

Bilan de la surveillance hivernale Saison 2012-2013, Poitou-Charentes

Page 1		Editorial
Page 2		Grippe saisonnière
Page 6		Bronchiolite
Page 7		Gastroentérites
Page 9		Hypothermie
Page 10		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 évènement 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 collectivités de personnes âgées ainsi que les réseaux de médecins de ville. 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 Poitou-Charentes 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-Poitou-Charentes.-n-22-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, du laboratoire de virologie du CHU de Poitiers, de la médecine ambulatoire (SOS Médecins 17, médecins vigies GROG de Poitou-Charentes, médecins Sentinelles), de la coordination nationale du réseau des GROG, 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

Indicateurs de surveillance de la grippe en Poitou-Charentes

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 (1ère 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 épidémiologiques et virologiques issues 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 Poitou-Charentes ce dispositif s'appuie sur les systèmes de surveillance suivants (Figure 1) :

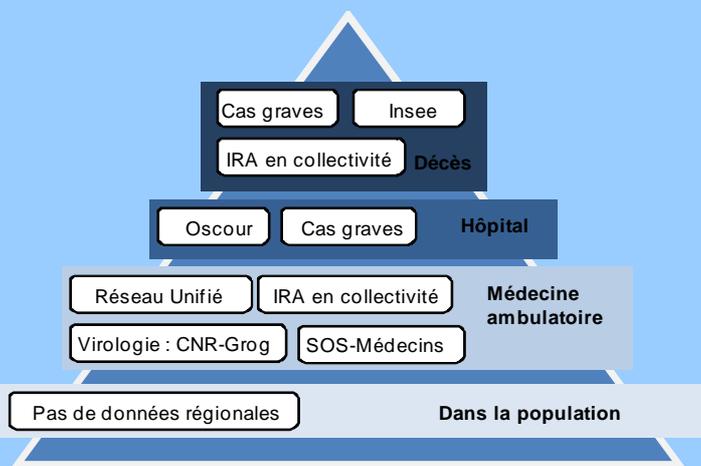


Figure 1. Dispositif de surveillance de la grippe en Poitou-Charentes du général au cas particuliers, hiver 2012-2013.

Surveillance en médecine ambulatoire

Surveillance dans la communauté : Réseau Unifié

Cette surveillance est assurée par deux réseaux de médecins libéraux : le réseau Sentinelles, et le réseau des Groupes régionaux d'observation de la grippe (Grog). Ces deux réseaux mettent en commun depuis octobre 2009 une partie de leurs données pour former le Réseau Unifié de surveillance de la grippe, sur la base d'une même définition des cas : syndrome grippal (fièvre supérieure à 39°C, d'apparition brutale, accompagnée de myalgies et de signes respiratoires). La mise en commun des données des réseaux permet une estimation plus précise des incidences régionales de consultations pour syndrome grippal. En Poitou-Charentes, on comptabilise en moyenne 16 médecins participants par semaine.

SOS-Médecins 17

La surveillance de la grippe inclut le suivi du nombre de diagnostic clinique de grippe ou syndrome grippal posé par SOS-Médecins 17.

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

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>

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.

Surveillance virologique

Le réseau des Grog effectue, pour un échantillon de patients, des prélèvements rhino-pharyngés qui sont adressés et analysés par le laboratoire de virologie du CHU de Poitiers travaillant avec le réseau pour confirmation du diagnostic de grippe.

Surveillance à l'hôpital

Données du réseau OSCOUR® (12 services d'urgences)

L'analyse des données permet de suivre la dynamique de l'épidémie par l'observation des variations hebdomadaires du nombre de patients consultant aux urgences ou hospitalisés 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 exhaustives 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

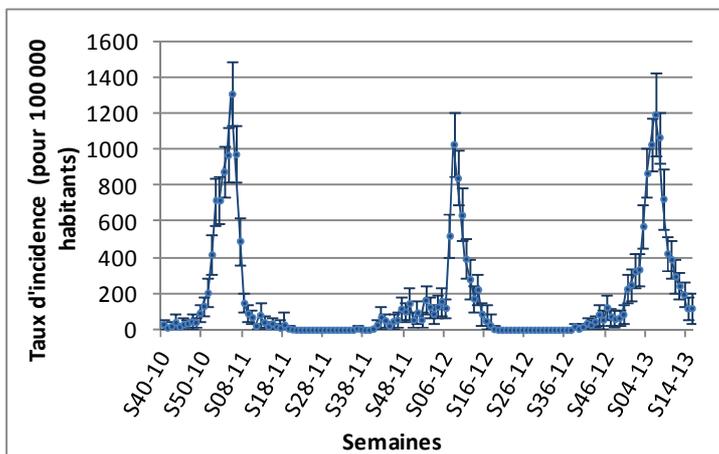
La surveillance de la mortalité liée à la grippe repose sur le suivi de la létalité des cas graves de grippe en réanimation et des résidents malades dans les foyers d'IRA ainsi que sur la mortalité globale toutes causes confondues. Cette surveillance permet de déterminer la gravité de l'épidémie et de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

Surveillance en médecine ambulatoire

Surveillance dans la communauté : Réseau Unifié

En Poitou-Charentes, l'augmentation de l'incidence des consultations pour syndrome grippal a débuté en semaine 51-2012 (Figure 1). Le pic d'activité a été observé en semaine 06-2013 avec un taux d'incidence de 1196 cas pour 100 000 habitants [Intervalle de confiance à 95 % : 962-1430].

