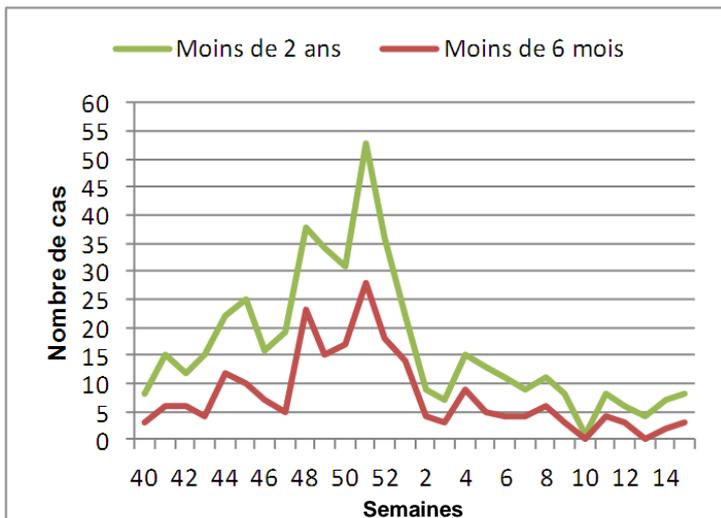
Le regroupement syndromique de la bronchiolite comprend les codes CIM-10 des diagnostics suivants: J21, J210, J218 et J219.

Au niveau national, ces deux sources de données sont complémentaires de celles des Groupes régionaux d'observation de la grippe (Grog). Le réseau des Grog assure la surveillance de la circulation du VRS par le recueil du nombre de VRS isolés en France. Le réseau recense également les consultations de médecine de ville (médecins généralistes et pédiatres) pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans (<http://www.grog.org>).

### Surveillance à l'hôpital

En Limousin, 468 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés entre le 01/10/2012 et le 14/04/2013 chez les moins de 2 ans, 224 (48 %) de sexe féminin et 244 (52 %) de sexe masculin. Environ 224 (48 %) enfants avaient moins de 6 mois, 153 (32,7 %) entre 6 mois et 1 an et 91 (19,4 %) entre 1 et 2 ans.

Pour la saison 2012-2013 et dès la semaine 40-2012, le nombre hebdomadaire de cas de bronchiolite enregistré aux urgences chez les moins de 2 ans a augmenté progressivement pour atteindre le pic saisonnier en semaine 51-2012 avec 53 passages, suivie d'une nette baisse et de faibles fluctuations jusqu'à la mi-avril 2013 (Figure 1).



| Figure 1 |

**Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans et moins de 6 mois en Limousin, du 01/10/2012 au 14/04/2013**

Le nombre total des passages pour bronchiolite aux urgences hospitalières était semblable à celui observé la saison précédente (468 passages contre 472 en 2011-2012) et supérieur à celui observé en 2010-2011 (424) (Figure 2).

### Surveillance en médecine de ville

Près de 130 diagnostics de bronchiolite ont été posés par SOS-Médecins Limoges entre le 01/10/2012 et le 14/04/2013. Le nombre de recours pour bronchiolite chez les moins de 2 ans a commencé à