L'épidémie de grippe de l'hiver 2012-2013 a été plus importante et plus longue que l'épidémie de l'hiver précédent (Figure 1).



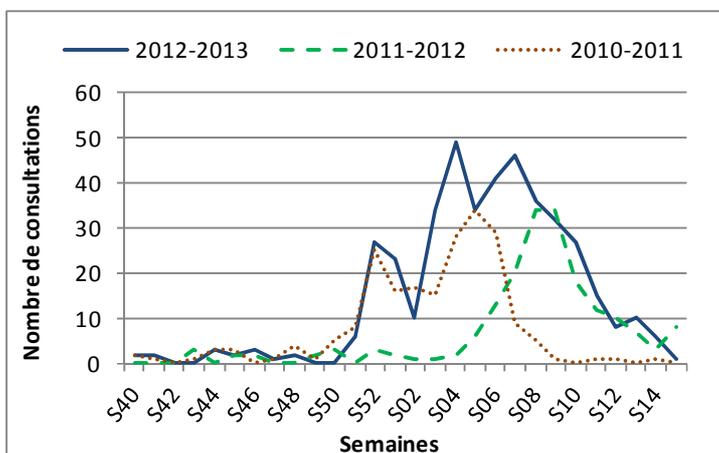
| Figure 1 |

Taux d'incidence hebdomadaire des consultations pour syndrome grippal (cas pour 100 000 habitants) et son intervalle de confiance. Réseau unifié Grog-Sentinelles®- InVS, semaines 40/2010 - 15/2013, Poitou-Charentes.

Données SOS-Médecins-17

Pour l'hiver 2012-2013, la fréquentation de SOS-Médecins 17 pour grippe et syndrome grippal a augmenté dans un premier temps en semaine 52-2012, puis a diminué avant de fortement augmenter en semaine 03-2013 (Figure 2).

Le pic d'activité a été observé en semaine 04-2013 avec 49 consultations. L'augmentation de l'activité pour grippe a été observée pour toutes les classes d'âges. Le nombre de consultations pour grippe et syndrome grippal a rapidement diminué, après un rebond d'activité en semaine 08-2013. En 2012-2013, en période épidémique, le nombre de consultations représentait jusqu'à 1 % de l'activité totale de SOS-



| Figure 2 |

Nombre de consultations à SOS-Médecins 17 pour grippe et syndrome grippal les hivers 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013.

Médecins 17. La hausse d'activité pour grippe a été plus élevée et plus longue pour l'hiver 2012-2013 par rapport aux deux hivers précédents (Figure 2).

Surveillance virologique

La détection des virus par le réseau des Grog en Poitou-Charentes a progressivement augmenté de la semaine 50-2012 jusqu'à la semaine 06-2013, atteignant un seuil de positivité supérieur à 70 % (Figure 3). Les virus grippaux détectés étaient de type A et de type B. Une prédominance des virus de grippe de type A était observée en début d'épidémie. Puis en semaine 08-2013, la tendance s'est inversée et le nombre de virus détectés de type B était plus important que le type A.

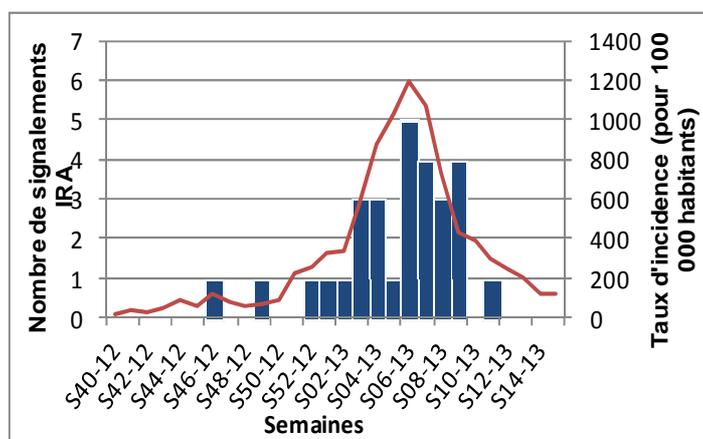


| Figure 3 |

Distribution hebdomadaire de la proportion de prélèvements positifs pour la grippe et du nombre de virus grippaux, par type, issus des prélèvements du Réseau des Grog en Poitou-Charentes et analysés par le laboratoire de virologie du CHU de Poitiers, semaines 38/2012 à 15/2013. Sources : GROG Poitou-Charentes, laboratoire de virologie du CHU de Poitiers, coordination nationale du Réseau des Grog

Surveillance des foyers d'IRA en collectivités de personnes âgées

Dans la période de surveillance de l'hiver 2012-2013, 29 foyers d'IRA survenus en collectivités de personnes âgées ont été signalés à l'ARS (Figure 4). La distribution dans le temps des signalements des cas groupés d'IRA suit la même tendance que l'évolution du taux d'incidence des consultations pour syndrome grippal dans la communauté, avec un pic également en semaine 6.



| Figure 4 |

Nombre hebdomadaire d'épisodes d'infections respiratoires aiguës (IRA) selon la date de début des signes du 1er cas, signalés dans les collectivités de personnes âgées, et taux d'incidence hebdomadaire des consultations pour syndrome grippal dans la communauté - Réseau unifié, semaine 40/2012 - 15/2012, Poitou-Charentes.

Parmi les épisodes clôturés, les taux d'attaque médians étaient de 27 % chez les résidents et 5 % chez les personnels. Neuf décès parmi les résidents ont été signalés.

Parmi les établissements ayant répondu, les couvertures vaccinales médianes contre la grippe étaient de 85 % parmi les résidents et 20 % parmi les membres du personnel. Une recherche étiologique a été effectuée pour 44 % des épisodes, et 10 étiologies ont été déterminées, dont 9 avec un virus grippal.

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. Un pic d'activité a été observé en semaine 07-2013 comptabilisant 78 passages aux urgences dont 19 hospitalisations.

L'activité pour grippe et syndrome grippal aux urgences en période épidémique représentait entre 0,6 à 1,4 % de l'activité totale des urgences, alors qu'elle est quasi nulle hors période épidémique. La fréquentation aux urgences a augmenté pour toutes les classes d'âges, en particulier chez les enfants de moins de 15 ans. Un retour à une activité faible et stable a été observé mi-avril, comme l'hiver précédent.

La proportion d'hospitalisation pour grippe sur l'ensemble de la période de surveillance est de 16 % (80 hospitalisations), comparable à la valeur observée l'hiver 2011-2012 (18 %) et supérieure de celle de l'hiver 2010-2011 (11 %).

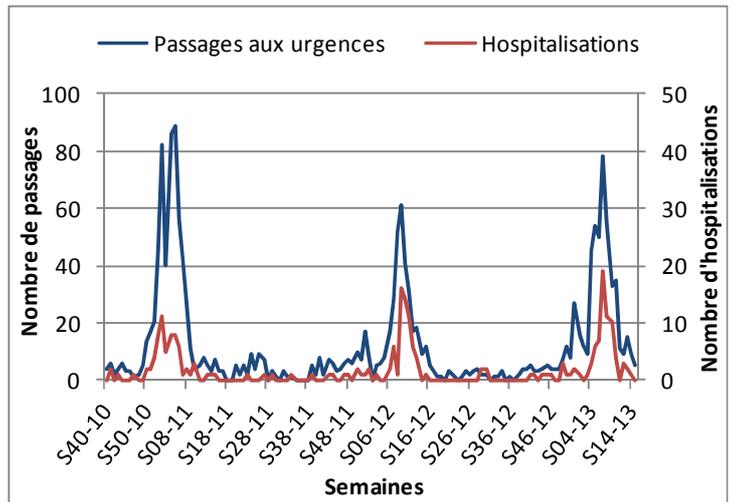
La hausse d'activité pour grippe au cours de l'hiver 2012-2013 a été d'ampleur modérée, plus tardive et moins élevée que celle de l'hiver 2010-2011 mais plus précoce et légèrement plus élevée que celle de l'hiver 2011-2012 (Figure 5).

Surveillance des cas graves

Du 1^{er} novembre 2012, à la mi-avril 2013, 21 cas graves de grippe admis en services de réanimation de la région du Poitou-Charentes ont été signalés à l'InVS. Le nombre de cas graves était supérieur à celui de la saison 2011-2012 (6 cas) et inférieur à celui de la saison 2010-2011 (26 cas) (Tableau 1). En comparaison aux saisons antérieures, les cas graves sont survenus sur une période plus longue. Le premier cas a été admis en semaine 50 de 2012 et le dernier en semaine 15 de 2013 (Figure 6). La majorité des cas signalés ont été admis entre la 6^{ème} et la 11^{ème} semaine de 2013.

Les cas graves ont été majoritairement infectés par un virus de type A (77%) et 81% d'entre eux présentaient un facteur de risque. L'âge des cas s'étendait de 31 à 79 ans avec une médiane à 58 ans. (Tableau 2).

Parmi ces cas admis en réanimation, 1 décès est survenu (létalité de 5%). La létalité est inférieure à la moyenne nationale (17%) pour la saison.