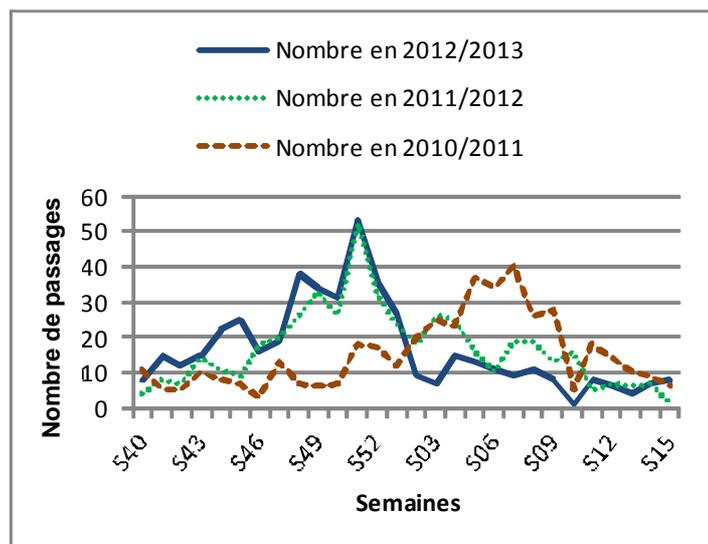
### Aide-mémoire sur la bronchiolite

La bronchiolite est une infection virale respiratoire épidémique saisonnière dont le principal responsable est le virus respiratoire syncytial (VRS) qui circule majoritairement en France entre octobre et février, avec un pic en décembre. En France, on estime que la bronchiolite touche chaque hiver près de 30 % des nourrissons, soit environ 460 000 cas par an. Deux pour cent des nourrissons de moins de 1 an seraient hospitalisés pour une bronchiolite plus sévère chaque année et les décès imputables à la bronchiolite aiguë sont rares.

Le virus se transmet par la salive, les éternuements, la toux, le matériel souillé par une personne enrhumée et par les mains. Dans la majorité des cas, la bronchiolite évolue de manière favorable. Elle est facilement reconnue par le médecin ou le pédiatre et relève dans la très grande majorité des cas (95 %) d'une prise en charge en ville.

Pour de plus amples informations : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Bronchiolite>

diminuer dès la semaine 51-2013, suivi de faibles fluctuations jusqu'à mi-avril 2013. L'activité liée à la bronchiolite a été semblable à celle des deux saisons précédentes.



| Figure 2 |

**Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans en Limousin les hivers 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013**

### Conclusion

Dès octobre 2012, le nombre hebdomadaire de cas de bronchiolite enregistré aux urgences chez les moins de 2 ans a augmenté progressivement pour atteindre le pic saisonnier en semaine 51-2012. Ce nombre était semblable à celui observé la saison précédente pour la même période. La dynamique de l'épidémie était similaire à celle observée sur le plan national.

### Indicateurs de surveillance de gastro-entérite en Limousin

En région Limousin, le dispositif s'appuie sur les systèmes de surveillance suivants :

#### Surveillance à l'hôpital

\* Données du réseau OSCOUR® (10 services d'urgences)

L'indicateur utilisé est le regroupement syndromique de la gastro-entérite comprenant les codes CIM-10 de diagnostics suivants : A08, A09 et leurs dérivés.

#### Surveillance ambulatoire

\* Données SOS-Médecins Limoges

L'indicateur utilisé est le diagnostic clinique de gastro-entérite.

\* En collectivités de personnes âgées : l'indicateur est le cas groupé de gastro-entérites aiguës (GEA)

Toute survenue d'au moins 5 cas de GEA, dans un délai de 4 jours parmi les résidents, doit être signalée à l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou au Centre de lutte Contre les infections nosocomiales (CClin).

Un cas de GEA est défini par l'apparition soudaine au cours d'une période 24h d'au moins 2 selles de consistance molle ou liquide de plus que ce qui est considéré comme normal ; ou d'au moins 2 accès de vomissements.

La période de surveillance s'étend de la semaine 40 (1er semaine d'octobre) à semaine 20 (mi-mai).

Au niveau national, la surveillance des GEA est assurée par plusieurs systèmes complémentaires : le réseau Sentinelles, le système OSCOUR® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès) et le signalement des cas groupés de GEA en collectivités de personnes âgées (<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Risques-infectieux-d-origine-alimentaire/Gastro-enterites-aigues-virales>)

#### Surveillance à l'hôpital

Lors de l'hiver 2012-2013, le recours aux urgences pour gastro-entérite s'est accentué en fin d'année 2012 à partir de la semaine 52 (Figure 1). Deux vagues de forte activité ont été observées. Un premier pic a été observé en semaine 52-2012 avec 96 passages et un deuxième en semaine 12-2013 avec 84 passages.

L'augmentation de l'activité aux urgences au cours de la première vague était observée dans toutes les classes d'âges (Figure 2). Elle était plus importante pour les enfants de moins de 5 ans et pour les adultes de 15 à 74 ans. La deuxième vague concernait uniquement les enfants de moins de 5 ans.

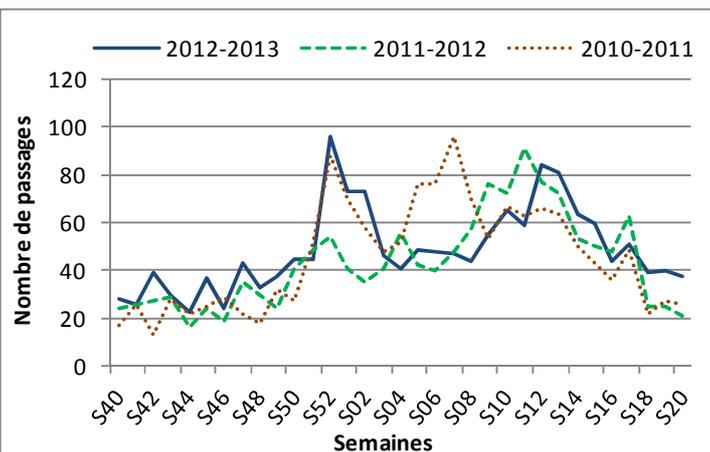
L'activité pour gastro-entérite en période épidémique représente 1% à 2,5 % de l'activité totale des urgences, soit une à cinq fois de plus qu'hors période épidémique. Un retour à une activité stable a été observé début mai, comme les deux années précédentes. La hausse d'activité pour gastro-entérite l'hiver 2012-2013 présente des caractéristiques similaires à celle de 2010-2011 avec une recrudescence fin décembre, la présence de

### Aide mémoire sur la gastro-entérite

Les gastro-entérites hivernales sont en majorité d'origine virale et parmi les principaux virus responsables, on compte les rotavirus, les norovirus, les astrovirus et les adénovirus. La transmission interhumaine est le mode principal de transmission des GEA hivernales.

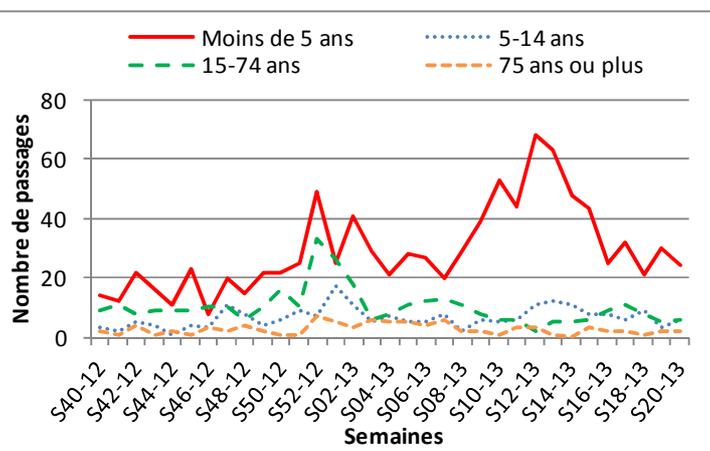
Il existe chaque année en France, comme dans tous les pays européens, une épidémie hivernale de gastro-entérites aiguës virales (GEA). Les données du réseau Sentinelles permettent d'estimer que, chaque hiver ces GEA sont à l'origine de 700 000 à 3,7 millions de consultations en médecine générale. L'augmentation du nombre de consultations pour GEA s'observe habituellement entre décembre et janvier avec un pic, le plus souvent au cours des deux premières semaines de janvier. Ces épidémies durent en moyenne 7,5 semaines.

Pour plus d'informations : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Risques-infectieux-d-origine-alimentaire/Gastro-enterites-aigues-virales/Aide-memoire>



| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire de passages pour gastro-entérites aiguës les hivers 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013, dans 10 établissements du Limousin participant à OSCOUR®, entre octobre 2010 et avril 2013



| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de passages pour gastro-entérites aiguës l'hiver 2012-2013 par classes d'âges, dans 10 établissements du Limousin participants à OSCOUR®, entre octobre 2012 et avril 2013

deux vagues, la durée et l'ampleur semblables mais plutôt différentes à celle de 2011-2012 avec une hausse plus précoce et plus longue (Figure 1).