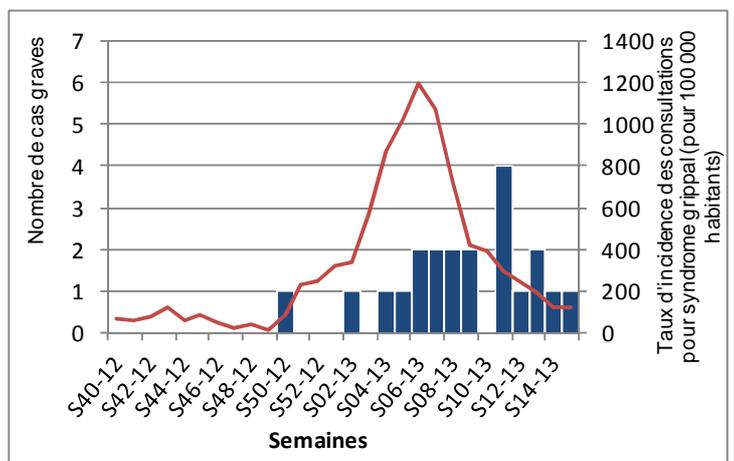
| Figure 5 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et d'hospitalisations pour une grippe ou un syndrome grippal, semaine 40/2010-15/2013, dans 12 établissements du Poitou-Charentes participant à OSCOUR® entre octobre 2010 et avril 2013.

| Tableau 1 |

Nombre de cas graves de grippe par département d'hospitalisation, Poitou-Charentes, 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
Charente	10	3	5
Charente-Maritime	4	1	4
Deux-Sèvres	4	0	0
Vienne	8	2	12
Total région Poitou-Charentes	26	6	21



| Figure 6 |

Nombre de cas graves de grippe et taux d'incidence des consultations pour syndrome grippal du Réseau Unifié, semaines 40 de 2012 à 15 de 2013, Poitou-Charentes.

Conclusion

La saison 2012-2013 en région Poitou-Charentes s'est caractérisée par une épidémie grippale d'ampleur plus importante que celle de la saison précédente, d'une durée particulièrement longue et sans gravité particulière.

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.

La proportion d'hospitalisations pour grippe était comparable 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 identique, un nombre plus important de recours aux soins d'urgence, d'hospitalisations et d'admissions en réanimation (cas graves).

Le dispositif de surveillance de la grippe mis en place par l'InVS en région Poitou-Charentes a permis de suivre tout au long de la saison hivernale l'évolution de l'épidémie. Toutefois, la faible participation des médecins généralistes à la surveillance en région ne permet pas aujourd'hui d'approcher avec précision les taux d'incidence de la grippe dans le Poitou-Charentes.

| Tableau 2 |

Caractéristiques des cas graves de grippe signalés en Poitou-Charentes, hiver 2012-2013

Caractéristiques	N	%
Statut virologique		
A(H3N2)	2	10%
A(H1N1)pdm09	5	24%
A non sous typé	9	43%
A en cours de typage	0	0%
Grippe B	5	24%
Classes d'âge		
0-4 ans	0	0%
5-14 ans	0	0%
15-64 ans	14	67%
65 ans et plus	7	33%
Ratio Homme/Femme	1,1	
Facteurs de risque de grippe compliquée		
Aucun	4	19%
Grossesse	0	0%
Obésité	2	10%
âgés de 65 ans et plus	6	29%
Autres	14	67%
Vaccination		
Non vacciné	6	29%
Vacciné	2	10%
Ne sait pas	13	62%
Facteurs de gravité		
SDRA (Syndrome de détresse respiratoire aigu)	9	43%
ECMO (Oxygénation par membrane extracorporelle)	0	0%
Décès	1	5%
Total	21	100%

Indicateurs de surveillance de la bronchiolite

La surveillance de la bronchiolite en Poitou-Charentes est assurée à partir des données du réseau OSCOUR® auquel participent 12 services d'urgences de la région et de l'association SOS-Médecins -17.

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 permet 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 Poitou-Charentes, 641 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés entre le 01/10/2012 et le 14/04/2013 chez les moins de 2 ans, 259 (40 %) de sexe féminin et 382 (60 %) de sexe masculin. Environ 371 (58 %) enfants avaient moins de 6 mois, 192 (30 %) entre 6 mois et 1 an et 78 (12 %) entre 1 et 2 ans.

Pour la saison 2012-2013 et dès la semaine 40-2012, le nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour bronchiolite chez les moins de 2 ans a augmenté de façon progressive pour atteindre un pic en semaine 52-2012 avec 69 passages, suivie d'une nette baisse et de faibles fluctuations jusqu'à la mi-avril 2013 (Figure 1).

Le nombre total des passages pour bronchiolite aux urgences hospitalières était supérieur à ceux observés les deux saisons précédentes (641 passages contre 634 et 543 respectivement en 2011-2012 et 2010-2011) (Figure 2).

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.