### Surveillance en médecine ambulatoire Données SOS-Médecins Limoges

Pour la saison 2012-2013, la fréquentation de SOS-Médecins Limoges pour gastro-entérites a fortement augmenté en semaine 52 avec un pic en semaine 01 totalisant 281 consultations (Figure 3). La période de décroissance a connu plusieurs rebonds d'activité jusque fin avril.

L'augmentation de l'activité était observée dans toutes les classes d'âges, en particulier chez les adultes âgés de 15 à 74 ans.

Pour l'hiver 2012-2013, le nombre de consultations pour gastro-entérite représentait jusqu'à 20 % de l'activité totale de SOS-Médecins Limoges, ce qui est plus que la saison 2011-2012 (16%), mais similaire à la saison 2010-2011.

### Cas groupés de gastro-entérites aiguës (GEA) en collectivités de personnes âgées

Durant la période de surveillance hivernale 2012-2013, 25 foyers de GEA survenus en collectivités de personnes âgées ont été signalés à l'ARS (Figure 4).

Les taux d'attaque médians des épisodes étaient de 35 % chez les résidents et 10 % chez les personnels.

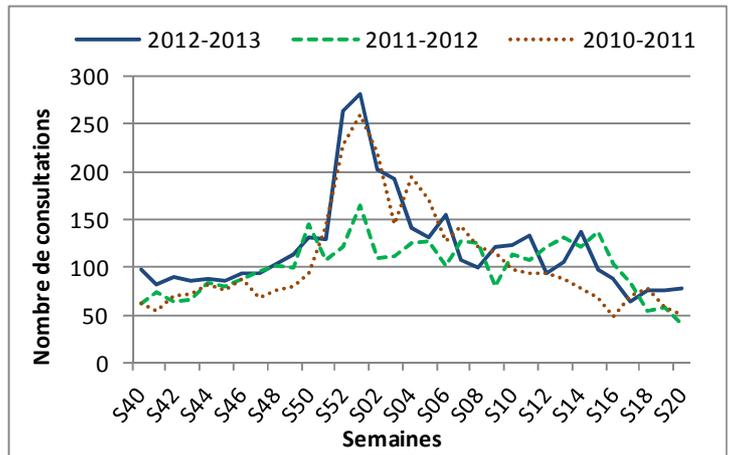
L'étiologie a été recherchée pour 64 % des épisodes. Pour six d'entre eux, une étiologie a été mise en évidence. Une étiologie virale a été retrouvée dans tous les épisodes (2 norovirus et 4 rotavirus) et pour deux épisodes, une étiologie bactérienne a également été retrouvée (salmonelle et une autre bactérie).

### Conclusion

En Limousin, l'épidémie de gastro-entérites pendant l'hiver 2012-2013 a démarré fin décembre pour atteindre rapidement le pic en semaine 52-2012, supérieur à celui observé la saison précédente, et s'est ensuite prolongée jusqu'en avril.

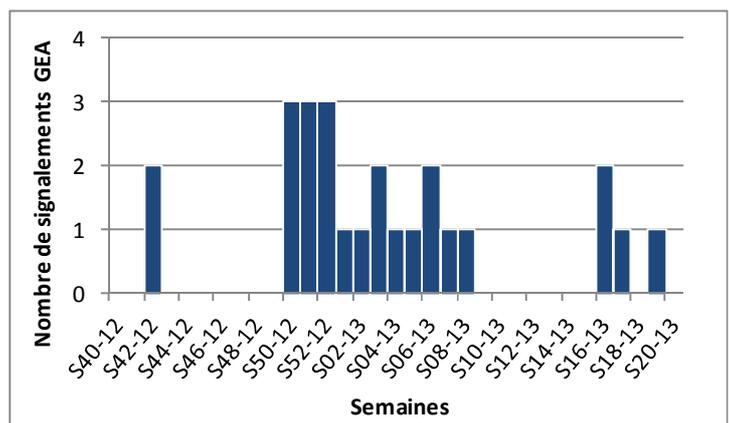
Au niveau national, l'hiver dernier, le taux d'incidence hebdomadaire des consultations pour diarrhée aiguë a été supérieur au seuil épidémique pendant 4 semaines. Le CNR des virus entériques a signalé l'émergence d'un nouveau variant de génotype GII4 pour cette saison hivernale 2012-2013. Ce virus était impliqué dans plus des trois-quarts des épisodes de cas groupés de GEA à norovirus.

Le dispositif de surveillance de la gastro-entérites en région Limousin a permis de suivre tout au long de la saison hivernale l'évolution de l'épidémie. Toutefois, la faible participation des médecins généralistes au réseau de surveillance épidémiologique ne permet pas aujourd'hui d'estimer avec précision les taux d'incidence de la gastro entérite dans le Limousin.



| Figure 3 |

Nombre hebdomadaire de consultations à SOS-Médecins Limoges pour gastro-entérites aiguës les hivers 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013



| Figure 4 |

Nombre hebdomadaire d'épisodes de gastro-entérites aiguës (GEA), selon la date de début des signes du 1er cas, signalés dans les collectivités de personnes âgées, semaine 40/2012 - 20/2013, Limousin

**Indicateur « Hypothermie »**

Dans le cadre du dispositif « Froid extrême et santé » mis en place par l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'un des indicateurs suivi au travers du réseau OSCOUR® pendant la période hivernale est le nombre de passages aux urgences pour « Hypothermie ». Cet indicateur est un regroupement syndromique de diagnostics qui comprend les hypothermies (code CIM-10 T68) mais aussi les gelures (codes CIM-10 T33, T34 et T35) et les autres effets d'une baisse de la température (code CIM-10 T69).

**Aide-mémoire sur l'indicateur « Hypothermie »**

L'hypothermie est définie comme un refroidissement involontaire de la température interne du corps humain en dessous de 35°C. Elle est le résultat d'une baisse de la production de chaleur, d'une augmentation de la perte de chaleur ou d'un dysfonctionnement de la thermorégulation.

Pour de plus amples informations : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Climat-et-sante/Froid-et-sante>

En Limousin, 59 passages aux urgences correspondant au regroupement syndromique « Hypothermie » ont été enregistrés dans OSCOUR® entre le 01 Octobre 2012 et le 14 Avril 2013. Le nombre d'hypothermies a peu varié pendant toute la saison hivernale (figure 1).

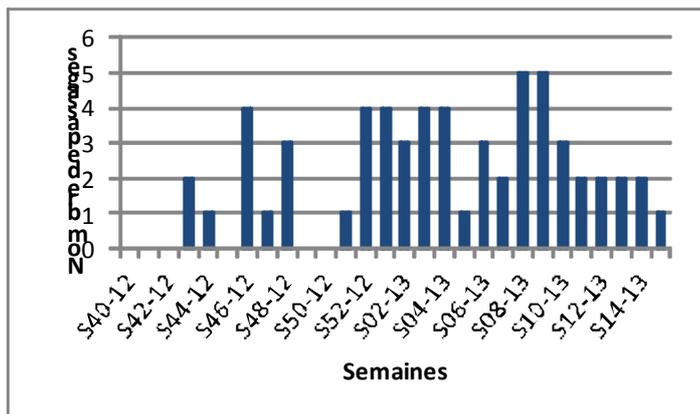
Le nombre hebdomadaire d'hypothermies enregistrés la saison dernière a été inférieur à celui observé pour l'hiver 2011-2012 au cours duquel une vague de « grand froid » a sévi, mais supérieur à celui observé pendant l'hiver 2010-2011 (figure 2).

Environ 86 % des cas d'hypothermies enregistrés aux urgences ont fait l'objet d'une hospitalisation.