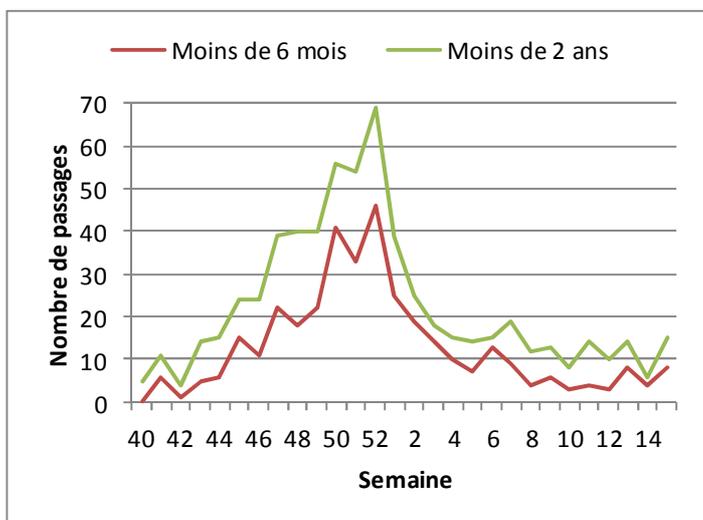
Pour de plus amples informations : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Bronchiolite>

Surveillance en médecine de ville

Pour la saison 2012-2013, l'activité liée à la bronchiolite a été faible pour SOS-Médecins-17 et était inférieure à celles observées les deux saisons précédentes (13 consultations contre 21 et 18 respectivement pour les saisons 2011-2012 et 2010-2011).

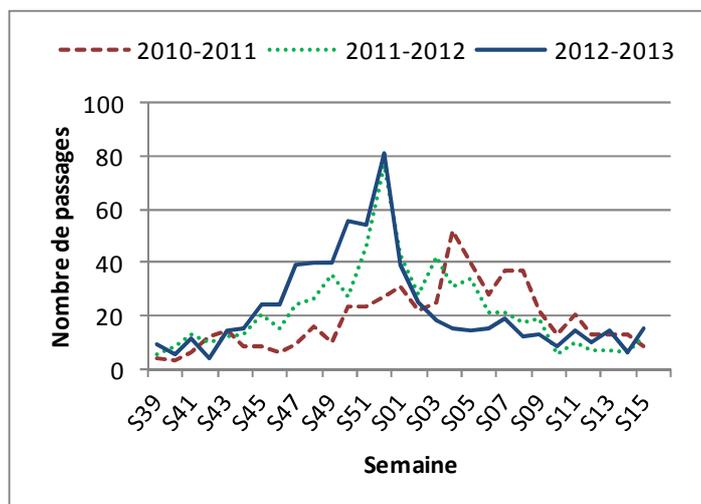
Conclusion

En Poitou-Charentes, l'augmentation saisonnière des cas de bronchiolite a débuté fin octobre 2012 et a atteint un pic en semaine 52-2012. L'ampleur de l'épidémie de bronchiolite pour l'hiver 2012-2013 était semblable à celle observée l'année précédente. La dynamique de l'épidémie était similaire à celle observée sur le plan national.



| Figure 1 |

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



| Figure 2 |

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

Indicateurs de surveillance de gastro-entérite en Poitou-Charentes

En région Poitou-Charentes, le dispositif s'appuie sur les systèmes de surveillance suivants :

Surveillance à l'hôpital

* Données du réseau OSCOUR® (12 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

* Les consultations SOS-Médecins 17
L'indicateur utilisé est le diagnostic clinique de gastro-entérite.

* En collectivités de personnes âgées : l'indicateur est le cas groupés 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 aux 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® et le signalement des cas groupés de GEA en collectivités de personnes âgées (<http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Risques-infectieux-d-origine-alimentaire/Gastro-enterites-aigues-virales>).

Surveillance à l'hôpital

Cet hiver, le recours aux urgences pour gastro-entérite s'est accentué fortement en fin d'année 2012 à partir de la semaine 50 (Figure 1). Le pic a été observé en semaine 52 avec 182 passages. Cette augmentation de l'activité aux urgences en période épidémique était observée dans toutes les classes d'âges. Elle était plus importante pour les adultes de 15 à 74 ans et pour les enfants de moins de 5 ans (Figure 2).

Après cette forte augmentation observée jusqu'en semaine 02-2013, le recours aux urgences s'est stabilisé mais est resté à un niveau élevé (avec environ 90 passages par semaine en moyenne) et concernait majoritairement les enfants âgées de moins de 5 ans.

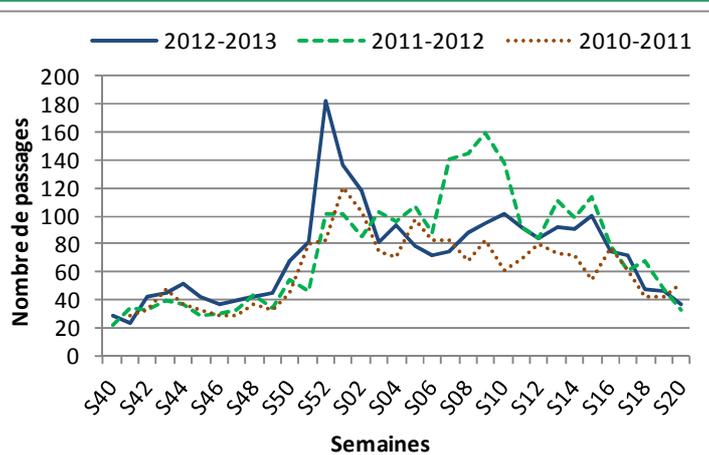
L'activité pour gastro-entérite en période épidémique représente entre 1 à 2 % de l'activité totale des urgences, soit une à quatre fois de plus qu'hors période épidémique. Un retour à une faible activité a été observé début mai, comme les deux années précédentes. La hausse d'activité pour gastro-entérite au cours de l'hiver 2012-2013 a été plus précoce et plus élevée que les deux hivers précédents.

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.

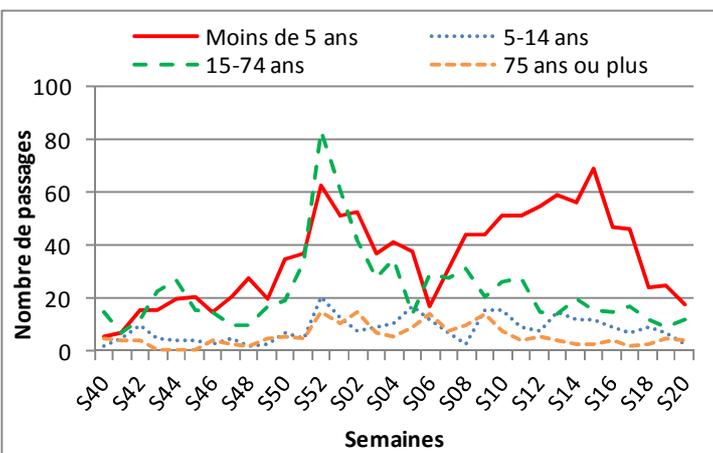
Il existe chaque année en France, comme dans tous les pays européens, une épidémie hivernale de gastro-entérites aiguës virales (GEA). Les données du réseau Sentinelles permettent d'estimer que, chaque hiver ces GEA sont à l'origine de 700 000 à 3,7 millions de consultations en médecine générale. L'augmentation 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-entérite aiguë les hivers 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013, dans 12 établissements du Poitou-Charentes participants à OSCOUR® entre octobre 2010 et avril 2013



| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de passages pour gastro-entérite aiguë l'hiver 2012-2013 par classes d'âges, dans 12 établissements du Poitou-Charentes participants à OSCOUR® entre octobre 2012 et avril 2013

Surveillance en médecine ambulatoire

Données SOS-Médecins -17

Pour la saison 2012-2013, la fréquentation de SOS-Médecins 17 pour gastro-entérite a fortement augmenté en semaine 52 (semaine du pic) avec 85 consultations (Figure 3). Cette augmentation de l'activité en période épidémique était observée dans toutes les classes d'âges mais elle était plus élevée pour les adultes âgés de 15 à 74 ans.

Le nombre de consultations pour gastro-entérite a rapidement diminué, avec la présence de quelques rebonds d'activité jusque fin mai.

Pour l'hiver 2012-2013, le nombre de consultations pour gastro-entérite a représenté jusqu'à 20 % de l'activité totale de SOS-Médecins 17, plus important que les deux hivers précédents.

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

Au cours de la période de surveillance de l'hiver 2012-2013, 48 foyers de GEA survenus en collectivités de personnes âgées ont été signalés à l'ARS (Figure 4).

Les taux d'attaque médians des 46 épisodes clôturés sont de 45 % chez les résidents et 15 % chez les personnels. Ces épisodes ont donné lieu à l'hospitalisation de 5 cas et au décès d'un cas.

Une étiologie a été recherchée pour 41% des épisodes clôturés (n=19) et retrouvée pour 4 épisodes (norovirus identifié pour 3 épisodes et rotavirus pour 1).

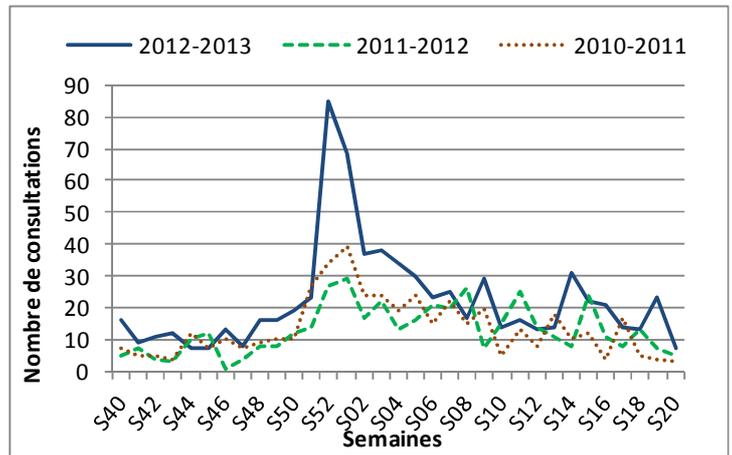
Conclusion

En Poitou-Charentes, 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 ceux observés les 2 hivers précédents, 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.