Parmi les 59 diagnostics enregistrés aux urgences hospitalières, 50 (85 %) étaient des hypothermies et 9 (15 %) des gelures. Environ 37% des cas résidaient en Creuse, 25 % en Haute-Vienne, 22 % en Corrèze et 16 % dans d'autres départements. Le sex-ratio homme/femme était de 0,84. L'âge des cas était compris entre 13 et 92 ans, avec une médiane à 79 ans. Le pic des cas diagnostiqués a été observé en Janvier 2013 (correspondant à environ 25% des cas répertoriés depuis le début de la surveillance).

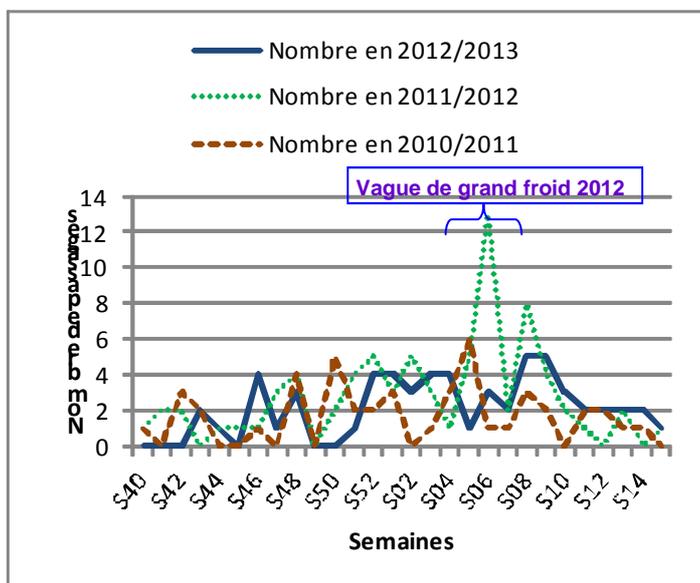
**Conclusion**

**Durant la saison 2012-2013, la fréquence hebdomadaire des passages aux urgences pour hypothermie a peu varié avec une moyenne de 2 cas par semaine et était plus faible que celle de la saison précédente. La majorité des cas ont fait l'objet d'une hospitalisation.**



| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour Hypothermie en Limousin, du 01/10/2012 au 14/04/2013



| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour hypothermie en Limousin les hivers 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013

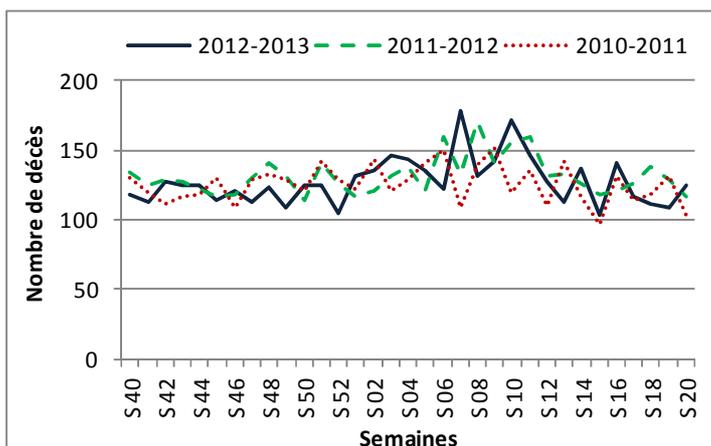
### Indicateurs de surveillance de mortalité en Limousin

L'évolution de la mortalité est suivie principalement à partir des données transmises au quotidien par l'Insee. Les données collectées sont issues du volet administratif des certificats de décès enregistrés par les bureaux d'état-civil informatisés et portent sur l'âge et le sexe de la personne décédée, la date et la commune de décès. Les 18 communes participant en Limousin à cette surveillance depuis 2010 couvrent plus de 60 % de la mortalité totale (123 décès en moyenne par semaine). Les délais de transmission permettent un enregistrement de plus de 90 % des décès dans un délai moyen de 5 jours. Les informations sur les causes médicales de décès ne sont pas disponibles à travers cette source de données.