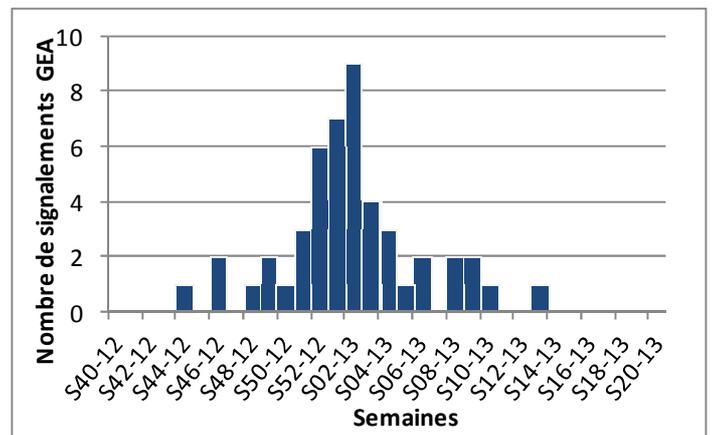
Le CNR des virus entériques a signalé l'émergence d'un nouveau variant de génotype GII4 pour cette saison hivernale 2012-2013. Ce virus était impliqué dans plus des trois-quarts des épisodes de cas groupés de GEA à norovirus.

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



| Figure 3 |

Nombre hebdomadaire de consultations SOS-Médecins 17 pour gastro-entérite aiguë 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, Poitou-Charentes

Indicateur « Hypothermie »

Dans le cadre du dispositif « Froid extrême et santé » mis en place par l'Institut de veille sanitaire, 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 Poitou-Charentes, 88 passages aux urgences correspondant au regroupement syndromique « Hypothermie » ont été enregistrés dans OSCOUR® entre le 01 Octobre 2012 et le 14 Avril 2013. Environ 80 % des cas d'hypothermies enregistrés aux urgences ont été suivis d'une hospitalisation.

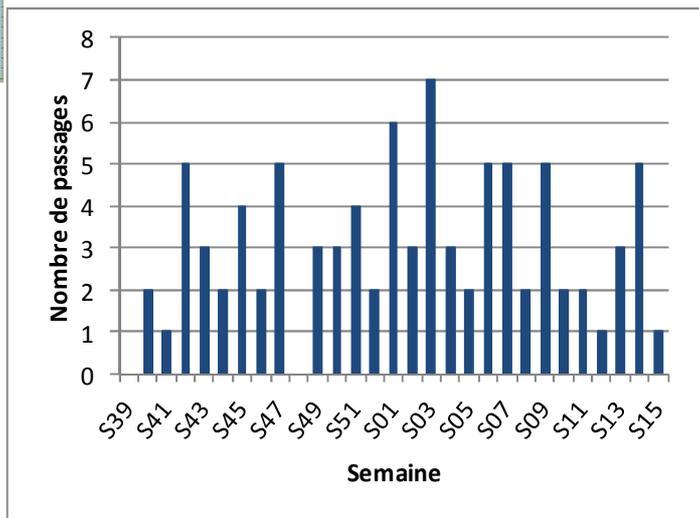
Durant toute la saison hivernale, la fréquence des passages aux urgences pour hypothermie a peu varié. Le nombre le plus élevé a été enregistré en semaine 03-2013 avec 7 diagnostics d'hypothermie (figure 1).

Le nombre hebdomadaire d'hypothermies enregistré l'hiver dernier était inférieur à celui observé pendant l'hiver 2011-2012 au cours duquel était survenue une vague de « grand froid » (figure 2).

Parmi les 88 diagnostics enregistrés aux urgences hospitalières, 83 (94 %) étaient des hypothermies et 5 (6 %) des gelures. Environ 40 % des cas résidaient en Charente, 25 % dans la Vienne, 18 % en Charente-Maritime et 17 % dans les Deux-Sèvres. Le sex-ratio homme/femme était de 0,73. L'âge des cas était compris entre 0 et 96 ans, avec une médiane de 78 ans. Le pic des cas diagnostiqués a été observé en Janvier 2013 (correspondant à environ 23 % des cas répertoriés depuis le début de la surveillance).

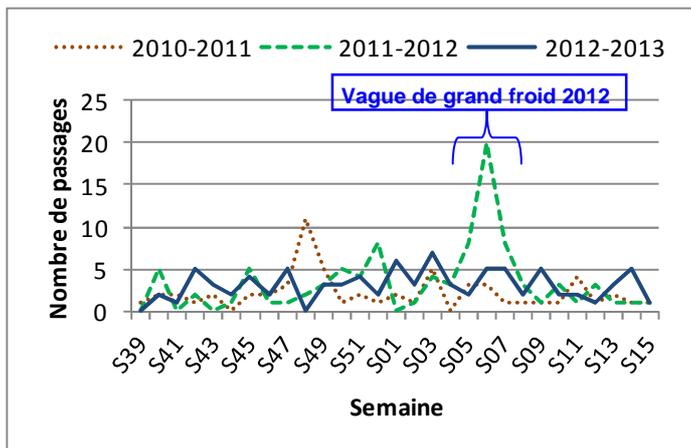
Conclusion

Durant l'hiver 2012-2013, la fréquence hebdomadaire des passages aux urgences pour hypothermie a peu varié avec une moyenne de 3 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 Poitou-Charentes, du 01/10/2012 au 14/04/2013