#### \*Comparaison de la mortalité observée sur l'hiver 2012-2013 à la mortalité attendue

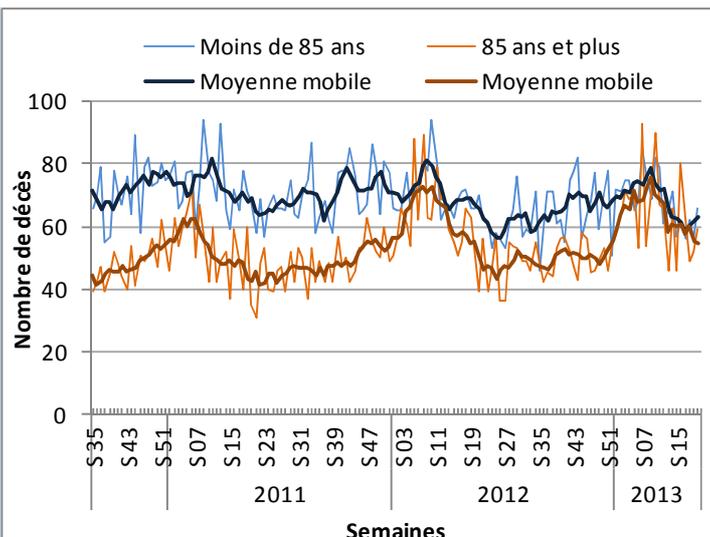
La mortalité observée au cours de l'hiver 2012-2013 est comparée à la mortalité enregistrée pendant les trois années 2008, 2010 et 2011 pour 9 communes. Les années 2009 et 2012 ont été exclues de la période de référence, ces années ayant connu une surmortalité dans cette période (S01-S06 en 2009 et S06-S12 en 2012). Le nombre attendu de décès en une semaine S est estimé par le taux moyen de mortalité dans la période de référence constituée des 5 semaines équivalentes (S-2 à S+2) pendant les trois années précédentes, appliqué à la population estimée pour cette semaine S (méthode utilisée pour l'estimation de la surmortalité au cours des hivers 2008-2009 et 2011-2012).

Durant l'hiver 2012-2013, le nombre de décès, tous âges confondus a progressé à partir de la semaine 42, suivant l'évolution saisonnière habituelle de la mortalité (Figure 1). Une première hausse de la mortalité a été notée en semaine 03-2013. Après une légère baisse, le pic de mortalité a été observé en semaine 07-2013 avec 178 décès.



| Figure 1 |

Nombre de décès hebdomadaires, hivers 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013 en Limousin



| Figure 2 |

Nombre de décès hebdomadaires et moyenne mobile sur 5 semaines, de la semaine 35-2010 à la semaine 20-2013, Limousin

Les effectifs de décès étaient supérieurs à ceux observés l'hiver 2010-2011 mais inférieurs à ceux observés l'hiver 2011-2012 sur la période étudiée (semaine 40 à semaine 15). L'augmentation de la mortalité en période hivernale concerne particulièrement les personnes âgées de 85 ans (Figure 2). Un retour à une fréquence stable a été observé mi-avril, comme les hivers précédents.

Comparativement aux trois années prises en références, l'InVS a mis en évidence un excès (+7 %) non significatif de décès toutes causes confondues entre les semaines 3 et 15 en Limousin.

#### Conclusion

En Limousin, au cours de l'hiver 2012-2013, une hausse de la mortalité a été observée, de plus faible intensité que l'hiver 2011-2012 mais plus forte que l'hiver 2010-2011. La hausse de la mortalité en période hivernale s'observe plus particulièrement chez les personnes les plus âgées (85 ans et plus).

Au niveau national, il a été observé une surmortalité, tous âges confondus quantitativement comparable à celle observée au cours de l'hiver 2011-2012, mais avec une dynamique différente (distribution en plateau sur une période longue).

Une augmentation de la mortalité en hiver, plus ou moins intense selon l'année est régulièrement observée. Plusieurs facteurs contribuent à un excès de mortalité hivernal, sans qu'il soit possible pour cet hiver de calculer la part attribuable de chacun : épidémie saisonnière de grippe, autres épidémies, conditions climatiques...