| Figure 2 |

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

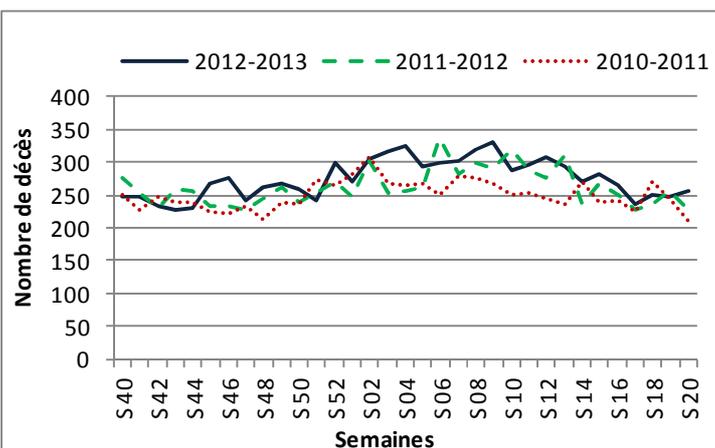
Indicateurs de surveillance de la mortalité en Poitou-Charentes

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 enregistré par les bureaux d'état-civil informatisés et portent sur l'âge et le sexe de la personne décédée, la date de décès et la commune de décès. Les 96 communes participant en Poitou-Charentes à cette surveillance depuis 2010 couvrent environ 60 % de la mortalité totale (254 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

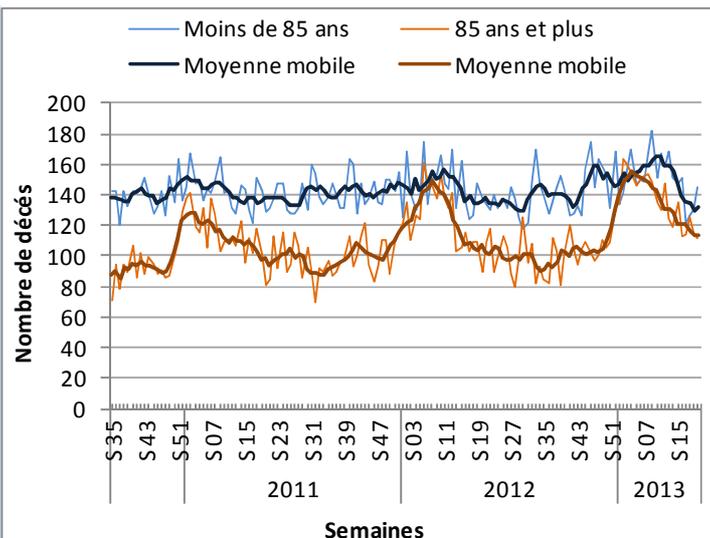
La mortalité observée au cours de l'hiver 2012-2013 est comparée à la mortalité enregistrée par 38 communes pendant les trois années 2008, 2010 et 2011. Les années 2009 et 2012 ont été exclues de la période de référence, ces années ayant connu une surmortalité dans cette période (S01-S06 en 2009 et S06-S12 en 2012). Le nombre attendu de décès dans une semaine S est estimé par le taux moyen de mortalité durant 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 45, suivant l'évolution saisonnière habituelle de la mortalité (Figure 1). Au début 2013, une première hausse de la mortalité est observée à partir de la semaine 03-2013, puis les effectifs évoluent en plateau jusqu'à la semaine 8-2013.



| Figure 1 |

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



| Figure 2 |

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

Le pic de mortalité a été observé en semaine 09-2013 avec 319 décès. Les effectifs de décès étaient supérieurs à ceux observés les deux hivers précédents sur la période étudiée (semaine 40 à semaine 15).

L'augmentation de la mortalité a concerné particulièrement les personnes âgées de 85 ans, comme observé les hivers précédents (Figure 2). Chez les personnes de 85 ans et plus, le pic de mortalité était plus précoce que tous âges confondus (en semaine 02-2013). Un retour à une fréquence stable a été observé fin avril, comme les hivers précédents.

Comparativement à la moyenne des trois années prises en références, un excès de près de 326 décès toutes causes confondues (+12%) a été estimé par l'InVS entre les semaines 3 et 15 en Poitou-Charentes.

Conclusion

En Poitou-Charentes, au cours de l'hiver 2012-2013, une hausse de la mortalité a été observée entre les semaines 3 et 15-2013 par rapport aux hivers précédents. Cette hausse s'observait plus particulièrement chez les personnes les plus âgées (85 ans et plus).

La surmortalité, observée tous âges confondus était 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...